



Regione Molise

STRUTTURA COMMISSARIALE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE MOLISE AI SENSI DELL'ART.8 DEL D.LGS. n.502/1992 et ssmii IN STRALCIO ALL'APPROVAZIONE DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DI RECEPIMENTO DELL'ACN 04 APRILE 2024.

Indice:

Articolo 1: Zone carenti residue e mobilità intraaziendale dell'anno 2024 e precedenti.

Articolo 2: Zone carenti di Assistenza Primaria 2025.

Articolo 3: Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Articolo 4: Disposizioni emergenziali per il servizio di Continuità Assistenziale.

Articolo 5: Assistenza ai turisti e visite occasionali.

Articolo 6: Nucleo di coordinamento aziendale per le attività sperimentali ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022.

Articolo 7: Disposizioni per le attività a ciclo di scelta dei MMG nelle Case di Comunità.

Art. 1: Zone Carenti residue e mobilità intraaziendale dell'anno 2024 e precedenti.

- 1) A seguito del cambio del rapporto ottimale in vigore a decorrere dal 01 gennaio 2025 e della nuova metodica di definizione degli ambiti da definirsi carenti prevista dall'A.C.N. del 04 aprile 2024, le zone carenti residue, ovvero non assegnate negli anni precedenti al 2025, non sono rimesse a bando per l'anno 2025.

- 2) Ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta che hanno maturato il diritto alla mobilità intraaziendale nell'anno 2024 e negli anni precedenti a seguito delle procedure di cui all'Art. 10 del vigente Accordo Decentrato Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale della regione Molise del 2007 (di seguito ADR 2007), l'ASReM richiede a mezzo PEC di confermare la volontà di procedere allo spostamento sulla base del diritto maturato, entro 15 giorni dalla ricezione della citata pec..
- 3) Ai medici che comunicheranno la risposta positiva è concesso lo spostamento della titolarità nel comune di destinazione in deroga all'inserimento di un nuovo medico nell'ambito, prima dell'avvio delle procedure di individuazione ed assegnazione degli ambiti carenti per l'anno 2025 come descritte nel presente accordo. In caso di risposta negativa, ovvero di mancata risposta, lo spostamento è annullato.
- 4) Le zone da cui avviene la mobilità intraaziendale non saranno rimesse automaticamente a bando come carenti, ma saranno preventivamente rivalutate come previsto dall'Art.2 del presente accordo.
- 5) Per i medici che confermano lo spostamento, l'obbligo di garantire l'assistenza alla popolazione nella zona di provenienza permane fino al termine delle procedure di individuazione ed assegnazione degli ambiti carenti per l'anno 2025.

Art. 2: Zone carenti di Assistenza Primaria 2025.

- 1) L'ASReM provvede ad individuare gli ambiti carenti o che si renderanno carenti per l'anno 2025 presso i Distretti, al netto dei pensionamenti previsti e dei trattenimenti in servizio oltre il settantesimo anno di età, secondo i seguenti criteri:
 - a) il Rapporto Ottimale stabilito per l'anno 2025 è pari a 1 medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria ogni 1.200 abitanti di età maggiore di anni 14 residenti nell'ambito distrettuale (da qui popolazione assistibile);
 - b) e' facoltà del comitato aziendale di cui all'Art. 11 A.C.N., sulla base delle particolari necessità assistenziali dei singoli distretti, approvare il correttivo aggiuntivo di 1 medico ogni 5.000 residenti nell'ambito;
 - c) i distretti dell'ASReM, nel valutare il proprio assetto assistenziale, provvedono a suddividere il proprio territorio aggregando in zone territoriali i comuni, le frazioni ed i quartieri limitrofi per una popolazione assistibile totale pari al rapporto ottimale di cui alla lettera a) del presente comma, con uno scarto pari al + o - 10%;
 - d) prima delle procedure di cui al comma successivo, nel caso di medici già trattenuti in servizio oltre il settantesimo anno di età l'ASReM, valutata la zona territoriale come previsto dalla lettera c) anche alla luce dei medici a ciclo di scelta già presenti

in grado di assorbire gli assistiti; qualora dalla riorganizzazione non persista una carenza assistenziale, provvede alla revoca del trattenimento in servizio.

