

# **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 DEL 15 GENNAIO 2026 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 e dell'ACN 15 gennaio 2026.
- 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 per le assegnazioni degli incarichi e delle ore aggiuntive ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 15 gennaio 2026 – triennio economico 2022-2024- e del vigente Accordo Regionale del 16 gennaio 2026.
- 6 – Disposizioni inerenti i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise
- 7 - Attività a ciclo orario delle UCCP: le Unità di Continuità Assistenziale UCA.
- 8 – Disciplina della programmazione trimestrale delle attività a ciclo orario dei Distretti dell'ASReM in recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale 15 gennaio 2026 – triennio economico 2022-2024- e del vigente Accordo Regionale del 16 gennaio 2026.
- 9 – 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 basato sul servizio di Continuità Assistenziale attivo nei giorni feriali nella fascia notturna 20:00 – 08:00 e per tutte le 24 ore nei giorni prefestivi e festivi, 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, fermo restando che la riforma del servizio è già stata programmata nell’Accordo Decentrato Regionale del 2007 (*DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 febbraio 2007, n. 173 – Supplemento Ordinario n. 2 al B.U.R.M. del 16 marzo 2007, n. 7*) in attuazione dell’articolo 64 dell’Accordo Collettivo Nazionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23 marzo 2005, il quale rappresenta la norma legislativa di riferimento per il dimensionamento dei servizi regionali di Continuità Assistenziale.

La regione Molise, con il presente documento, oltre a dare attuazione alla riforma suddetta, recepisce le norme contrattuali ed i vari decreti legislativi successivamente intervenuti, a seguito del mutamento degli scenari epidemiologici e della domanda di salute nell’arco degli ultimi anni.

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 di Assistenza Primaria Territoriale 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 16 gennaio 2026, triennio economico 2022-2024 (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, oltre ad allineare la regione Molise agli standard nazionali sul dimensionamento dei servizi di Continuità Assistenziale come determinato ai sensi dell’Accordo Decentrato Regionale del 2007 in recepimento dell’ACN 23 marzo 2005 e del DM n.77/2022, implementa e sviluppa le più recenti introduzioni normative nazionali inerenti i servizi di Assistenza Territoriale, 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 La Continuità Assistenziale dalla nascita del SSN all'inquadramento nei LEA**

Ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Art.48, è configurato il rapporto tra Medici di Medicina Generale (MMG) ed il SSN stesso secondo il modello contrattuale del rapporto convenzionale.

Tale tipologia di rapporto è a tutt'oggi disciplinato dagli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) i quali, sempre ai sensi del citato Art.48 della legge 833/1978, devono prevedere la definizione dei parametri utili ad individuare il numero ottimale di professionisti da inserire nei vari servizi e le modalità organizzative generali dei servizi stessi, ivi comprese le modalità di garantire la "Continuità dell'Assistenza" (Cfr. commi n.1 e n.11), da intendersi come servizio continuativo dedicato non alle prestazioni di acuzie maggiore, di competenza ospedaliera, ma alle prestazioni territoriali di norma erogate dai medici di famiglia.

Tale impostazione basata sugli AACCCN è stata confermata ed ulteriormente sviluppata dalle successive riforme del SSN, in particolare l'art. 8 del d.lgs. 502/1992 et ssmii ribadisce come il rapporto tra i medici di medicina generale (tra cui rientrano anche quelli di continuità assistenziale) e il SSN è disciplinato da apposite convenzioni triennali conformi agli ACN che le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative negoziano ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), come sostituito dall'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003).

Il legislatore ha determinato pertanto sin dalla fondazione dell'SSN che gli ACN regolamentano in dettaglio non solo i diritti, gli obblighi ed il trattamento economico, ma anche il modello organizzativo con cui le regioni e le ASL devono strutturare i propri servizi di medici di medicina generale. In tal senso, come nel caso dei medici di Assistenza Primaria e, dall'ACN 23 marzo 2005 fino all'ACN 28 aprile 2022, di Continuità Assistenziale, sono gli ACN che hanno individuato il fabbisogno standard nazionale di medici da inserire nei territori delle regioni e dei servizi di Continuità Assistenziale delle Aziende Sanitarie.

L'evoluzione degli ACN ha dunque seguito lo sviluppo del SSN fin dalla sua istituzione, attraverso i Decreti del Presidente della Repubblica (DPR) prima, e successivamente dagli ACN, resi esecutivi ai sensi dell'Art.2-nonies, d.l. 29 marzo 2004 n. 81.

In tal senso, si riporta la cronologia degli AACCCN succedutisi dalla fondazione del SSN ad oggi:

- DPR ACN 31/05/1978
- DPR ACN 13/08/1981
- DPR ACN 16/10/1984
- DPR ACN 08/06/1987

- DPR ACN28/09/1990
- DPR ACN 22/07/1996
- DPR ACN 28/07/2000
- ACN 23/03/2005
- ACN 08/07/2010
- ACN 21/06/2018
- ACN 18/06/2020
- ACN 30/10/2020
- ACN 28/04/2022
- ACN 04/04/2024
- ACN 15/01/2026

Per quanto concerne il percorso storico del servizio di Continuità Assistenziale, tutti gli AACCN dal 1978 fino al DPR ACN 22/07/1996 prevedevano che le regioni attivassero il servizio della cosiddetta “Guardia Medica”, il quale doveva garantire le “urgenze notturne e festive”, secondo un dimensionamento ed un fabbisogno totalmente determinato al livello della singola regione.

Con l’ACN DPR 22/07/1996 viene superato il servizio di Guardia Medica in luogo del nuovo servizio di Continuità Assistenziale, cui viene riconosciuta una maggior specificità rispetto i sistemi di Emergenza Urgenza, seppur nell’ articolato permanesse la funzione specifica di garantire le “urgenze notturne e festive”, sempre secondo un dimensionamento ed un fabbisogno totalmente determinato al livello della singola regione.

Si deve arrivare all’ACN 23 marzo 2005 per vedere riconosciuta alla Continuità Assistenziale una reale valorizzazione contrattuale, con un settore specifico di incarico inquadrato nella convenzione e la conseguente individuazione, in analogia a quanto previsto dal settore dell’Assistenza Primaria, di un Rapporto Ottimale ovvero di un criterio normativo utile all’individuazione di un fabbisogno nazionale standard minimo di medici, fornendo per la prima volta alle regioni un vincolo specifico utile a dimensionare i servizi di Continuità Assistenziale, non più dedicati alle “*urgenze notturne e festive*” come precedentemente determinato per la Guardia Medica, bensì alle “*prestazioni assistenziali territoriali non differibili*” (Cfr.Art.62 comma 1), demarcando una chiara differenziazione di competenze rispetto i servizi dell’Emergenza-Urgenza Territoriale (Art.67 commi n.1 e n.11) ed un allineamento verso un ambito di competenze più conformi alla Medicina Generale, come sarà definitivamente sancito negli AACCN successivi.

Si precisa che, ai sensi della normativa nazionale vigente alla data di entrata in vigore del citato ACN 23/03/2005, in assenza della definizione precisa dei LEA Livelli Essenziali di Assistenza, avvenuta solo con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), il Rapporto Ottimale riportato nell’Art. 64 dell’ACN 23 marzo 2005 abbia rappresentato la prima norma nazionale recante un fabbisogno standard, ovvero un parametro nazionale vincolante per dimensionare i servizi di Continuità Assistenziale delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali.

