

ATTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' A CICLO ORARIO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA IN REALIZZAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA DELLA REGIONE MOLISE IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ APPROVATE DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME

Sommario:

Premessa

- 1 - Il nuovo Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale
- 2 - Modello Organizzativo della Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'ACN 04 aprile 2024
- 3 - Compiti e funzioni dell'Assistenza Primaria a ciclo orario nell'ambito del Modello Organizzativo regionale
- 4 - Rete Assistenziale integrata delle Case di Comunità-AFT della regione Molise
- 5 - Disposizioni inerenti i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise
- 6 - Attività a ciclo orario delle UCCP: le Unità di Continuità Assistenziale UCA
- 7 - Ulteriori determinazioni

Premessa

La Regione Molise si appresta riorganizzare il proprio servizio di Assistenza Primaria in coerenza con la Missione Salute del PNRR, come recepita nei modelli e negli standard definiti dal DM n.77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022) per lo sviluppo delle Cure Primarie e dell'Assistenza Territoriale. Tale processo mira a riallineare l'offerta sanitaria regionale ai nuovi bisogni di salute della popolazione ed agli indirizzi nazionali sull'assistenza di prossimità, a sviluppare le cure multidisciplinari ed introdurre nuove tecnologie nei servizi extraospedalieri.

Il cambiamento demografico, con l'aumento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni, si associa a una crescente prevalenza di patologie croniche, condizioni di fragilità e di non autosufficienza, che richiedono percorsi assistenziali continuativi, integrati ed orientati alla domiciliarità. In questo scenario diventa prioritario ripensare il modello assistenziale dei Medici di Medicina Generale potenziando la medicina di iniziativa e sviluppando una infrastruttura organizzativa e tecnologica che supporti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nella gestione della cronicità e nella presa in carico a domicilio.

Alla luce di tali trasformazioni, il tradizionale modello di Continuità Assistenziale attivo nella fascia notturna 20:00 – 08:00, diretto erede della ex “Guardia Medica”, non è più in grado di garantire una resa soddisfacente, oltre a risultare inadeguato rispetto ai mutati bisogni di salute e ai nuovi flussi di domanda.

I dati relativi alle attività del servizio 118 ed agli accessi ai Pronto Soccorso regionali risultano in linea con le analisi nazionali dell’AGENAS, evidenziando come gli accessi al Servizio Sanitario Regionale (SSR) si concentrano per una percentuale superiore al 70% nella fascia diurna, a testimoniare che la rete dei Medici di Medicina Generale non riesce più a rispondere efficacemente alla mole di richieste ed ai volumi di accessi, in virtù di un cambiamento radicale della natura della domanda di salute rispetto a quella originariamente alla base dell’assetto organizzativo storico dell’Assistenza Primaria, delineato con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale dalla legge n. 833/1978 e con le successive leggi di riforma ed integrazione.

In tal senso, è necessario riorganizzare il servizio partendo dall’infrastruttura logistica del sistema, costituendo una nuova rete in grado di integrare le attività a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale del nuovo Ruolo Unico di Assistenza Primaria con le attività a rapporto fiduciario all’interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nei modelli organizzativo delle Case di Comunità, mediante l’applicazione dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024, triennio economico 2019 -2021 (ACN) e delle “Linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”, come approvate in data 9 settembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Il presente documento illustra la realizzazione di tale riforma potenziando ed ampliando i servizi di Cure Primarie regionali attraverso un nuovo modello organizzativo di Continuità dell’Assistenza, progettato in modo tale da garantire una risposta medico-generalistica appropriata e integrata per 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, configurata in modo flessibile a seconda delle fasce orarie e il coordinamento con la rete dell’emergenza-urgenza.

1 – Il nuovo Ruolo Unico dell’Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale

1.1 Sintesi del quadro normativo di riferimento:

Con il termine “Medici di Medicina Generale” (MMG) si definiscono quei medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale mediante l’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) di settore (Cfr. Art.8 d.lgs 502/1992 et ssmmii).

Ai sensi del vigente ACN 04 aprile 2024, la Medicina Generale è costituita da 4 settori” contrattuali”, ognuno dei quali caratterizzato da funzioni e compiti precisi:

- 1) settore del Ruolo Unico di Assistenza Primaria;
- 2) settore della Medicina dei Servizi (Settore ad esaurimento);
- 3) settore della Medicina Penitenziaria;
- 4) settore dell’Emergenza Sanitaria Territoriale (MET 118).

Per il convenzionamento a tempo indeterminato (cd.”titolarita”) nella Medicina Generale è necessario il possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, da conseguire mediante la frequenza del relativo corso triennale di formazione ai sensi del D.Lgs n. 368 del 1999 et ssmmii, come organizzato al livello regionale.

Nota: nel solo caso dell’incarico come MET 118, per l’impiego nel servizio è necessario il possesso del titolo di idoneità ed abilitazione alla funzione (cfr. Art. 66 ACN).

Il Ruolo Unico di Assistenza Primaria, come normato dall’ACN 04 aprile 2024, nasce dalla fusione dei 2 previgenti settori di cui all’Art. 13 dell’ACN Medicina Generale del 23 Marzo 2005:

- Settore dell’Assistenza Primaria (MMG a rapporto fiduciario, incarico in quota capitaria);
- Settore della Continuità Assistenziale (MMG ad incarico orario per le prestazioni non-urgenti).

Con il termine “Continuità Assistenziale” (CA) ci si poteva riferire, pertanto, ai sensi dell’ACN della Medicina Generale del 23 marzo 2005:

- a) Ad un *servizio* che le regioni erano tenute ad istituire e dimensionare sulla base di un proprio “Rapporto Ottimale”, ovvero determinando il proprio fabbisogno di medici totali in rapporto alla loro popolazione residente, con la possibilità di garantirsi un certo margine di modifica ed integrazione al livello regionale, e suddividendo poi il totale dei medici in un certo numero di postazioni;
- b) Ad un *settore contrattuale specifico* della Medicina Generale con dei compiti propri, normati dall’ACN ed integrabili al livello regionale, fermo restando la separazione delle funzioni rispetto l’ambito dell’emergenza, di competenza specifica del MET 118.