- 2) Sono individuati prima gli ambiti carenti provvisori e, successivamente alle procedure di cui ai commi 5,6 e 7 del presente articolo, qualora permangano delle condizioni di carenza assistenziale, possono essere successivamente pubblicate e messe a bando le zone carenti definitive.
- 3) In sede di pubblicazione sia degli ambiti carenti provvisori che delle zone carenti, per le località costituite da più di un comune, è indicato quello con l'obbligo di apertura dell'ambulatorio principale, di norma quello con la popolazione assistibile maggiore, fatto salvo la possibilità di determinare un comune diverso sulla base di particolari necessità assistenziali, ma comunque in coerenza con quanto previsto dall'Art. 32 comma 6 dell'ACN 04 aprile 2024.
- 4) Il comune di cui al comma precedente costituisce la località di cui agli obblighi dell'Art. 12 comma 1, lettera b) di cui al vigente ADR 2007.
- 5) Individuati gli ambiti carenti provvisori, l'ASReM attua le procedure previste dall'Art. 32 comma 8 A.C.N., proponendo l'incarico nel ruolo unico ovvero l'apertura dello studio nelle località individuate carenti ai medici già titolari di rapporto ad attività oraria del distretto di riferimento che non abbiano un concomitante incarico a ciclo fiduciario, ordinati per anzianità di incarico, poi per minore età al momento della laurea e per voto di laurea, successivamente ai medici con incarico temporaneo ordinati secondo quanto previsto dall'Art. 34, comma 11 A.C.N.
- 6) Qualora a seguito delle procedure di cui al comma precedente, ovvero delle aperture degli studi, permangano presso un distretto delle carenze assistenziali, l'ASReM, in ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 32 comma 9 ACN, avvia le procedure di mobilità intraaziendale nelle modalità previste dal vigente ADR 2007, Art. 10.
- 7) A seguito delle richieste di mobilità intraaziendale, i distretti effettuano una rivalutazione complessiva della copertura assistenziale dei propri territori tenendo conto della rete degli studi principali e secondari dei MMG titolari presenti, a seguito della quale:
 - a) qualora dalla mobilità di cui al comma precedente non sia generata una carenza assistenziale nel territorio della zona territoriale di provenienza data la presenza di MMG titolari in grado di acquisire le scelte, lo spostamento è autorizzato con effetto immediato ed il territorio di provenienza non sarà successivamente messo a bando.
 - b) qualora dallo spostamento sia determinata nel territorio di provenienza una carenza assistenziale, il territorio stesso sarà successivamente messo a bando come zona carente.

8) Qualora, a seguito delle procedure di cui ai commi precedenti, permangano delle condizioni di carenza assistenziale, l'ASReM procede alla pubblicazione delle zone carenti definitive per l'anno 2025.

9) Con l'eccezione della mobilità intraaziendale, la quale non comporta attribuzione di una nuova tipologia di incarico convenzionale, tutti gli incarichi attribuiti comportano il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art. 31 comma 1 A.C.N. 04 aprile 2024, nelle modalità previste dal presente accordo.

10) Le zone carenti del ruolo unico di assistenza primaria eventualmente non assegnate ai sensi del presente accordo non saranno rimesse a bando nell'anno successivo.

Art. 3: Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

- 1) L'ASReM, a seguito delle procedure di cui all'articolo precedente, interPELLA tutti i MMG già incaricati ai sensi dei previgenti AACCN nei settori a ciclo di scelta riguardo l'eventuale manifestazione di interesse per il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art. 31 comma 1 ACN 04 aprile 2024 (da qui Ruolo Unico).
- 2) Per il medico di cui al comma precedente che manifesti l'interesse positivo per il passaggio al Ruolo Unico dando riscontro entro 15 giorni all'ASReM, l'incarico è conferito con il debito orario modulato ed organizzato secondo quanto previsto nel presente articolo.
- 3) Per i medici che non manifestino l'interesse al passaggio al Ruolo Unico, o che non diano un riscontro, resta in vigore il contratto nell'Assistenza Primaria ai sensi dei previgenti AACCN.
- 4) Nelle more dell'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale di attuazione dell'ACN 04 aprile 2024, gli incarichi nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 31 comma 1 dello stesso, sono:
 - a. i medici già titolari di cui al comma 1 del presente articolo che abbiano manifestato l'interesse nel passaggio al ruolo unico.
 - b. i medici con incarichi di assegnazione di ambiti carenti di cui all'articolo precedente, con l'esclusione della mobilità intraaziendale;
 - c. i medici trasferiti da altre aziende, di cui all'Art. 34, comma 5/a ACN;

d. i medici con incarichi temporanei già assegnati ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, al momento del conseguimento del diploma;

e. i medici incaricati ai sensi dell'Allegato n.5 ACN;

Il debito orario di cui all'Art. 38 comma 1 ACN sarà svolto dai MMG del Ruolo Unico, sia a tempo indeterminato che temporaneo o in APP, presso uno dei presidi di CA del distretto di riferimento con una assegnazione di durata trimestrale, eventualmente rinnovabile.