Rispetto le competenze specifiche del servizio di Continuità Assistenziale, il legislatore ha rafforzato il concetto di separazione delle funzioni della Continuità Assistenziale dai servizi di Emergenza introdotto nell'ACN del 1996 e sviluppato nell'ACN del 2005 anche nell'ambito nel citato DPCM 12/01/2017: l'Art.5 dello stesso, infatti, ("Continuità assistenziale") recita testualmente *“Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le aziende sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili”*, mentre l'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) è normata separatamente e secondo criteri maggiormente dettagliati nell'Art.7.

A confermare tale impostazione anche il Decreto Interministeriale 12 marzo 2019 recante *“Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”* (NSG), che nell'Allegato n.1 riporta gli indicatori utili a valuta l'erogazione dei LEA, ivi compresa la Continuità Assistenziale ed il 118, inseriti nell'Area Distrettuale.

A differenza del servizio 118, valutato secondo parametri inerenti il tempo di risposta, per la Continuità Assistenziale non sono individuati criteri relazionabili al tempo di intervento, ma solo criteri di appropriatezza (riduzione accessi impropri al PS negli orari di attività del servizio).

La Continuità Assistenziale, ai sensi della normativa nazionale, è dunque un servizio a valenza Distrettuale con l'obbligo di garanzia funzionale e temporale (copertura 24h/7gg per le prestazioni assistenziali non differibili), ma non dotata di un standard quantitativo minimo di sedi fisiche, fermo restando che, essendo un servizio inquadrato nell'assistenza Distrettuale, deve essere presente almeno una sede per ogni Distretto, il quale a sua volta ha un fabbisogno di Medici di Continuità Assistenziale come definito dall'ACN secondo l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) di recepimento, ovvero pari a circa 1 medico di Continuità Assistenziale ogni 5.000 abitanti residenti, con un certo margine di flessibilità determinato nel 30%.

Il LEA – Continuità Assistenziale dimensionata secondo i criteri del NSG e degli ACN/AIR è stato successivamente evoluto con l'entrata in vigore del DM n.77 del 23 maggio 2022, il quale stabilisce che ogni Casa di Comunità Hub deve essere anche sede del servizio di Continuità Assistenziale, elevando dunque lo standard minimo del servizio che deve, per ogni Distretto, presentare un numero di sedi pari almeno al numero di Case di Comunità Hub, fatta salva la possibilità delle regioni di elevare tale Livello Essenziale secondo il proprio modello organizzativo.

In tal senso, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025 ha approvato le *“Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”*, la quale riporta testualmente, nell'Art.6.1 *“Si rappresenta quindi la necessità di avviare una rivisitazione della continuità assistenziale come attualmente intesa utilizzando tutti gli strumenti previsti dall'art. 44 dell'ACN e prevedendo in via prioritaria 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 [...]; Nelle Case di Comunità viene espletata attività per*

*bisogni non differibili che comprende, che comprende: l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117; I criteri di esclusione dall'accesso sono definiti a livello regionale per fattispecie particolari quali ad esempio Dolore toracico, Dispnea acuta, Deficit neurologico acuto, Cefalea intensa e inusuale, (Poli)Trauma, Sincope/perdita di conoscenza.”;*

Tale documento, nel richiamare espressamente l'ACN della Medicina Generale come norma principale cui attenersi nello stabilisce i criteri organizzativi e le modalità contrattuali che le regioni devono seguire per ricostituire i propri servizi di Continuità Assistenziale, nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi di Continuità dell'Assistenza, riafferma quanto disposto già nell'Art.48 comma 11 della legge 833/1978 e ribadito nell'Art.1 del D.lgs. 502/1992.

## **1.2: Dal servizio di Continuità Assistenziale ai Modelli Organizzativi regionali di Continuità dell'Assistenza**

Con il termine “Continuità Assistenziale” (CA) ci si può riferire:

- a) Ad un *servizio* che le regioni erano tenute ad istituire e dimensionare sulla base di un proprio “Rapporto Ottimale” determinato nell'ACN 23 marzo 2005, individuando 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 LEA Distrettuale, per le quali le regioni sono ritenute adempienti semplicemente garantendo il servizio in tutti i Distretti Sanitari, fermo restando la valutazione specifica che viene effettuata secondo la capacità del servizio di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso durante le fasce orarie di attività del servizio stesso;
- c) Ad un *settore contrattuale specifico* della Medicina Generale istituito con l'ACN 23/03/2005 e cessato con l'ACN 04/04/2024, con dei compiti propri relative le prestazioni non urgenti nettamente separati delle funzioni dell'emergenza-urgenza, di competenza specifica del MET 118.

Come già esposto nel paragrafo precedente, il settore contrattuale della Continuità Assistenziale (CA) nasce a seguito dell'abolizione della ex-Guardia Medica con l'ACN-DPR della Medicina Generale del 1996, dedicata alle prestazioni urgenti notturne e festive.

Il successivo ACN 23 marzo 2005 prevede in tal senso 2 servizi/settori contrattuali: uno deputato specificamente alle Emergenze extraospedaliere, l'emergenza territoriale (anche detto “118”), ed uno deputato alle prestazioni non urgenti, appunto la CA, la quale, si configura come uno specifico livello essenziale di assistenza che ha la funzione di garantire a tutti i cittadini, nell'ambito territoriale di competenza del presidio sanitario, le prestazioni già svolte dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta nelle ore in cui il servizio non è da essi assicurato (estratto dalla sentenza della Corte Costituzionale n.157/2019).

Si noti che per il convenzionamento a tempo indeterminato (cd.” titolarità”) nella Medicina Generale è necessario il possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale

(CFSMG), 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. I medici privi del possesso del titolo suddetto non possono acquisire incarichi a tempo indeterminato, ma soltanto incarichi a tempo determinato o di sostituzione. Nel solo caso dell'incarico come medico di emergenza territoriale 118, per l'impiego nel servizio è necessario il possesso del titolo di idoneità ed abilitazione alla funzione (cfr. Art. 66 ACN): soltanto medici specificamente formati e dotati dell'apposito titolo possono essere convenzionati dal SSN per l'impiego nell'Emergenza Sanitaria Territoriale: il diploma di laurea, anche integrato dal diploma del CFSMG non è sufficiente per lavorare in convenzione nel 118.

Con l'entrata in vigore del successivo ACN 04/04/2024, la Medicina Generale è stata ulteriormente ricostituita in 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).

Il Ruolo Unico di Assistenza Primaria nasce dunque dalla fusione dei 2 previgenti settori di cui all'Art. 13 dell'ACN Medicina Generale del 23 Marzo 2005, già richiamati precedentemente:

- 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 l'entrata in vigore dell'ACN 04/04/2024 scompaiono pertanto 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*, nel proseguire il percorso già avviato con l'ACN – DPR del 1996 e sviluppato con l'ACN 23/03/2005 finalizzato ad avvicinare la quota oraria dei medici di famiglia alle funzioni assistenziali propriamente dette, rispetto le funzioni precedentemente attribuite alla Guardia Medica.

Il Ruolo Unico di Assistenza Primaria dell'ACN 04/04/2024 è pertanto deputato a 2 tipologie di attività assistenziali:

- a) attività del Ruolo Unico a ciclo di scelta, quindi a rapporto fiduciario, per i compiti di cui all'Art.43, comma 6, già caratterizzanti l'Assistenza Primaria dei previgenti AACNN;
- b) attività del Ruolo Unico a ciclo orario, deputato alle prestazioni "*assistenziali non differibili*".