Nota: la CA nasce con l’abolizione della Guardia Medica, ovvero con il suo scorporamento in 2 servizi/settori contrattuali: uno deputato specificamente alle Emergenze extraospedaliere, il settore MET 118, ed uno deputato alle prestazioni non urgenti, appunto la CA.

Con l’entrata in vigore dell’ACN 04 aprile 2024 scompaiono dall’articolato, a distanza di quasi 20 anni, sia *il servizio* di Continuità Assistenziale (si vedano, rispettivamente, l’Art.44 dell’ACN 28 aprile 2022 e l’Art.44 dell’ACN 04 aprile 2024) che *il settore contrattuale*.

La funzione della MG a ciclo orario evolve con l’ACN 04 aprile 2024 nel nuovo Ruolo Unico di Assistenza Primaria, il quale è scomponibile in 2 tipologie di attività:

- a) Ruolo Unico a ciclo di scelta, quindi a rapporto fiduciario, per i compiti di cui all’Art.43, comma 6;
- b) Ruolo Unico a ciclo orario, deputato alle prestazioni “*assistenziali non differibili*”.

La funzione “assistenziale non differibile”, ai sensi dell’ACN, deve essere specificata e dettagliata dalle regioni nell’ambito degli Accordi Integrativi e attraverso la definizione dei modelli organizzativi regionali di Continuità dell’Assistenza (cfr. Art.43 comma 7, lett. a), da sviluppare secondo gli indirizzi dell’Art. 44 dell’ACN, il quale riporta:

- Comma 4: *“Con riferimento agli Accordi Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013, Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" e n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:*

- a) *attivazione della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117;*
- b) *attivazione di ambulatorio di continuità dell'assistenza gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria integrati, ove necessario, con personale infermieristico;*
- c) *organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.”*

- Comma 5: *“Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali”.*

Ogni regione è tenuta pertanto a definire le proprie necessità assistenziali ed i propri modelli organizzativi secondo nuovi parametri che superano il previgente servizio di Continuità Assistenziale, il quale deve essere riorganizzato secondo quanto previsto da un'altra norma: 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 in data 9 settembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Tale atto, nell'Art. 6.1, riporta che i nuovi servizi di Continuità Assistenziale devono essere ricostituiti dalle regioni riconducendo gli stessi alle Case di Comunità e successivamente, sulla base di parametri definiti al livello regionale, aggiungendo eventuali presidi esterni ritenuti troppo distanti dalle Case di Comunità stesse.

La regione Molise ha provveduto a determinare tali parametri, in coerenza con quanto previsto dall'ACN, nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 (da qui AIR), il quale riporta, nell'Art. 29 – Rapporto Ottimale, che:

- *Per i punti erogativi di assistenza primaria a ciclo orario nelle aree individuate come eccessivamente distanti dalle Case di Comunità ovvero nei punti erogativi fisicamente esterni alle Case di Comunità ma ad esse pienamente appartenenti dal punto di vista organizzativo e funzionale è preservato il modello organizzativo del servizio di C.A. che prevede l'attività dalle ore 20:00 alle ore 08:00 nei giorni feriali e per tutte le 24 ore nei giorni prefestivi e festivi, con 1 medico in servizio per turno.*

- *Ogni punto erogativo del servizio di C.A. regionale sarà attivato in una posizione strategica tale da essere raggiungibile entro 30 minuti per almeno il 90% della popolazione regionale.*

Ciò premesso, con il presente documento non viene attuata semplicemente la riforma del servizio di Continuità Assistenziale (CA) regionale, peraltro già prevista dall'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale del 2007 come successivamente esposto, né viene disposta una mera riorganizzazione dell'attività oraria secondo i principi della medicina d'attesa, bensì viene realizzata una ristrutturazione strategica e progressiva dell'intero sistema regionale di Assistenza Territoriale, basata sul rispetto della normativa vigente, su evidenze statistico-epidemiologiche, sull'analisi dei flussi assistenziali ed orientata all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane.

Il passaggio dal modello organizzativo storico dell'ex-Guardia Medica/Continuità Assistenziale, orientato a sostituire i medici di famiglia durante il giusto riposo e centrato su un'attività prevalentemente notturna, reattiva e a bassa intensità, ad un sistema moderno ed in linea con la normativa vigente, che prevede una attività anche diurna impiegata su funzioni di medicina d'iniziativa a supporto e potenziamento delle CdC-AFT, risponde a tre razionali interdipendenti: allineamento con i picchi di domanda, riduzione dell'inappropriatezza degli accessi al PS e potenziamento della prevenzione attiva nelle cronicità.

1.2 Il servizio di Continuità Assistenziale nel contesto specifico della regione Molise

La regione Molise, al 31/12/2025 dispone di un servizio di Continuità Assistenziale dimensionato nell'organico e nella distribuzione delle sedi e dei medici secondo l'infrastruttura dell'ex-Guardia Medica regionale, per una attività esclusivamente notturna, prefestiva e festiva.

Sono presenti 44 sedi per un totale di 48 medici in servizio per turno, con un organico teorico pari a 196 medici; Tale dispiegamento, per quanto riguarda un servizio di Cure Primarie non deputato alla gestione delle patologie urgenti, non ha eguali in Europa come densità rispetto al numero di comuni totali della regione, ed eroga il secondo più alto volume di ore pro-capite al livello nazionale (dati SISAC), comportando nel contempo la più alta spesa pro capite nazionale per l'Assistenza Primaria a ciclo orario.

L'ACN 23 marzo 2005 della Medicina Generale (Cfr. Art.64) obbligava le regioni a riorganizzare le proprie reti di Guardia Medica in nuovi servizi di Continuità Assistenziale attraverso la determinazione dei propri Rapporti Ottimali negli Accordi Integrativi Regionali (AIR) della Medicina Generale.

La regione Molise ha stipulato il proprio Accordo Integrativo approvandolo mediante la Deliberazione di Giunta Regionale n. 173 del 27 febbraio 2007 (ADR 2007); in tale accordo veniva stabilito il Rapporto Ottimale regionale di 1 medico di Continuità Assistenziale ogni 3.500 abitanti residenti (Cfr. Art.23).