5) I distretti provvedono a tenere e ad aggiornare, con cadenza trimestrale, in concomitanza con le assegnazioni degli incarichi di cui al comma precedente, un elenco dei medici del ruolo unico con relativo debito di quota oraria.

6) Tutti i medici del ruolo unico di cui al comma 4 del presente articolo con debito di attività oraria sono inseriti automaticamente nelle graduatorie distrettuali di cui al comma precedente, ordinati per numero di scelte decrescente, poi per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea.

7) Nell'ambito della assegnazione degli incarichi di sostituzione di CA come previsto dal presente articolo, o di altri incarichi a quota oraria nell'ambito distrettuale, saranno osservati i seguenti criteri di priorità:

- Medici con incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria di cui all'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 04 aprile 2024, ordinati per numero di scelte decrescente, poi per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea;
- Medici con incarico di sostituzione secondo posizione nella relativa graduatoria di cui all'Art. 19 comma 6 A.C.N.

8) Ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale con incarico temporaneo è consentita, su base volontaria, l'elevazione del massimale di scelte fino a 1.120 assistiti con un massimale orario di 24 ore/settimanali.

9) Il medico incaricato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a seguito delle procedure di cui all'Allegato n.5 ACN è iscritto negli elenchi di scelta a decorrere dal primo giorno di pensionamento del medico titolare.

10) Il medico titolare è tenuto a dare un preavviso agli assistiti entro i 60 giorni rispetto alla data del pensionamento, indicando il nominativo del medico subentrante.

11) Gli assistiti, per tutto il periodo dell'APP, possono comunicare al distretto di appartenenza la volontà di proseguire il rapporto fiduciario con il medico subentrante, mantenendo automaticamente la scelta alla data di iscrizione negli elenchi del medico stesso ovvero al pensionamento del medico titolare.

12) In assenza di comunicazioni, alla data di pensionamento del medico titolare, il medico subentrante è iscritto nella zona territoriale del medico pensionato partendo da zero scelte.

13) Il medico che subentra nel rapporto convenzionale, qualora optasse per l'autolimitazione del massimale, possibile in misura non inferiore a 1.200 scelte, è tenuto a comunicarlo al distretto sanitario con un preavviso di almeno 60 giorni dalla data del pensionamento del medico titolare.

14) All'atto del pensionamento del medico titolare, questo è tenuto a conservare e trasmettere tutti i dati archiviati nel proprio software gestionale riguardo i pazienti che hanno scelto il proseguimento del rapporto fiduciario al medico che subentra a garanzia della continuità delle cure e valorizzazione del rapporto fiduciario.

15) Il medico che subentra è tenuto a garantire tutti gli standard organizzativi e di personale del medico che cessa l'incarico, ed ha diritto a tutte le indennità e le voci di retribuzione già percepite dal medico pensionato, compresa la quota capitaria di ingresso di cui all'Art.47 comma 2, lettera A/VII A.C.N.

Art. 4: Disposizioni emergenziali per il servizio di Continuità Assistenziale.

- 1) Qualora, per carenza di medici da incaricare, si renda impossibile garantire un turno di lavoro presso una sede di Continuità Assistenziale (CA), il Distretto individua tra le sedi limitrofe quella incaricata a vicariarne le funzioni attraverso l'accorpamento temporaneo degli ambiti territoriali di competenza, dandone tempestiva comunicazione ai comuni interessati ed al referente della sede indicata.
- 2) Il medico di CA che effettui il turno presso la sede indicata dal Distretto ai sensi del punto precedente, è corrisposto un incremento pari al 50% del compenso orario, ivi comprese le indennità previste dall'accordo regionale vigente, per quanto riguarda il turno interessato, e delle indennità eventualmente derivanti da turni superfestivi.
- 3) Per i medici di CA che effettuino il turno di vicariamento presso una sede accorpata con un'altra la quale sia dotata di doppio medico, l'incremento è pari al 100%.
- 4) Non è consentita, per una sede vicariante di cui al comma precedente, la presa in carico di più sedi non attive contemporaneamente.