La nuova funzione "*assistenziale non differibile*", ai sensi dell'ACN 04/04/2024, deve a sua volta 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, già introdotta nel paragrafo precedente: 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 09 settembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Tale documento ufficiale, nell'Art. 6.1, riporta che i nuovi servizi di Continuità Assistenziale devono essere ricostituiti dalle regioni riconducendoli 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, citando espressamente l'applicazione dell'ACN della Medicina Generale, in particolare del citato Art.44 (che ha "ereditato" il previgente Capo III dell'ACN del 23/03/2005 inerente la Continuità Assistenziale).

La regione Molise ha provveduto pertanto, in perfetta applicazione delle norme, 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 pubblicato con il DCA n.8/2026 e con il BURM del 16 gennaio 2026 (da qui AIR 16 gennaio 2026), 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.*

Oltre ad indicazioni di tipo organizzativo, le linee di indirizzo delle regioni del 09 settembre 2025 stabiliscono anche i criteri di accesso ed esclusione ai servizi dei modelli organizzativi delle Case di Comunità ovvero dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario, confermando, sempre nell'Art.6.1, la netta demarcazione dai servizi di emergenza urgenza: *"I criteri di esclusione dall'accesso sono definiti a livello regionale per fattispecie particolari quali ad esempio:*

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

In tal senso, il nuovo Accordo Regionale 16 gennaio 2026 recepisce pienamente le indicazioni delle regioni nell'Allegato n.1, Art.5, fornendo la piattaforma normativa completa utile ad attivare pienamente le AFT, le UCCP ed in senso lato la riforma prevista dal DM n.77/2022 ovvero della Missione 6 Componente 1 del PNRR in regione Molise.

Ciò premesso, con il presente documento la regione Molise non attua semplicemente la riorganizzazione della Continuità Assistenziale già programmata ai sensi dell'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale della regione Molise del 2007, il quale porterebbe ad un taglio lineare ovvero ad una soppressione definitiva della grande maggioranza delle sedi presenti in regione, bensì realizza una ristrutturazione strategica e progressiva dell'intero sistema regionale di Assistenza Territoriale, basata sul rispetto della normativa vigente, su evidenze statistiche ed 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 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:

- 1.allineamento con i picchi di domanda,
- 2.riduzione dell'inappropriatezza degli accessi al PS
3. potenziamento della prevenzione attiva nelle cronicità.

In tal senso, come successivamente esposto, è garantita ai sensi del presente atto una sostanziale coesistenza tra i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione ed i nuovi modelli organizzativi, prevedendo, in determinate condizioni, una sospensione temporanea delle attività in caso di non perfetta garanzia della continuità del servizio.

### **1.3 Il servizio di Continuità Assistenziale nel contesto specifico della regione Molise**

Il servizio di Continuità Assistenziale nella Regione Molise è articolato in 44 sedi distribuite secondo l'infrastruttura dell'ex-Guardia Medica regionale, per una attività esclusivamente notturna, prefestiva e festiva, e dispiegando un organico in servizio per ogni turno di lavoro pari a 48 medici.

Il fabbisogno totale di medici, tenuto conto che in regione Molise sono a tutt'oggi sono presenti n.4 sedi a medico doppio, ognuna delle quali ha un fabbisogno di 8 medici e 40 sedi a medico singolo ognuna delle quali ha un fabbisogno di 4 medici, è pari a 192 medici.

Tale modello organizzativo posiziona la regione Molise al secondo posto nazionale dietro la regione Calabria per volume di ore lavorate pro-capite su base annuale, ed al primo posto nazionale per la spesa pro-capite per il servizio di Continuità Assistenziale.

Ciononostante, la regione si posiziona sostanzialmente al di sopra della media nazionale rispetto l'indicatore di performance previsto dal NSG LEA per la Continuità Assistenziale (Tasso di accessi in PS con codice di dimissione banco/verde standardizzato nelle fasce orarie di attività della Continuità Assistenziale), fermo restando che l'effettiva capacità di filtro per il Pronto Soccorso da parte del servizio di Continuità Assistenziale, per come storicamente strutturato, non è supportata da evidenze solide (motivo per cui il legislatore nazionale ha provveduto ad indirizzare la riforma del servizio stesso già a decorrere dall'entrata in vigore dell'ACN 04 aprile 2024, con particolare riferimento al citato Art.44.

Come anticipato nei paragrafi precedenti, l'ACN 23 marzo 2005 della Medicina Generale (Cfr. Art.64) introduceva per la prima volta un criterio standard nazionale utile ad individuare il fabbisogno di medici da inserire nei servizi di Continuità Assistenziale. Tale fabbisogno nazionale standard è stato individuato in 1 medico ogni 5.000 abitanti residenti per ogni ASL.

L'applicazione del fabbisogno standard nazionale secondo il parametro di 1 medico ogni 5.000 abitanti residenti avrebbe determinato una riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale dell'ASReM per un organico pari a:

- 64 medici/12 sedi se fosse stato applicato nel 2007\*;
- 57,6 medici/10,4 sedi se applicato nel 2026\*.

*Nota metodologica: la popolazione totale della regione (320.000 residenti al 2007, 288.000 residenti al 2026) deve essere divisa per il rapporto ottimale (5.000). Il numero risultante, pari al fabbisogno di medici, deve essere distribuito tra le sedi tenendo conto che vi sono sedi a medico*

*doppio che assorbono 8 medici cadauna, mentre i medici rimanenti possono essere distribuite in sedi con il medico singolo, ognuna delle quali assorbe 4 medici dal totale.*

Tuttavia, come è noto, gli Accordi Collettivi Nazionali hanno bisogno della trattazione decentrata per rendere pienamente operative i contenuti di carattere organizzativo, ed in tal senso l'ACN del 2005 consentiva alle regioni di applicare un correttivo del 30% al livello locale rispetto lo standard nazionale, attraverso la stipula degli Accordi Integrativi Regionali (AIR).

In tal senso la regione Molise ha stipulato il proprio AIR o 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).

Per tale Rapporto Ottimale, la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale dell'ASReM sarebbe attuabile come descritto nella tabella successiva:

Anno	Pop. Residente	Fabbisogno tot.	Sedi singolo medico	Sedi doppio medico	Sedi CA Totali ASReM
2007	320.000	92,4 medici CA	15 (60,4 medici)	4 (32 medici)	19 sedi
2026	288.000	82,2 medici CA	12 (50,2 medici)	4 (32 medici)	16 sedi

*Tabella 1: Ipotesi di riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale molisano in applicazione dell'Accordo Decentrato Regionale della Medicina Generale del 2007 – ogni sede a singolo medico assorbe n.4 medici dal fabbisogno totale, mentre ogni sede a doppio medico ne assorbe 8.*

La mancata riorganizzazione, prevista e già contrattualizzata ai sensi del citato Art.23 dell'Accordo Decentrato Regionale del 2007 (o in sua assenza, da effettuare ai sensi della norma nazionale ovvero l'ACN 23/03/2005), è dovuta ad una ulteriore condizione stabilita nello stesso ACN 23/03/2005 (Cfr. Art.64 comma 4), il quale vincolava l'attuazione della riorganizzazione stessa al riequilibrio all'eventuale esubero di medici già incaricati a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale al livello regionale: dato che la regione Molise all'entrata in vigore e dell'ACN 23/05/2005 e dell'ADR 2007 disponeva di un significativo esubero di medici a tempo indeterminato nella Continuità Assistenziale rispetto agli standard di riorganizzazione previsti dagli accordi stessi, si è reso necessario attendere che tale condizione di squilibrio si risolvesse mediante la progressiva cessazione degli incarichi dei medici a tempo indeterminato, per dimissioni, cessazione, pensionamento.