L'applicazione di tale norma avrebbe comportato la costituzione di un servizio di Continuità Assistenziale strutturato in circa 18 sedi: la popolazione regionale totale all'epoca era pari a circa 320.000 residenti, con un fabbisogno stabilito in circa 90 medici di CA (320.000/3.500), i quali sarebbero dovuti essere suddivisi tra sedi a doppio medico (con un organico pari ad 8 medici/sede) come Campobasso, Termoli, Isernia e Venafro, ed i rimanenti 58 medici da distribuire in altre 14 sedi a singolo medico, con un organico pari a 4 medici.

Tale riorganizzazione non è mai stata attuata in quanto lo stesso ACN (Cfr. Art.64 comma 4) vincolava la riorganizzazione regionale al riequilibrio dall'eventuale esubero di medici già incaricati a tempo indeterminato all'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo, condizione presente in regione Molise all'epoca.

Al mese di Gennaio 2026, la condizione di esubero in atto nel 2007 è stata risolta: il numero di medici incaricati a tempo indeterminato si è ridotto fino a raggiungere il numero di 68 unità, di cui soltanto 27 a tempo pieno ed incarico esclusivo nella quota oraria della Continuità Assistenziale, con i rimanenti 124 incarichi che vengono coperti, con sempre maggior difficoltà, mediante contratti di durata mensile o trimestrale da medici che non praticano la Medicina Generale di professione e nella quasi totalità dei casi iscritti ai corsi di specializzazione universitaria a tempo pieno, non potendo dunque garantire la continuità dell'impiego.

L'eventuale riorganizzazione ai sensi del Rapporto Ottimale determinato nell'ADR 2007, ovvero secondo il criterio di 1 medico di CA ogni 3.500 abitanti, alla luce della popolazione residente al 2025 in regione Molise pari a circa 288.000 abitanti, risulterebbe in un organico di 82 medici da suddividere, approssimativamente, in 16 sedi (mantenendo 4 sedi a doppio medico).

Considerata tuttavia la normativa vigente, descritta nel paragrafo 1.1, e vista la portata complessiva della riforma correlata all'attuazione del nuovo Modello Organizzativo previsto dal presente decreto in recepimento degli standard e delle linee di indirizzo nazionali oltre che delle indicazioni dell'AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024, la regione prevede una implementazione graduale e progressiva, che preveda una fase di coesistenza tra i nuovi presidi e dei punti erogativi previsti dall'attuazione regionale del PNRR con le sedi di Continuità Assistenziale già attive in regione.

In tal senso, la regione riconosce l'importanza del coinvolgimento attivo dei rappresentanti dei professionisti ovvero del Comitato Regionale e del Comitato Aziendale di cui agli artt 11 e 12 dell'ACN della Medicina Generale nell'analisi dei dati e dei processi, nel supporto organizzativo e nella risoluzione delle eventuali problematiche che si dovessero presentare nella fase attuativa, allo scopo di una piena realizzazione degli obiettivi entro l'anno 2026.

2- Modello Organizzativo della Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'ACN 04 aprile 2024

La regione Molise attiva il nuovo modello organizzativo di Continuità dell'Assistenza mediante un servizio senza soluzione di continuità operativo per 24 ore al giorno per sette giorni la settimana, realizzato mediante gli strumenti dell'ACN 04 aprile 2024 come recepito dall'AIR, mediante le attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria dei Medici di Medicina Generale organizzati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT integrate nelle Case di Comunità.

In coerenza con quanto previsto dal DCA n.161 del 16 ottobre 2025 in realizzazione regionale del DM 77/2022 è garantita, attraverso la quota oraria del Ruolo Unico di Assistenza Primaria dei Medici di Medicina Generale, la presenza medica continuativa per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana in tutte le CdC sedi di AFT, ed una presenza medica minima di 14 ore al giorno per sette giorni la settimana nelle altre CdC previste dalla programmazione regionale.

La programmazione regionale prevede pertanto l'attivazione, in prima istanza, fermo restando successivi potenziamenti ed integrazioni:

- 1) Di un ambulatorio diurno di Medicina Generale di AFT (Cfr. Art. 44, commi n.2 e n.4 ACN) in tutte le CdC Hub e nelle CdC Spoke sede di AFT dalle ore 08:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali;
- 2) Del servizio di Continuità Assistenziale presso tutte le CdC regionali e presso punti erogativi esterni ma pienamente appartenenti alle CdC di riferimento nelle aree individuate come eccessivamente distanti dalle CdC stesse ai sensi del presente decreto, dalle ore 18:00 alle ore 08:00 dei giorni feriali e per tutte le 24 ore dei giorni prefestivi e festivi;
- 3) Della Centrale Unica per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del Numero Unico Europeo 116117 di cui all'Art.44 , comma 4, lett.a) ACN, attiva per 24 ore al giorno per 7 sette giorni la settimana, che sarà integrata da un servizio di pronta disponibilità medica mediante le attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, per il quale si rimanda a specifico DCA di istituzione.

Il servizio di cui al punto 2) è attivato, come dettagliato successivamente, secondo una modulazione del personale coerente con l'Art. 44, comma, lett. c) ACN.

Tutti i servizi saranno supportati dal personale infermieristico e dalle dotazioni tecnologico-organizzative delle Case di Comunità di appartenenza, per le quali si rimanda al DCA n.161/2025 ed all'Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024.

3 - Compiti e funzioni dell'Assistenza Primaria a ciclo orario nell'ambito del modello organizzativo regionale

La regione Molise riconduce le AFT ai modelli organizzativi delle Case di Comunità regionali, individuando nelle reti integrate CdC-AFT di cui all'Art. 4 del presente decreto (Cfr. paragrafi 4.1 e 4.2) le unità elementari di erogazione di tutte le prestazioni del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di livello minimo ed essenziale di complessità.

Ogni punto di erogazione di attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria della Regione Molise elencato nei paragrafi 4.1 e 4.2 del presente decreto è ricompreso o comunque

considerato pienamente appartenente ad una Casa di Comunità cui coordina le proprie attività ed attinge per quanto concerne le dotazioni tecnologiche e di personale, secondo quanto descritto dal presente documento e fatto salvo successive modificazioni ed integrazioni.