- 5) Il presente articolo è finanziato con le risorse derivanti dalla mancata copertura dei turni di CA e non comporta oneri finanziari aggiuntivi. resta in vigore fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale di attivazione delle AFT e delle UCCP e della conseguente riorganizzazione del servizio di CA.

Art. 5: Assistenza ai turisti e visite occasionali.

- 1) Ai sensi dell'Art 46 ACN vigente, si definisce "visita occasionale" l'assistenza data:
- a) dal medico di assistenza primaria a ciclo di scelta a favore dei cittadini in carico a medici appartenenti ad altra A.F.T. o ad altra Azienda;
 - b) dal medico di assistenza primaria impiegato nei servizi ad attività oraria, in favore dei cittadini residenti in altra AFT, o in altra ASL.
- 2) Nei casi di cui al comma 1, lettera a) il pagamento al medico da parte dell'utente avviene in modalità diretta in regime di libera professione ed il medico rilascia apposita fattura a lui intestata.
- 3) Nei casi di cui al comma 1, lettera b), ovvero:
- a) le Guardie Mediche Turistiche;
 - b) la Continuità Assistenziale, quando rivolta ad assistiti residenti fuori regione;
 - c) gli ambulatori diurni di Medicina Generale di cui al DCA n.86/2025, per gli assistiti residenti fuori regione;
 - d) le Unità di Continuità Assistenziale UCA di cui al DCA n.76/2025, per gli assistiti residenti fuori regione;

il pagamento al medico da parte dell'utente avviene in modalità diretta in regime di libera professione per le tariffe previste dall'Art. 46 comma 3 ACN, ed il medico rilascia apposita fattura a lui intestata.

- 4) Nell'ambito dell'assistenza ai turisti, il medico di assistenza primaria ad attività oraria utilizza il ricettario SSN per la prescrizione di visite, esami e terapia sia indifferibile sia abituale, fino a un fabbisogno massimo di 60 giorni.
- 5) Il presente articolo non comporta oneri aggiuntivi a carico delle finanze pubbliche, e resta in vigore fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale di attivazione delle AFT e delle UCCP.

- 6) Gli adempimenti relativi all'attuazione del presente articolo sono demandati al Comitato Aziendale di cui all'articolo 12 dell'ACN.

Art.6: Nucleo di coordinamento aziendale per le attività sperimentali inerenti le strutture ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022.

- 1) È istituito presso l'ASReM un Nucleo di coordinamento delle attività sperimentali inerenti le strutture ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022, con l'obiettivo di:
- a) individuare linee guida operative di carattere generale e proporre modifiche ed integrazioni per le attività di cui ai DCA n.76/2025 e n.86/2025, e per le attività dei Medici di Medicina Generale nell'ambito delle strutture e dei modelli organizzativi del DM n.77/2022;
 - b) autorizzare, a carattere temporaneo, sperimentazioni e potenziamenti delle attività di cui ai DCA n.76/2025 e n.86/2025, anche sulla base delle necessità dei singoli distretti.
 - c) coordinare e monitorare le attività sperimentali di Telemedicina;
 - d) concorrere e facilitare l'ASReM a realizzare quanto previsto dal successivo articolo 7.
- 2) il Nucleo è diretto da un Coordinatore Regionale delle attività, nominato dal Direttore Generale dell'ASReM, scelto tra i direttori di distretto, e sarà composto da medici ed altri professionisti con specifico interesse e dalla particolare formazione nominati dal Coordinatore stesso.
- 3) Non è previsto alcun compenso per il Coordinatore né per gli altri membri del Nucleo di cui al presente articolo.

Art. 7: Disposizioni per le attività a ciclo di scelta dei MMG nelle Case di Comunità.

- 1) Al fine di potenziare i servizi di presenza medica utili a valorizzare le Case di Comunità previste dalla programmazione regionale attraverso le attività dei MMG, in attuazione dell'Art. 33 comma 10 ACN 04 aprile 2024, ASReM è autorizzata a mettere a disposizione per l'utilizzo di studio professionale per l'attività a ciclo di scelta dei

MMG titolari presso l'ambito di riferimento, locali ad uso ambulatorio situati all'interno delle Case di Comunità previste dalla programmazione regionale.

- 2) Le modalità di compensazione per le spese di utilizzo dei locali, degli arredi, dei beni di consumo e servizi da parte degli MMG saranno definite dall'azienda sanitaria con apposito atto, previa consultazione con i singoli medici o le loro forme associative.