I dati relativi al mese di marzo 2026 mostrano che la condizione di esubero rappresentata dei medici di continuità assistenziale è stata risolta: il numero di medici incaricati a tempo indeterminato si è ridotto fino a raggiungere il numero di 65 unità, di cui meno della metà con incarico a tempo pieno, con i rimanenti 127 incarichi che vengono coperti, con sempre maggior difficoltà, mediante contratti di durata mensile o trimestrale (cd. Incarichi "di sostituzione").

L'attuazione della riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale secondo gli standard regionali determinati nell'Accordo del 2007 andrebbe certamente a determinare un taglio lineare del servizio in grado di adeguare il dimensionamento dello stesso ai fabbisogni meramente statistici, tuttavia l'evoluzione della normativa intervenuta negli ultimi anni ed ampiamente descritta nei paragrafi precedenti, con particolare riferimento al DM n.77 del 23 maggio 2022, dei

nuovi Accordi Collettivi Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04 aprile del 2024 e del 15 gennaio 2026, nonché rispetto gli indirizzi della Conferenza delle Regioni del 09 settembre 2025, come recepita nel nuovo Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 29 dicembre 2026 ed in vigore dal 16 gennaio 2026, richiede un ripensamento maggiormente profondo e complesso, che superi il modello rigido della Continuità Assistenziale come servizio concepito per succedere alla Guardia Medica, e che sia in grado al contempo di inserirsi in una riforma realmente strutturale come quella prevista dall'Accordo Regionale e dal DM n.77/2022, nonché dotata di strumenti di flessibilità organizzativa e di modelli di integrazione fisica e funzionale con gli altri servizi previsti dalla normativa nazionale e regionale, come il 116117, le Case di Comunità le reti delle AFT.

Fermo restando che la regione Molise è tenuta ad attuare la riforma già programmata nel 2007 razionalizzando il numero delle sedi di Continuità Assistenziale anche in virtù di una ottimizzazione del servizio da ottenersi applicando sia criteri di efficienza che di appropriatezza, con il presente atto di programmazione si intende evitare l'attuazione di una soppressione definitiva e lineare dei presidi già presenti sul territorio regionale, in virtù di una riorganizzazione graduale e progressiva che garantisca la continuità reale delle attività, nel rispetto di parametri e degli standard determinati nei nuovi contratti nazionali e regionali dei professionisti.

## **2- Modello Organizzativo della Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'ACN 04 aprile 2024 e dell'ACN 15 gennaio 2026**

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 del 16 gennaio 2026, e confermati successivamente nell'ACN 15 gennaio 2026, 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 e delle UCCP.

In coerenza con quanto previsto dal DCA n.161 del 16 ottobre 2025 in declinazione 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, indipendentemente dall'accezione Hub o Spoke, 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 allegato in attuazione dei parametri definiti nell'Accordo Integrativo Regionale, 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 (All. n.1 al DCA n.8/2026)

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

La regione Molise riconduce le proprie AFT dei Medici di Medicina Generale ai modelli organizzativi delle Case di Comunità regionali, individuando pertanto nelle reti integrate CdC-AFT di cui all'Art. 4 del presente allegato (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 allegato 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 l'Art.44 dell'ACN e 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 (AIR 16 gennaio 2026, Allegato n.1, Art.5), 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, programmabile ed espletabile entro il termine del turno di lavoro.

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 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 dei modelli organizzativi 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

<b>AMBULATORI DIURNI DI MEDICINA GENERALE DI AFT (Attivi 08:00-18:00 dei giorni feriali)</b>		
<b>AFT</b>	<b>SEDE</b>	<b>PERSONALE</b>
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

*Tabella 2: Elenco degli Ambulatori Diurni di Medicina Generale delle AFT della Regione Molise attivati in prima istanza all'entrata in vigore del nuovo modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza – per i comuni ricompresi nell'ambito territoriale della AFT\ si rimanda al DCA n.07/2026 – Allegato n.1, Art. 2.1.*

*\*\*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**

L'ASReM attiva il servizio di Continuità Assistenziale delle Case di Comunità regionali presso i 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 dalla normativa vigente:

- 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 già 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 documento, 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” appartenenti ai modelli organizzativi delle Case di Comunità tiene 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 già ampiamente esplicitato negli articoli n.1, n.2 e n.3 del presente documento, 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.

Successive modificazioni ed integrazioni del seguente modello organizzativo saranno possibili mediante provvedimenti della Struttura Commissariale, anche mediante il supporto dell’Osservatorio Tecnico di cui dall’Art.29 comma 8 dell’Accordo Integrativo Regionale quale struttura di confronto con la Conferenza dei Sindaci.

Atto: DEC.COMSAN 2026/45 del 13-03-2026  
 Servizio proponente: DS.00 DIREZIONE GEN SALUTE  
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

<b>SERVIZIO DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE Punti erogativi con modello organizzativo “H16”</b>		
<b>RETE CdC-AFT</b>	<b>COMUNI TERRITORIALE</b>	<b>DELL’AMBITO PERSONALE PER FASCIA ORARIA</b>

<p>Sede: CdC di Campobasso</p> <p>Afferenti i medici delle AFT Campobasso 1 e 2</p>	<p>Campobasso, Ferrazzano, Ripalimosani, Campodipietra, Mirabello Sannitico, Oratino, Toro, Matrice, Montagano, Castropignano, Limosano, San Giovanni in Galdo.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      4 MMG + 2 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 2 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Bojano</p> <p>Afferenti medici della AFT Bojano</p>	<p>Bojano, Vinchiaturo, Baranello, Sepino, Spinete, Busso, San Giuliano del Sannio, San Massimo, Roccamandolfi, Colle d'Anchise, Guardiaregia, Cantalupo nel Sannio, Campochiaro, San Polo Matese.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      3 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Riccia</p> <p>Afferenti medici della AFT Riccia</p>	<p>Riccia, Cercemaggiore, Jelsi, Gambatesa, Pietracatella, Tufara, Gildone, Cercepiccola.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      2 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Trivento</p> <p>Afferenti medici della AFT Trivento</p>	<p>Trivento, Fossalto, Salcito, Roccavivara, Sant'Angelo Limosano, Pietracupa, San Biase.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      1 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      1 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Termoli</p> <p>Afferenti medici delle AFT Termoli 1 e 2</p>	<p>Termoli, Campomarino, Guglionesi, Petacciato, Portocannone, San Giacomo degli Schiavoni, Montecilfone.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      4 MMG + 2 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 2 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Larino</p> <p>Afferenti medici della AFT Larino</p>	<p>Larino, San Martino in Pensilis, Ururi, Casacalenda, Rotello, Montorio nei Frentani, Montelongo, Provvidenti.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      2 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 1 IFeC</p>

<p>Sede: CdC di Montenero di Bisaccia</p> <p>Afferenti medici della AFT di Montenero di Bisaccia</p>	<p>Montenero di Bisaccia, Mafalda, Taverna.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      1 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      1 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Santa Croce di Magliano</p> <p>Afferenti medici della AFT di Larino</p>	<p>Santa Croce di Magliano, Colletorto, Bonefro, San Giuliano di Puglia.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      1 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      1 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Castelmauro</p> <p>Afferenti medici della AFT di Montenero di Bisaccia</p>	<p>Castelmauro, Palata, Montefalcone nel Sannio, Guardialfiera, Lucito, Acquaviva Collecroce, San Felice del Molise, Lupara, Civitacampomariano, Montemitro, Castelbottaccio.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      1 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      1 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Isernia</p> <p>Afferenti medici della AFT di Isernia</p>	<p>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.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      4 MMG + 2 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 2 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Venafro</p> <p>Afferenti medici della AFT Venafro</p>	<p>Venafro, Montaquila, Pozzilli, Sesto Campano, Monteroduni, Filignano, Conca Casale.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      3 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:                      2 MMG + 1 IFeC</p>
<p>Sede: CdC di Agnone</p> <p>Afferenti medici della AFT Agnone</p>	<p>Agnone, Belmonte del Sannio, Pietrabbondante, Poggio Sannita, Castelverrino.</p>	<p>Fascia oraria 08:00 - 24:00 dei giorni prefestivi e festivi,                      18:00 - 24:00 giorni feriali:                      1 MMG + 1 IFeC</p> <p>Fascia oraria 00:00 - 08:00:</p>

		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
<b>CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b> <b>Punti erogativi con modello organizzativo h12</b>		
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).