La regione Molise, 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 in data 9 settembre 2025, e come determinato nell’Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell’ACN 04 aprile 2024, individua e definisce la prestazione “*assistenziale non differibile*” come quella prestazione di competenza del Ruolo Unico di Assistenza Primaria relativa ad una condizione clinica a bassa complessità e non derivante da un trauma acuto, in cui non siano in atto significative alterazioni delle funzioni cardiocircolatoria, neurologica o nervosa.

Come previsto dalle linee di indirizzo delle regioni (Cfr. Art.6.1), sono categoricamente escluse dai criteri di accesso alle prestazioni del Ruolo Unico ovvero delle Case di Comunità-AFT tutte le condizioni cliniche relative all’area dell’emergenza-urgenza o comunque esplicitamente o potenzialmente tempo dipendenti, ad esempio:

- Dolore toracico;
- Dispnea acuta;
- Deficit neurologico acuto;
- Cefalea intensa e inusuale;
- (Poli)Trauma Sincope/perdita di conoscenza.

Sono di competenza dei servizi del Ruolo Unico dell’Assistenza Primaria, indipendentemente dal punto di erogazione della CdC-AFT di riferimento, quelle prestazioni codificate come codice bianco o verde dettagliate nell’AIR di recepimento dell’ACN 04 aprile 2024, programmabili per essere espletate entro la fine del turno di lavoro, fatte salve successive modificazioni o integrazioni dell’AIR stesso.

L’esercizio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, come previsto dall’ACN, non prevede l’obbligo di acquisire competenze di tipo ACLS, ATLS o altre manovre proprie dell’emergenza urgenza, e l’utilizzo del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria per interventi riferibili all’emergenza-urgenza ovvero per codici colore di livello superiore al verde o per condizioni morbose tempo-dipendenti è considerato inappropriato.

4 - Rete Assistenziale integrata delle Case di Comunità-AFT della regione Molise

Sono attivati dall’ASReM, nelle modalità e nelle tempistiche previste dal presente documento, i seguenti punti erogativi di Assistenza Primaria ad Attività Oraria riconducibili alle attività delle reti integrate delle Case di Comunità-AFT, suddivisi in seguito per tipologia e fascia oraria di attività.

4.1 – Attività a ciclo orario diurno – Ambulatori Diurni di Medicina Generale di AFT-Casa di Comunità ex. Art. 44 comma 2 ACN 04 aprile 2024

AMBULATORI DIURNI DI MEDICINA GENERALE DI AFT (Attivi 08:00-18:00 dei giorni feriali)		
AFT*	SEDE	PERSONALE
Campobasso 1	CdC Hub di Campobasso	1 medico RU Orario** + 1 Infermiere
Campobasso 2	CdC Hub di Campobasso	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Bojano	CdC Spoke di Bojano	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Riccia	CdC Hub di Riccia	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Trivento	CdC Spoke di Trivento	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Termoli 1	CdC Hub di Termoli	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Termoli 2	CdC Hub di Termoli	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Larino	CdC Hub di Larino	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Montenero di Bisaccia	CdC Spoke di Montenero di Bisaccia	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Isernia	CdC Hub di Isernia	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Venafro	CdC Hub di Venafro	1 medico RU Orario + 1 Infermiere
Agnone	CdC Hub di Agnone	1 medico RU Orario + 1 Infermiere

*Per quanto concerne i comuni ricompresi nell'ambito territoriale della AFT si rimanda allo specifico documento di programmazione ed istituzione regionale delle AFT.

**Medico RU orario: Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo Orario.

Le funzioni ed i compiti degli ambulatori Diurni di Medicina Generale di AFT – Casa di Comunità, fermo restando quanto descritto nel presente documento, sono dettagliate nell’AIR di recepimento dell’ACN 04 aprile 2024.

Per le dotazioni strutturali, tecnologiche e logistico-organizzative si rimanda al DCA n.161 del 16 ottobre 2025 della regione Molise ed alle eventuali ulteriori determinazioni regionali o aziendali.

4.2 – Servizio di Continuità Assistenziale delle Case di Comunità

Il servizio di Continuità Assistenziale (CA) della Regione Molise sarà progressivamente ricondotto dall’ASReM ai modelli organizzativi delle Case di Comunità regionali attraverso l’attivazione dei punti erogativi descritti successivamente, suddivisi in 2 tipologie:

- a) Presidio “h16”, nei casi di punti erogativi di CA fisicamente situati all’interno di Case di Comunità;
- b) Presidio “h12”, nei casi di punti erogativi di CA esterni ma pienamente considerati parte delle Case di Comunità di riferimento.

Tale infrastruttura realizza quanto previsto:

- 1) 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 in data 9 settembre 2025 che determinano, in particolare nell’Art. 6., che il servizio di CA sia riorganizzato dalle regioni attuando l’Art. 44 ACN *“prevedendo che le attuali sedi di Continuità Assistenziale siano collocate all’interno delle Case della Comunità al fine di espletare attività per bisogni non differibili, garantendo l’assistenza h 24 come prevista dal DM n. 77/2022, fatta salva la possibilità di definire sedi ulteriori per aree interne distanti dai presidi territoriali.”*
- 2) Dal citato Art.44, comma 4, lett. c) ACN Medicina Generale 2024;
- 3) Dall’AIR di recepimento dell’ACN 04 aprile 2024, in particolare l’Art. 29, che riporta: *“Ogni punto erogativo del servizio di C.A. regionale sarà attivato in una posizione strategica tale da essere raggiungibile entro 30 minuti per almeno il 90% della popolazione regionale”.*

Il servizio di CA regionale, come ridefinito ai sensi del presente decreto, supera la precedente logica distrettuale in luogo di una visione sovra distrettuale che assegna i comuni alle varie sedi semplicemente sulla base del criterio del minor tempo di percorrenza calcolato in minuti in condizioni ottimali di viabilità.

La selezione dei presidi “h12”, mantenuti dal previgente servizio di CA, ha tenuto conto della necessità di garantire la massima accessibilità all’utenza, attivando una rete in grado di raggiungere oltre il 99% della popolazione regionale entro 30 minuti in condizioni ordinarie di viabilità, fermo restando che il servizio, come esplicito nell’Art.3, non è deputato alle urgenze bensì alle visite programmate, e garantendo in ogni caso al 100% dei comuni ovvero della popolazione regionale un’accessibilità inferiore ai 35 minuti di distanza.

SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Punti erogativi con modello organizzativo "H16"

RETE CdC-AFT	COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE	PERSONALE PER FASCIA ORARIA
Sede: CdC di Campobasso Afferenti i medici delle AFT Campobasso 1 e 2	Campobasso, Ferrazzano, Ripalimosani, Campodipietra, Mirabello Sannitico, Oratino, Toro, Matrice, Montagano, Castropignano, Limosano, San Giovanni in Galdo.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 4 MMG + 2 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 2 IFeC
Sede: CdC di Bojano Afferenti medici della AFT Bojano	Bojano, Vinchiaturò, Baranello, Sepino, Spinete, Busso, San Giuliano del Sannio, San Massimo, Roccamandolfi, Colle d'Anchise, Guardiaregia, Cantalupo nel Sannio, Campochiaro, San Polo Matese.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 3 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Riccia Afferenti medici della AFT Riccia	Riccia, Cercemaggiore, Jelsi, Gambatesa, Pietracatella, Tufara, Gildone, Cercepiccola.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 2 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Trivento Afferenti medici della AFT Trivento	Trivento, Fossalto, Salcito, Roccavivara, Sant'Angelo Limosano, Pietracupa, San Biase.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Termoli Afferenti medici delle AFT Termoli 1 e 2	Termoli, Campomarino, Guglionesi, Petacciato, Portocannone, San Giacomo degli Schiavoni, Montecilfone.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 4 MMG + 2 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00:

		2 MMG + 2 IFeC
Sede: CdC di Larino Afferenti medici della AFT Larino	Larino, San Martino in Pensilis, Ururi, Casacalenda, Rotello, Montorio nei Frentani, Montelongo, Provvidenti.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 2 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Montenero di Bisaccia	Montenero di Bisaccia, Mafalda, Tavenna.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Santa Croce di Magliano Afferenti medici della AFT di Larino	Santa Croce di Magliano, Colletorto, Bonefro, San Giuliano di Puglia.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Castelmauro Afferenti medici della AFT Montenero di Bisaccia	Castelmauro, Palata, Montefalcone nel Sannio, Guardialfiera, Lucito, Acquaviva Collecroce, San Felice del Molise, Lupara, Civitacampomariano, Montemitro, Castelbottaccio.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Isernia Afferenti medici della AFT di Isernia	Isernia, Castelpetroso, Pesche, Sant'Agapito, Carovilli, Macchia d'Isernia, Carpinone, Miranda, Pescolanciano, Sessano del Molise, Forlì del Sannio, Longano, Roccasicura, Pettoranello, Acquaviva d'Isernia, Castelpizzuto.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 4 MMG + 2 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 2 IFeC
Sede: CdC di Venafro Afferenti medici	Venafro, Montaquila, Pozzilli, Sesto Campano, Monteroduni, Filignano, Conca Casale.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 3 MMG + 1 IFeC

della AFT Venafro		Fascia oraria 00:00 - 08:00: 2 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Agnone Afferenti medici della AFT Agnone	Agnone, Belmonte del Sannio, Pietrabbondante, Poggio Sannita, Castelverrino.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
Sede: CdC di Frosolone Afferenti medici della AFT Agnone	Frosolone, Macchiagodena, Civitanova del Sannio, Torella del Sannio, Santa Maria del Molise, Bagnoli del Trigno, Casalciprano, Duronia, Sant'Elena Sannita, Chiauci, Molise.	Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi, 18:00 - 24:00 giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC Fascia oraria 00:00 - 08:00: 1 MMG + 1 IFeC
CONTINUITA' ASSISTENZIALE Punti erogativi con modello organizzativo h12		
Sede di Campolieto (afferente ed appartenente alla CdC-AFT di Campobasso)	Campolieto, Petrella, Castellino del Biferno, Morrone del Sannio, Sant'Elia a Pianisi, Macchia Valfortore, Monacilioni, Ripabottoni.	per tutte le 24 ore dei giorni prefestivi e festivi, dalle 20:00 alle 08:00 dei giorni feriali: 1 MMG (IFeC fornito, al bisogno, dalla CdC di Campobasso).
Sede di Colli al Volturmo (afferente ed appartenente alla CdC-AFT Venafro)	Cerro al Volturmo, Fornelli, Colli al Volturmo, Rocchetta al Volturmo, Rionero Sannitico, Scapoli, Montenero Val Cocchiara, Castel San Vincenzo, Pizzone.	per tutte le 24 ore dei giorni prefestivi e festivi, dalle 20:00 alle 08:00 dei giorni feriali: 1 MMG + 1 IFeC
Sede di Capracotta (afferente ed appartenente alla CdC-AFT di Agnone)	Capracotta, Vastogirardi, San Pietro Avellana, Sant'Angelo del Pesco, Castel del Giudice, Pescopennataro.	per tutte le 24 ore dei giorni prefestivi e festivi, dalle 20:00 alle 08:00 dei giorni feriali: 1 MMG (IFeC fornito, al bisogno, dalla CdC di Agnone).

*Con MMG si intende Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo Orario.

Tutti i presidi h16 saranno dotati dall'ASReM di auto di servizio.

4.3 – Adempimenti dell'ASReM e cronoprogramma di implementazione

1) Entro 15 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente decreto:

- a) l'ASReM individua o adatta presso le Case di Comunità previste dalla programmazione regionale i locali e gli spazi che saranno adibiti alle attività degli Ambulatori Diurni di Medicina Generale e delle postazioni di Continuità Assistenziale di cui ai precedenti paragrafi 4.1 e 4.2.
- b) qualora non sia possibile garantire l'agibilità dei locali di cui al punto precedente entro il termine del 01 aprile 2026, l'ASReM provvede ad individuare presso i comuni di riferimento locali ed ambienti idonei all'attivazione funzionale dei servizi stessi entro il medesimo termine, anche in collaborazione con le amministrazioni comunali o di altri enti presenti nell'ambito territoriale.
- c) le sedi provvisorie di cui al punto precedente potranno coincidere o essere ubicate presso postazioni differenti rispettivamente per gli ambulatori Diurni di Medicina Generale e per le sedi di Continuità Assistenziale, purché situate nel comune previsto dal presente documento, fermo restando la necessità di essere in grado di erogare le prestazioni essenziali mediante gli standard di personale previsti per le rispettive attività.
- d) l'ASReM avvia la norma transitoria n.2 dell'Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 proponendo ai medici già incaricati nel servizio di Continuità Assistenziale regionale lo spostamento della titolarità nei nuovi presidi di cui al paragrafo 4.2 del presente decreto.
- e) l'ASReM individua le modalità di assegnazione ai servizi del personale infermieristico previsto e norma le funzioni della stesso nell'ambito delle attività di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2.
- f) l'ASReM adempie altresì a quanto previsto dall'Art.1, comma 4, dell'Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024.