*Tabella 3: Elenco degli presidi del servizio di Continuità Assistenziale dei modelli organizzativi Case di Comunità-AFT della Regione Molise – si noti che i comuni ricompresi nell'ambito territoriale del servizio non coincidono con gli ambiti territoriali delle AFT, per i quali si rimanda al DCA n.07/2026 – Allegato n.1, Art. 2.1.*

*\*Con MMG si intende Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo Orario, con IfeC infermiere di comunità.*

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

### 4.3 – Adempimenti dell'ASReM e cronoprogramma di implementazione

Entro il termine del 30 giugno 2026 l'ASReM:

a) attiva le AFT mediante gli Ambulatori Diurni di Medicina Generale di cui al precedente Art. 4.1, che saranno posizionati in ambienti idonei presso i Comuni di destinazione. A mano a mano che saranno ultimate le Case di Comunità, gli ambulatori Diurni saranno ricondotti all' interno

delle stesse mediante specifici provvedimenti del Direttore Generale dell'ASReM, fatte salve diverse determinazioni regionali;

b) Attiva il nuovo servizio di Continuità Assistenziale nell'ambito dei modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT, attraverso presidi posizionati presso le Case di Comunità o presso altri locali idonei nei comuni di destinazione secondo gli standard di cui al precedente Art.4.2. A mano a mano che saranno ultimate le Case di Comunità, i presidi saranno ricondotti alle strutture delle stesse mediante specifici provvedimenti del Direttore Generale dell'ASReM, fatte salve diverse determinazioni regionali;

c) Completa gli adempimenti relativi le Norme Transitorie n.1 e n.2 dell'Accordo Integrativo Regionale 15 gennaio 2026;

d) Pubblica le graduatorie Distrettuali di cui all'Art.2 del vigente Accordo Regionale;

e) Provvede alla nomina dei Coordinamenti di UCCP emettendo apposito avviso di selezione sul sito aziendale. In assenza dell'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali degli Specialisti Ambulatoriali SAI e dei Pediatri di Libera Scelta inerenti il coordinamento delle UCCP, è nominato un singolo Coordinatore di UCCP in attuazione dei rispettivi ACN. In caso di nomina di Coordinatore di UCCP selezionato tra i Medici di Medicina Generale, si applica l'AIR 16 gennaio 2026.

f) Provvede, successivamente alle nomine dei referenti di AFT ed ai Coordinatori di UCCP, al rinnovo degli UCAD;

g) Provvede a dotare tutti i punti erogativi di attività a ciclo orario della regione di un registro-visite telematico in sostituzione del registro cartaceo, in grado di alimentare un unico database regionale inerente gli accessi. Il modulo M continua ad essere somministrato in forma cartacea fino a successiva digitalizzazione.

## **5 – Disposizioni relative all'entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale 15 gennaio 2026 – triennio economico 2022-2024 e del vigente Accordo Regionale del 16 gennaio 2026 per il Ruolo Unico di Assistenza Primaria.**

1) L'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale entrato in vigore il 15 gennaio 2026 norma le attività orarie aggiuntive dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, con particolare riferimento agli Art.31 comma n.4 ed all'Art.38, commi n.1 e n.7;

2) Alla luce della 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 delle attività orarie dei medici del Ruolo Unico di Assistenza primaria attivi in regione presso le attività di cui ai paragrafi 4.1 e 4.2, oltre che dell'Art.7, del presente atto, fermo restando quanto previsto dal successivo articolo 6.

3) In recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale del 15 gennaio 2026 e dell'ACN 16 gennaio 2026, a decorrere dalla data di attivazione delle AFT ovvero dal 01 luglio 2026:

- i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art.31 comma 1 dell'ACN 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 come recepito dall'Accordo Integrativo Regionale di riferimento.

4) In recepimento dell'ACN 16 gennaio 2026 (Cfr. Art.38 comma n.1 e comma n.7), le deroghe ai massimali per le attività orarie aggiuntive sono autorizzate solo 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, in quanto appartenenti al modello organizzativo delle Case di Comunità. 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'Art.8 del presente documento disciplina quanto stabilito nei recedenti commi n.3, n.4 e n.5;

7) L'indennità oraria aggiuntiva di cui all'Art. 47 comma 3 lettera c) ACN, 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 documento oltre che ai medici delle attività a ciclo orario delle UCCP/UCA.

7) 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.

## **6 – Disposizioni inerenti i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise non ricompresi nei modelli organizzativi delle Case di Comunità**

1) I presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise e non elencati nel paragrafo 4.2, Tabella n.3 del presente documento continuano le attività anche a seguito della attivazione delle AFT e del nuovo modello organizzativo delle attività orarie.

2) L'eventuale sospensione di tali presidi, secondo quanto previsto dal presente articolo, non costituisce una soppressione definitiva del servizio, bensì una misura a carattere temporaneo ed emergenziale, fatte salve diverse determinazioni regionali o nazionali in merito.

3) A decorrere dal mese di luglio 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 o comunque a tempo determinato per una durata trimestrale come previsto dall'Art.23 comma 4 dell'Accordo Regionale del 2007, e non sono consentite deroghe ai massimali orari ovvero turni aggiuntivi, 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 (9 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 15 gennaio 2026, 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).

4) a decorrere dal mese di luglio 2026 gli incarichi a tempo determinato o di sostituzione nei presidi di CA già presenti sul territorio regionale e non elencati nel paragrafo 4.2 del presente documento 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-

5) in attuazione dell'ACN 15 gennaio 2026, art.38 comma 7, ai medici incaricati presso i presidi di Continuità Assistenziale di cui al presente articolo è data possibilità di svolgere turni aggiuntivi presso le Case di Comunità ovvero presso le attività degli Ambulatori Diurni di Medicina Generale di AFT e presso i servizi di Continuità Assistenziale dei modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT di cui agli Art.4.1 e 4.2 del presente atto, in caso di disponibilità di turni residui, nelle modalità determinate dal successivo Articolo 8.

6) l'ASReM predispone la prima programmazione trimestrale delle attività orarie del nuovo modello organizzativo per l'avvio a decorrere dal mese di luglio 2026 secondo quanto previsto dal presente documento.

7) Nel caso in cui in un presidio di cui al presente articolo non sia possibile garantire la continuità del servizio mediante la copertura di almeno l'80% dei turni su base trimestrale, a decorrere dal 1° luglio 2026 l'ASReM, verificata la mancata copertura del fabbisogno orario secondo quanto previsto dal successivo Art.8.3, comma 6, deve disporre con apposito atto la sospensione temporanea dell'attività del presidio stesso.

8) 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.

9) In caso di sospensione delle attività di un presidio, allo scopo di garantire ai medici già titolari il monte orario minimo spettante da contratto, riassegna i suddetti medici 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 documento.

<b>SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE/MEDICI TITOLARI</b>	<b>PUNTO EROGATIVO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI RIASSEGNAZIONE</b>
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

*Tabella 4: Riassegnazione dei medici titolari di Continuità Assistenziale della regione Molise in caso di sospensione temporanea del presidio di incarico a tempo indeterminato*

10) I Distretti provvedono a ridefinire gli ambiti territoriali del servizio di Continuità Assistenziale nel caso di sospensione temporanea delle attività di un presidio.

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

## 7 - 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 documento.

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.

*Tabella 5: Unità di Continuità Assistenziale – standard minimo delle attività a quota oraria delle UCCP*

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

*della regione Molise*

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 documento, 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 documento 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.

## **8 – Disciplina della programmazione trimestrale delle attività a ciclo orario dei Distretti dell'ASReM in recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale 15 gennaio 2026 – triennio economico 2022-2024- e del vigente Accordo Regionale del 16 gennaio 2026.**

**Premessa:** l'entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15 gennaio 2026 e dell'Accordo Integrativo Regionale della Regione Molise del 16 gennaio 2026, in combinato disposto con quanto previsto dal DCA n. 7/2026, configura un nuovo modello organizzativo di Continuità dell'Assistenza maggiormente complesso ed articolato. Emerge pertanto la necessità di una gestione quanto più uniforme tra i Distretti Socio Sanitari dell'ASReM rispetto le procedure di programmazione delle attività a ciclo orario nei diversi servizi, in quanto soggetti responsabili dell'erogazione dei servizi a ciclo orario dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ed a garanzia della Continuità dell'Assistenza.

### **8.1 Definizioni**

Con il termine "Continuità dell'Assistenza" si intende l'insieme complessivo di tutte le attività a ciclo orario dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, codificate ai sensi degli Articoli n.32 e n.33 dell'Accordo Integrativo Regionale (Ambulatori Diurni di AFT e Continuità Assistenziale) del 16 gennaio 2026 (AIR), ed articolate in modo da garantire una risposta assistenziale continuativa per 24 ore al giorno per tutti i giorni la settimana.

Con il termine “Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria” si fa riferimento, nel prosieguo, alle seguenti figure:

- a. Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria “ex-ACN 04 aprile 2024”: tutti i medici cui sia stato conferito un incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta nell’Assistenza Primaria successivamente al 01/01/2025, ivi compresi i medici trasferiti da altre ASL dopo la data stessa, i medici convenzionati a ciclo di scelta ed iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (incarico “Temporaneo” ex Art.33, comma 4 ACN) ed i medici in APP (Allegato 5 ACN). Tutti questi medici hanno un debito orario modulato dal numero di assistiti come previsto dall’Art.38, comma 1 ACN dal presente atto, e non necessitano di iscrizione nella graduatoria di cui all’Art.2, comma 6 dell’AIR per quanto riguarda la disponibilità oraria in quanto il loro debito orario obbligatorio è già presente nella Banca delle Ore Distrettuale.
- b. Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di Scelta a tempo indeterminato (Ex settore “Assistenza Primaria”) già incaricati precedentemente al 01/01/2025. Tali medici possono svolgere attività oraria su base volontaria, ma devono essere inseriti nella Banca delle Ore Distrettuale e dunque iscriversi nella graduatoria di cui all’Art.2, comma 6, AIR;
- c. Medici di cui alla precedente lettera b) titolari di un concomitante incarico a tempo indeterminato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario (ex-Continuità Assistenziale), ovvero medici cd. a “Doppio Incarico”, con un debito orario modulato secondo quanto previsto dall’Art.38, comma 7 ACN come integrato presente atto, a seconda della sede di incarico a tempo indeterminato. I medici a Doppio Incarico non necessitano di iscrizione nella graduatoria di cui all’Art.2, comma 6, AIR per quanto riguarda la disponibilità oraria, a meno che non decadano o si dimettano dall'indeterminato nel ciclo orario. In tal caso rientrano nella precedente lettera b);
- d. Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario a tempo indeterminato (Ex settore “Continuità Assistenziale”) senza concomitante incarico a ciclo di scelta. Tali medici hanno un debito orario a tempo indeterminato nel servizio di CA per 24 ore settimanali più 4 ore di plus-orario, e non necessitano di iscrizione nella graduatoria di cui all’Art.2, comma 6, AIR per quanto riguarda la disponibilità oraria.

Di seguito sono indicate, a scopo di semplificazione, le definizioni sintetiche per i medici convenzionati a tempo indeterminato sopra descritte, cui si farà riferimento nel prosieguo:

- a) Medici del Ruolo Unico;
- b) Medici di Assistenza Primaria;
- c) Medici a Doppio Incarico;
- d) Medici titolari di Continuità Assistenziale;

I medici delle lettere a, c, d sono inseriti in automatico nella Banca delle Ore Distrettuale, mentre i medici del comma b devono fare domanda di inserimento nella graduatoria di cui all'Art.2, comma 6, dell'AIR per espletare attività a ciclo orario. In caso di passaggio al Ruolo Unico di cui alla lettera a) i medici vengono inseriti nella banca delle Ore a decorrere dal primo trimestre successivo di programmazione delle attività.

In carenza di medici da incaricare per un determinato trimestre di programmazione, qualora la Banca delle Ore Distrettuale non riesca a coprire il fabbisogno di attività oraria, il Distretto può mettere in atto le seguenti strategie:

- Deroga ai massimali orari per i medici di cui al comma precedente, su base volontaria;
- Messa a bando delle ore residue nel trimestre di riferimento attingendo alla graduatoria Distrettuale di cui all'Art.2, comma 6, dell'AIR.
- Assegnazione di eventuali turni residui a medici che diano disponibilità iscritti in altre graduatorie Distrettuali o altri medici compatibili ma non iscritti nella graduatoria Distrettuale

Le fasce orarie e le attività da garantire per i servizi a ciclo orario dell'Assistenza Primaria in caso di carenza di medici sono, in ordine di priorità:

I - Servizio degli Ambulatori Diurni di Medicina Generale di AFT;

II - Servizio di Continuità Assistenziale dei modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT, in fascia oraria Diurna e Serale 08:00 - 24:00;

III – Servizio a ciclo orario delle UCA/UCCP;

IV - Servizio di Continuità Assistenziale modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT, in fascia notturna avanzata 00:00 - 08:00;

V – Servizio di Continuità Assistenziale dei presidi non ricompresi nei modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT.

## **8.2 Programmazione delle Attività a ciclo orario della Medicina Generale**

1) Le linee generali inerenti la programmazione delle attività orarie dei Distretti Socio-Sanitari dell'ASReM sono determinate nell'AIR 16 gennaio 2026. Il presente articolo e l'articolo successivo ne declinano le modalità operative in coerenza con l'AIR stesso, anche in recepimento

del nuovo ACN 15 gennaio 2026 il quale prevede, anche per i medici già titolari di convenzione non nel Ruolo Unico la possibilità di espletare turni aggiuntivi presso le Case di Comunità (Art.38 commi n.1, n.5).