2) L'ASReM completa le attività di cui alle lettere precedenti entro il termine perentorio di 90 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente decreto. Il nuovo modello organizzativo regionale delle attività a ciclo orario è implementato mediante l'attivazione dei servizi di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2 del presente decreto, siano essi posizionati presso le sedi definitive o mediante soluzioni funzionali provvisorie, e sono altresì attivate le AFT, a decorrere dal 01 aprile 2026. Le UCAD sono rinnovate in coerenza con l'AIR entro il termine del 01 marzo 2026 e provvedono alla programmazione delle attività orarie per il mese di aprile 2026.

3) Considerata la necessità di realizzare la riforma prevista dal PNRR e dal DM 77/2022 garantendo nelle Case di Comunità gli standard di presenza medica previsti dalla programmazione nazionale e regionale, l'ASReM, a decorrere dalla data di attivazione delle AFT ovvero dall'entrata in vigore del nuovo modello organizzativo delle attività a ciclo orario, considera prioritaria la riconduzione di tutte le attività orarie dei medici del Ruolo Unico di Assistenza primaria attivi in regione alle funzioni ed alle strutture di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2.

4) A decorrere dalla data di attivazione delle AFT:

- i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art.31 comma 1 dell'ACN 04 aprile 2024 con debito di attività oraria;
- i medici con incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta non aderenti al Ruolo Unico che non abbiano un concomitante incarico a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale che diano disponibilità ad effettuare attività oraria;
- i medici con incarico nel Ruolo Unico a tempo determinato, temporaneo o in APP,

possono espletare l'attività a ciclo orario in deroga ai limiti di compatibilità ore-scelte, su base volontaria, secondo i seguenti massimali:

- a) 24 ore/settimana fino a 1.200 scelte;
- b) 12 ore/ settimana fino a 1.500 scelte;
- c) 6 ore/settimana oltre le 1.500 scelte.

Tali massimali integrano l'Art.38 comma 1 dell'ACN 04 aprile 2024 come recepito dall'Accordo Integrativo Regionale di riferimento; le deroghe per le attività orarie sono autorizzate se espletate presso le attività e le strutture di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2, oltre che presso le attività a ciclo orario delle UCCP/UCA. Le scelte di cui all'articolo 39, commi 4, 5, 6 e 7 e le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni in caso di carenza di assistenza pediatrica non concorrono al conteggio dei massimali.

5) Sono altresì autorizzati a svolgere ore aggiuntive presso le attività e le strutture di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2 oltre che presso attività a ciclo orario delle UCCP/UCA, nelle modalità previste dall'AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024, i medici già titolari di Continuità Assistenziale presso le postazioni di cui al paragrafo 4.2 e gli altri medici di cui alla graduatoria di cui all'Art. 19 comma 6 ACN che ne diano disponibilità, secondo le modalità previste nell'AIR stesso.

6) L'indennità oraria aggiuntiva di cui all'Art. 47 comma 3 lettera c) ACN 04 aprile 2024, pari a 13,62 euro, è corrisposta solo ai medici impiegati nei punti erogativi di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2 del presente decreto oltre che ai medici delle attività a ciclo orario delle UCCP/UCA.

7) A tutti i medici impiegati nelle attività a ciclo orario della regione Molise, ivi compresi i medici impiegati presso gli altri presidi di Continuità Assistenziale di cui al successivo articolo 5 viene rivalutato, alla data di attivazione delle AFT, l'importo della reperibilità come previsto dall'Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024.

8) Il Comitato Aziendale di cui all'Art. 12 ACN è deputato ad individuare le migliori soluzioni organizzative utili all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

5 – Disposizioni inerenti i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise

1) Successivamente alla attivazione delle AFT i presidi di Continuità Assistenziale e non elencati nel paragrafo 4.2 del presente decreto continuano le attività fatte salve diverse determinazioni regionali, o aziendali in applicazione di quanto previsto dal presente articolo.

2) A decorrere dal mese di aprile 2026, con l'eccezione dei medici già convenzionati a tempo indeterminato presso i presidi stessi (cd. "titolari di Continuità Assistenziale", con o senza doppio incarico di titolarità nell'Assistenza Primaria a ciclo di scelta), i turni presso le sedi di cui al presente articolo possono essere assegnati esclusivamente mediante incarichi di sostituzione di durata trimestrale, e non sono consentite deroghe ai massimali orari, per i quali sono stabiliti i seguenti limiti:

- a) per ogni medico già titolare di Continuità Assistenziale che non abbia un concomitante incarico di titolarità a ciclo di scelta è stabilito il massimale di 24 ore settimanali più 4 ore di plus orario (11 turni/mese) come previsto ai sensi del contratto di incarico (cfr. Art.24 ADR Molise 2007);
- b) per ogni medico titolare doppio incarico di Continuità Assistenziale ed Assistenza Primaria, di cui all'Art. 38 comma 7 ACN 04 aprile 2024, è confermato il limite settimanale di compatibilità ore-scelte previsto dall'articolo stesso, pari a 24 ore fino a 650 assistiti (8 turni/mese) e 12 ore da 651 fino a 1.120 assistiti (4 turni/mese);
- c) per i medici con incarico di sostituzione è stabilito il limite di 24 ore settimanali (8 turni/mese).

3) a decorrere dal mese di aprile 2026 gli incarichi di sostituzione nei presidi di CA già presenti sul territorio regionale e non elencati nel paragrafo 4.2 del presente decreto sono assegnati obbligatoriamente per durata trimestrale con l'obbligo di accettazione a garanzia di un incarico di 24 ore settimanali (8 turni/mese) presso un'unica sede; non è compatibile l'incarico presso le attività di cui al presente articolo e le attività di cui agli aarrrt n.4 e n.6 del presente decreto.

4) entro il 01 marzo 2026 l'ASReM, in applicazione dell'Art. 38 comma 7 ACN 04 aprile 2024, provvede a conteggiare il numero di assistiti in carico a tutti i medici già titolari di Continuità Assistenziale presso le sedi di cui al presente articolo con il doppio incarico nell'Assistenza Primaria per determinare il numero di ore lavorabili ai sensi del precedente comma 2; in caso di medici con numero di assistiti pari a 1.121 o superiore, l'ASReM comunica la cessazione delle ore e del rapporto a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale. Le scelte di cui all'articolo 39, commi 4, 5, 6 e 7 e le scelte dei minori nella fascia di età 0-6 anni in caso di carenza di assistenza pediatrica non concorrono al conteggio di cui sopra.

5) l'ASReM effettua la prima programmazione trimestrale delle attività orarie per l'inizio delle attività a decorrere dal mese di aprile 2026 previa applicazione di quanto previsto dal comma precedente. L'assegnazione dei turni e gli adempimenti consequenziali funzionali all'applicazione di quanto previsto dal presente articolo sono effettuati dall'UCAD nel rispetto di quanto previsto dall'AIR.

6) Nel caso in cui in un presidio di cui al presente articolo non sia possibile garantire la continuità del servizio mediante la copertura delle attività sanitarie per almeno l'**80%** dei turni su base trimestrale, a decorrere dal 01 aprile 2026 l'ASReM, previo parere positivo del Comitato Aziendale, dispone la sospensione dell'attività del presidio stesso con la rivisitazione dell'ambito territoriale di competenza, allo scopo di armonizzare ed ottimizzare il servizio secondo quanto previsto dal paragrafo 4.2 del presente decreto.

7) La sospensione ha durata minima trimestrale, e la riattivazione del presidio è subordinata al parere positivo del Comitato Regionale di cui all'Art.11 ACN il quale individui specifici parametri di appropriatezza, efficienza ed efficacia funzionali ad una valutazione obiettiva dell'effettiva necessità assistenziale per l'ambito territoriale.

8) In caso di sospensione delle attività di un presidio, allo scopo di garantire ai medici già titolari il monte orario spettante da contratto, i suddetti medici vengono riassegnati come segue, fatto salvo la possibilità dei medici stessi di produrre istanza al Comitato Aziendale di mobilità straordinaria (definitiva) presso uno dei presidi di cui al paragrafo 4.2 del presente decreto.

SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE/MEDICI TITOLARI	PUNTO EROGATIVO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI RIASSEGNAZIONE
Toro, Castropignano.	CdC-sede di CA di Campobasso
Baranello, Torella del Sannio.	CdC-sede di CA di Bojano
Jelsi, Cercemaggiore, Gambatesa.	CdC-sede di CA di Riccia
Monacilioni/Campolieto, Montagano, Petrella Tifernina/Castellino del Biferno.	CdC-sede di CA di Riccia-Campolieto
Sant'Angelo Limosano, Fossalto, Lucito.	CdC-sede di CA di Trivento
Campomarino, Guglionesi, Petacciato.	CdC-sede di CA di Termoli
Palata.	CdC-sede di CA di Montenero di Bisaccia
Casacalenda, San Martino in Pensilis.	CdC-sede di CA di Larino
Bonefro, Colletorto, Morrone nel Sannio.	CdC-sede di CA di Santa Croce di Magliano
Montefalcone/S.Felice del Molise, Guardialfiera.	CdC-sede di CA di Castelmauro
Macchia d'Isernia, Sessano del Molise, Carovilli.	CdC-sede di CA di Isernia
Cantalupo, Civitanova del Sannio.	CdC-sede di CA di Frosolone
Rocchetta al Volturno, Rionero Sannitico.	CdC-sede di CA di Venafro-Colli al Volturno

9) Il comitato aziendale provvede a ridefinire gli ambiti territoriali per il periodo di coesistenza dei punti erogativi individuati nell'Art.4 del presente decreto con le sedi di CA di cui al presente articolo e nel caso di sospensione delle attività delle stesse.

10) I medici impiegati nei presidi di CA e nelle attività non ricomprese negli aarrtt n.4 e n.6 del presente decreto non hanno diritto alla indennità oraria aggiuntiva di cui all'Art. 47 comma 3 lettera c) ACN 04 aprile 2024, pari a 13,62 euro, e non sono dotati di auto di servizio.

11) Entro il 30 giugno 2026 il Comitato Aziendale valuta l'assetto del servizio di Continuità Assistenziale regionale e redige apposita relazione corredata da eventuali proposte di ottimizzazione del servizio, che viene trasmessa al Comitato Regionale per le successive valutazioni e gli eventuali interventi.

6 - Attività a ciclo orario delle UCCP: le Unità di Continuità Assistenziale UCA

1) La regione Molise, come previsto dal relativo atto di programmazione regionale, con particolare riferimento alle attività del personale medico convenzionato nell'Assistenza Primaria, suddivide le attività di UCCP in:

- a) Attività di UCCP del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta;
- b) Attività di UCCP del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario.

2) Le attività di UCCP a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria sono inquadrate nell'ambito delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) di cui all'Art.7 del DM 77/2022, in continuità e coerenza con quanto determinato nei DCA n.76/2025, n.86/2025 e ridefinito nel DCA n.158/2025 della regione Molise, come integrato nel presente decreto.

3) Le attività a ciclo di scelta delle UCCP saranno successivamente determinate e normate mediante il coordinamento degli Accordi Integrativi Regionali (AAIIRR) dei MMG, dei PLS e dei SAI.

4) Le UCA/UCCP sono attive in Regione Molise come rappresentato in tabella, in prima istanza, in numero di 1 per ogni Distretto Socio Sanitario, secondo uno standard minimo di 10 ore al giorno nei giorni feriali, modulabili sulla base delle necessità individuate dal Direttore di Distretto in coerenza con le attività specifiche del servizio determinate al livello Distrettuale.

UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - UCCP		
DISTRETTO/UCCP	SEDE FUNZIONALE	PERSONALE E STANDARD ORARIO MINIMO
Campobasso	CdC Campobasso	1 medico RU Orario + 1 Infermiere per 10 ore al giorno nei giorni feriali in fascia diurna
Termoli	CdC Termoli	1 medico RU Orario + 1 Infermiere per 10 ore al giorno nei giorni feriali in fascia diurna
Isernia	CdC Isernia	1 medico RU Orario + 1 Infermiere per 10 ore al giorno nei giorni feriali in fascia diurna

5) Le sedi funzionali delle UCA sono individuate presso le Case di Comunità di Campobasso, Termoli e Isernia; la collocazione presso tali strutture ha esclusiva valenza logistica e funzionale e non comporta sovrapposizione con le attività di accesso diretto al cittadino proprie delle Case di Comunità. Le UCA possono comunque operare, sulla base delle necessità assistenziali e

organizzative, in qualsiasi struttura del Distretto di riferimento, secondo quanto disposto dalla Direzione Distrettuale.

6) Le UCA operano come articolazioni avanzate della UCCP e del Distretto, secondo dinamiche assistenziali e funzioni definite dal Distretto e distinte dalle prestazioni degli Ambulatori diurni di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, con cui sono comunque interconnesse e possono coordinarsi nell'ambito delle varie attività e funzioni secondo il modello organizzativo distrettuale.

7) La regione Molise prevede uno sviluppo graduale delle attività delle UCA e delle UCCP mediante l'implementazione di specifiche progettualità e sperimentazioni che ne amplino e ne potenzino i servizi a supporto delle funzioni Distrettuali, tenendo conto delle peculiarità orografiche, demografiche ed epidemiologiche del territorio e degli obiettivi di appropriatezza, continuità e sostenibilità del sistema assistenziale definito nel PAT.

8) Direttori dei Distretti Sanitari, previa approvazione del Comitato Aziendale delle varie sperimentazioni e progettualità, definiscono, nelle modalità determinate dall'AIR:

- a) le attività specifiche delle UCA;
- b) la modulazione del monte orario;
- c) le modalità di integrazione con i servizi distrettuali, ospedalieri e territoriali;

9) Le UCA potranno essere potenziate nell'organico o nel monte ore, ovvero integrate e coinvolte in successive specifiche progettualità ed attività assistenziali sulla base degli AIR e comunque previa autorizzazione della Struttura Commissariale.

10) Preso atto che tutti i 3 Distretti dell'ASReM alla data del 31/12/2025 hanno attivato le UCA come previsto dal DCA 186/2025 per 8 ore al giorno nei giorni feriali, a decorrere dalla data di pubblicazione sul BURM del presente decreto, il monte ore delle UCA è rideterminato in 10 ore al giorno nei giorni feriali.

11) Le UCA sono altresì autorizzate con effetto immediato, a decorrere dalla data di pubblicazione sul BURM del presente decreto ad espletare le seguenti funzioni nell'ambito delle attività distrettuali:

- a) supporto agli Ospedali di Comunità;
- b) supporto organizzativo-gestionale alla Centrale Operativa Territoriale (COT);
- c) supporto alle strutture di cure intermedie, incluse Hospice, Residenze Sanitarie Assistenziali e strutture di riabilitazione;
- d) partecipazione alle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) e supporto alla compilazione delle schede SVAMA/SVAMDi;
- e) supporto ai servizi distrettuali di Cure Domiciliari;
- f) attestazione dello stato di necessità per presidi protesici e ausili;
- g) 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;
- h) presa in carico sanitaria e supporto assistenziale alla popolazione migrante;
- i) ulteriori funzioni riconducibili alla Medicina dei Servizi e alle esigenze operative dei Distretti.

12) Tali funzioni dovranno essere inquadrare e normate nell'ambito di specifiche progettualità ed accordi da approvare in sede di Comitato Aziendale.

13) Le attività svolte dalle UCA non costituiscono in alcun caso estensione, potenziamento o sostituzione dei servizi relativi alle prestazioni assistenziali non differibili degli Ambulatori diurni di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, ma si configurano come funzioni programmate o semi-programmate ad elevata complessità clinico-organizzativa, definite e codificate al livello distrettuale.

14) Le attività delle UCA sono oggetto di monitoraggio periodico da parte dell'ASReM.

15) Le UCA costituiscono il nucleo evolutivo delle future Unità Complesse di Cure Primarie territoriali e rappresentano uno strumento strategico per l'implementazione progressiva del modello organizzativo delineato dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 e dalla Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

7 – Ulteriori determinazioni

1) L'ASReM si avvale del Comitato Aziendale di cui all'Art. 12 dell'ACN e del Nucleo di coordinamento aziendale per le attività sperimentali inerenti le strutture ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022 di cui all'Art.6 del DCA n.114/2025 per individuare le soluzioni operative ed organizzative maggiormente funzionali all'attuazione di quanto determinato dal presente decreto al fine di rispettarne il cronoprogramma e garantire la realizzazione degli standard di presenza medica previsti dal DM 77/2022 come recepito dalla programmazione regionale.

2) Il Comitato Regionale di cui all'Art. 11 dell'ACN può essere interpretato al fine di dirimere le eventuali problematiche che possono insorgere nell'ambito dell'implementazione del nuovo AIR e dei provvedimenti regionali di attuazione del DM n.77/2022, con particolare riferimento all'ambito contrattuale.

3) Entro il 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURM del presente decreto il Nucleo di coordinamento aziendale per le attività sperimentali inerenti le strutture ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022 di cui all'Art.6 del DCA n.114/2025 provvede ad individuare gli standard minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi utili all'avvio funzionale delle reti delle Case di Comunità-AFT alla data del 01 aprile 2026, in attuazione di quanto previsto dal DCA n.161/2025, con particolare riferimento alla diagnostica di primo livello ovvero alla POCT.

4) Per le modalità di assegnazione delle attività orarie si rimanda a quanto previsto dall'AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024.

5) Il presente decreto integra e completa quanto già determinato nell'atto di programmazione regionale delle AFT e delle UCCP della regione Molise e nell'AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024.

6) L'articolo 1 del DCA n.26/2025 è da considerarsi abrogato e superato dall'Art.5, comma 2 del presente decreto.

7) Eventuali integrazioni o modificazioni del presente documento saranno possibili mediante ulteriori DCA sulla base delle eventuali valutazioni da parte dei ministeri affiancanti.