2) In regione Molise i turni aggiuntivi di cui al comma precedente sono pertanto consentiti esclusivamente nei modelli organizzativi e nei punti erogativi delle Case di Comunità riferiti agli Articoli 4.1 e 4.2 del presente documento, oltre che nell'ambito delle attività a ciclo orario delle UCCP/UCA.

3) Presso ogni Distretto dell'ASReM è istituita la Banca delle Ore Distrettuale, la quale costituisce il contenitore di tutto il debito orario obbligatorio dei medici con incarico orario a tempo indeterminato (Ruolo Unico a tempo indeterminati, temporaneo o in APP, Doppio Incarico e titolari di Continuità Assistenziale). La Banca delle Ore rappresenta la risorsa primaria cui attingere per la programmazione distrettuale delle attività orarie, ed in un modello ideale composto esclusivamente di medici a Ruolo Unico garantisce pienamente il fabbisogno orario.

4) Il soggetto deputato alla programmazione delle attività orarie è individuato nell'UCAD, il quale procede alla programmazione a cadenza trimestrale secondo quanto previsto dall'Art.35 dell'Accordo Integrativo Regionale, in collaborazione con i Referenti di AFT ed i MMG del Coordinamento di UCCP.

5) Le procedure di programmazione sono avviate, di norma, all'inizio di ogni trimestre per il trimestre successivo, con la quantificazione dei turni previsti nelle attività a ciclo orario di AFT (Ambulatori Diurni, Continuità Assistenziale ed eventuali altre attività previste dalla programmazione regionale o aziendale) e delle attività UCA/UCCP.

6) Quantificato il numero di turni ovvero il fabbisogno orario per ogni punto erogativo di attività oraria e per ogni tipologia di attività, il prospetto è trasmesso ai referenti di AFT, i quali provvedono a tramettere ai medici della AFT una richiesta volta a raccogliere le eventuali preferenze dei medici della AFT stessa con debito orario obbligatorio, tenendo conto dei massimali individuali secondo quanto determinato dall'ACN e dall'AIR come recepito dal presente documento.

7) Il referente di AFT nel raccogliere le preferenze espresse si attiene a quanto previsto dall'Art.35 dell'AIR e dal presente atto. Il mancato riscontro da parte dei medici alla richiesta di cui al punto precedente entro il termine indicato nella comunicazione (di norma 7 giorni) è intesa come totale disponibilità, ed in tal caso i medici vengono posizionati in coda all'ordine di priorità di cui all'Art. 35 dell'AIR.

8) I medici interpellati hanno facoltà di esprimere, oltre alle preferenze, anche la disponibilità, in

caso di carenza, ad aumentare il proprio massimale orario per il trimestre di riferimento, in coerenza con quanto previsto dalla tabella successiva:

<b>Tipologia Medici</b>	<b>Minimale orario (Obbligatorio)</b>	<b>Massimale Orario (Facoltativo)</b>	<b>Altro</b>
Ruolo Unico, Incarico Temporaneo, medici in APP.	<p>- dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;</p> <p>- da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;</p> <p>- da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;</p> <p>- da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore.</p> <p>Nota: Debito Orario espletabile in tutte le attività a ciclo orario ex Art. 4.1, 4.2 e 7 del presente documento.</p>	<p>Oltre 400 assistiti:</p> <p>- 24 ore/settimana fino a 1.200 scelte;</p> <p>- 12 ore/ settimana fino a 1.500 scelte;</p> <p>- 6 ore/settimana oltre le 1.500 scelte;</p> <p>Oltre le 1.500 scelte le ore sono espletabili solo su base volontaria.</p> <p>Nota: Debito Orario espletabile in tutte le attività a ciclo orario ex Art. 4.1, 4.2 e 7 del presente documento.</p>	<p>Per i medici con incarico Temporaneo:</p> <p>a) dal conferimento dell'incarico fino a 650 assistiti, 24 ore;</p> <p>b) da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore.</p> <p>c) su base volontaria è concesso un plus-orario in deroga ai massimali pari a 6 ore/settimanali.</p> <p>Nota: Debito Orario espletabile in tutte le attività a ciclo orario ex Art. 4.1, 4.2 e 7 del presente documento.</p>
Doppio Incarico	<p>- da 0 fino a 650 assistiti, 24 ore/settimanali;</p> <p>- da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore/settimanali.</p>	<p>- da 0 fino a 650 assistiti, 24 ore/settimanali;</p> <p>- da 651 a 1.000 assistiti, 12 ore/settimanali.</p>	<p>In caso di carenza, su base volontaria e solo nelle attività e nelle strutture di cui al paragrafo 4.2 del presente documento:</p> <p>- fino a 650 assistiti, 36 ore/ settimanali;</p> <p>- da 650 a 1.000 assistiti, su base volontaria, 24 ore/settimanali;</p>

<p>Nota: La titolarità di Continuità Assistenziale decade al superamento dei 1.000 assistiti, ed ha effetto dal successivo trimestre di programmazione.</p>	<p>Nota: Debito Orario standard da espletare nella Continuità Assistenziale (servizio già di incarico a tempo indeterminato).</p>	<p>Nota: Debito Orario standard da espletare nella Continuità Assistenziale (servizio già di incarico a tempo indeterminato).</p>	<p>Nota: Il medico che decade dalla titolarità di Continuità Assistenziale può far richiesta all'ASReM di essere inserito nella graduatoria di cui di cui all'Art.2, comma 6, AIR. L'ASReM accoglie l'inserimento del medico a decorrere dal successivo trimestre di programmazione.</p>
<p>Titolari di Continuità Assistenziale</p>	<p>24 ore settimanali più 4 ore di plus orario.</p> <p>Nota: Debito Orario standard da espletare nella Continuità Assistenziale (servizio già di incarico a tempo indeterminato).</p>	<p>38 ore settimanali.</p> <p>Nota: Debito Orario standard da espletare nella Continuità Assistenziale (servizio già di incarico a tempo indeterminato).</p>	<p>L'aumento a 38 ore è consentito, in caso di carenza, su base volontaria ed esclusivamente nei servizi di cui al paragrafo 4.2 del presente documento.</p>

*Tabella 6: Massimali di compatibilità ore-scelte dei medici incaricati a tempo indeterminato della Regione Molise incaricati ed incaricabili presso i modelli organizzativi*

9) I referenti di AFT trasmettono ai Coordinamenti di UCCP le preferenze dei medici per le attività orarie di UCCP i quali, a loro volta, predispongono un primo prospetto dei turni.

10) I referenti di AFT ed i Coordinamenti di UCCP predispongono dunque un primo prospetto dei turni per i servizi ed i punti erogativi di loro competenza.

11) I prospetti sono trasmessi all'UCAD il quale approva l'assegnazione dei turni ed eventualmente, in caso di eccedenza di disponibilità oraria rispetto al fabbisogno, attiva quanto previsto dall'Art.31 comma 10 dell'AIR 16 gennaio 2026.

12) Nel caso in cui dal prospetto si evidenzino una carenza di attività a ciclo orario per il trimestre di riferimento, l'UCAD consulta i medici che abbiano manifestato la disponibilità di cui all'Art.35 comma 15 dell'AIR, e successivamente, in caso di ulteriore carenza, mette a bando le ore residue, inoltrando a mezzo PEC ai medici della graduatoria Distrettuale di cui all'Art.2, comma 6 dell'AIR la domanda per la manifestazione di interesse all'assegnazione dei turni residui.

13) I medici della Graduatoria Distrettuale devono indicare le proprie preferenze rispetto ai turni ed alle attività messi a bando per tutto il trimestre di attività e riscontrare la richiesta entro 7 giorni.

14) Sulla base dei riscontri ricevuti, e dopo aver adempiuto a quanto previsto dal successivo Art. 8.3, commi n.5 e n.6, l'UCAD completa il prospetto della programmazione delle attività orarie, e procede all'assegnazione definitiva dei turni seguendo l'ordine della graduatoria Distrettuale ed in coerenza con l'Art. 35 dell'AIR, secondo i seguenti massimali:

a) Medici già titolari di Assistenza Primaria disponibili ad effettuare attività orarie:

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

b) Medici con incarico di sostituzione:

- 24 ore/settimanali.

15) eventuali ulteriori deroghe ai massimali sono autorizzabili dal Direttore di Distretto in caso di grave carenza che altrimenti genererebbe soluzioni di continuità nei servizi.

### **8.3 Disposizioni inerenti i presidi di Continuità Assistenziale non ricompresi nei modelli organizzativi delle Case di Comunità**

1) Il presente articolo riguarda i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise ai sensi dell'Art.6 del presente documento. Tali presidi non rientrano, fatto salvo l'intervento di diverse disposizioni o provvedimenti da parte della Struttura Commissariale ad integrazione o modifica del presente atto, nei modelli organizzativi delle Case di Comunità.

2) I massimali orari dei medici già incaricati a tempo indeterminato o incaricabili presso i presidi di cui al presente articolo sono determinati come segue. Non sono ammesse deroghe, fatto salvo la possibilità di tali medici di espletare turni aggiuntivi presso le attività di cui all'Art.4.2 del presente documento:

<b>Tipologia di incarico</b>	<b>Massimale orario</b>	<b>note</b>
Titolare di Continuità Assistenziale	24 ore/settimanali + 4 ore di plus orario (9 turni/mese).	
Doppio Incarico	24 ore/settimanali fino a 650 assistiti (8 turni/mese); 12 ore/settimanali da 651 fino a 1.120 assistiti (4 turni/mese).	Al raggiungimento di 1.120 assistiti ASReM comunica la cessazione delle ore ovvero della titolarità di CA (Art.38 comma 7 ACN), che decorre dal trimestre successivo.
Sostituzione	24 ore/settimanali.	Massimale pari a 8 turni/mese.

*Tabella 7: Massimali orari dei medici già incaricati a tempo indeterminato o incaricabili presso i presidi di Continuità Assistenziale già attivi in regione Molise e non ricompresi nell'ambito dei modelli organizzativi delle Case di Comunità.*

3) I Medici Titolari di Continuità Assistenziale ed i medici a Doppio Incarico di cui al presente articolo possono richiedere in qualsiasi momento la mobilità straordinaria con lo spostamento dell'incarico di titolarità a ciclo orario presso una delle sedi di cui al paragrafo 4.2 del presente atto, tra i presidi del proprio Distretto di appartenenza. Lo spostamento non comporta il passaggio al Ruolo Unico, e decorre dal successivo trimestre di programmazione.

4) All'avvio della programmazione trimestrale delle attività orarie l'UCAD, in via cautelativa, richiede ai medici già titolari di Continuità Assistenziale ed ai medici a Doppio Incarico di cui al presente paragrafo di comunicare la disponibilità ad effettuare turni aggiuntivi presso le attività di cui all'Art.4.2 del presente documento e di indicare, nel contempo, la sede di riassegnazione provvisoria nel caso di sospensione temporanea del servizio del presidio di incarico. In caso di mancato riscontro, nell'eventualità di sospensione si applica quanto previsto dall'Art.6, comma 9, del presente documento.

5) L'UCAD provvede, a seguito del primo prospetto dei turni per il trimestre di riferimento, ad inoltrare ai medici della graduatoria distrettuale di cui all'Art.2 dell'AIR, la manifestazione di interesse per l'assegnazione presso i presidi di cui al presente articolo secondo i massimali di cui al precedente comma 2 per il trimestre di riferimento. Tale domanda viene inoltrata separatamente rispetto la manifestazione di interesse di cui al precedente Art.8.2, comma 12. A parità di riscontro da parte dello stesso medico per entrambe le tipologie di attività ed in assenza di ulteriori indicazioni, viene data la precedenza alle attività di cui al precedente Art.8.2 a garanzia della Continuità dell'Assistenza dei servizi dei modelli organizzativi delle Case di Comunità-AFT e delle UCA /UCCP.

6) Qualora dal prospetto dei turni, a seguito delle procedure di assegnazione dei sostituti, si evinca l'impossibilità di garantire la copertura di almeno l'80% dei turni su base trimestrale, il Distretto comunica all'ASReM la sospensione dell'attività della sede di riferimento e la riassegnazione dei medici titolari. Il Distretto provvede altresì alla rideterminazione dell'ambito territoriale di competenza.

7) A seguito dell'eventuale riassegnazione dei medici di cui al comma precedente, l'UCAD riformula il prospetto dei turni in coerenza con l'AIR e con l'Art.8.2 del presente atto garantendo la possibilità ai medici riassegnati di aumentare il massimale, per il trimestre di riferimento, secondo quanto previsto dal comma 7 dell'Articolo stesso.

8) Successivamente, sono assegnate le ore residue secondo quanto disposto dal comma 14 dell'Art. 8.2 presente documento.

## **9 – 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 atto 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) 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 30 giugno 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 atto 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 dal presente documento in recepimento dell'ACN 15 gennaio 2026.

7) entro il 30 giugno 2026 l'ASReM, in applicazione dell'Art. 38 comma 7 ACN, 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 a decorrere dal 1° luglio 2026. 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.

8) Ai medici incaricati a tempo indeterminato che hanno partecipato alle attività sperimentali delle Unità di Continuità Assistenziale presso i Distretti Socio-Sanitari dell'ASReM di cui ai DCA n.76 e n.86 del 2026 che passino al Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art.38 comma 1 ACN è data la priorità nell'ambito dell'assegnazione delle ore presso le attività orarie delle UCA/UCCP a decorrere dall'avvio del nuovo modello organizzativo regionale, secondo modalità individuate dal Comitato Aziendale.

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

10) Nell'ambito delle attività a ciclo orario ed il coordinamento e la supervisione delle stesse per quanto riguarda eventuali modifiche o cessioni dei turni, delle reperibilità ivi comprese le attivazioni delle stesse, nonché per la segnalazione di eventuali necessità o criticità, si fa riferimento:

- a) Per quanto concerne gli Ambulatori Diurni di AFT, il servizio di Continuità Assistenziale e gli ASCOT, al Referente di AFT;
- b) Per quanto concerne le attività a ciclo orario di UCCP, al Coordinatore di UCCP.

11) 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 6 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.

12) A decorrere dalla data di attivazione delle AFT il ruolo di medico Referente di Sede di cui all'Art.27 comma 4 del previgente Accordo Decentrato Regionale del 2007 è soppresso in quanto tale funzione è riassorbita dal referente di AFT, come previsto dal nuovo Accordo Integrativo Regionale 16 gennaio 2026.

13) A decorrere dalla data di attivazione delle AFT è altresì soppressa l'indennità di assistenza pediatrica di cui all'Art.29 previgente Accordo Decentrato Regionale del 2007 in virtù di quanto disposto dall'Art.43 comma 7, lett. a) ACN il quale riporta espressamente che *“l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali [...]”*.

14) L'ASReM produce ed approva in sede di Comitato Aziendale l'adeguata modulistica utile a garantire l'attuazione di quanto previsto dall'Art.8 del presente documento entro 30 giorni dalla pubblicazione dello stesso.