



COMMISSARIO AD ACTA

**per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei ministri in data 03.08.2023**

DECRETO

N. 45

IN DATA 13-03-2026

OGGETTO: ATTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ A CICLO ORARIO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA IN REALIZZAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA DELLA REGIONE MOLISE IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 15 GENNAIO 2026 PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ APPROVATE DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME. DCA 9/2026 - INTEGRAZIONE E PROROGA TERMINI ATTUAZIONE.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio	DOTT.SSA LOLITA GALLO
Il Direttore del Servizio DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE	DOTT.SSA LOLITA GALLO
Il Direttore Generale per la Salute	DOTT.SSA LOLITA GALLO

**IL COMMISSARIO AD ACTA
AFFIANCATO DAL SUB COMMISSARIO AD ACTA**

RICHIAMATA la delibera adottata in data 3 agosto 2023 dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministero dell'economie e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

- l'Avv. Marco Bonamico è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n.191 e successive modificazioni;
- il dott. Ulisse Di Giacomo è stato nominato quale subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del mandato commissariale sia con riferimento agli aspetti economico-patrimoniali, finanziari che assistenziali;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10 e ss.mm.ii;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro delineato i poteri del Commissario *ad acta* che agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali" (pag.11 della sentenza); qualificato i provvedimenti del Commissario ad acta quali "ordinanze emergenziali statali in deroga" ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (pag.11 della sentenza); interpretato l'art.2, comma 83, della L.n.191/2009 e l'art.1, comma 796, lett.b) della L. n. 296/2006, quali norme che "fonda(no) potestà tanto ampie, quanto vincolate per l'esatta esecuzione, da parte dei Commissari statali, dei piani di rientro, le cui determinazioni implicano effetti di variazioni di atti già a suo tempo adottati dalle regioni commissariate. Da ciò discende, per un verso, che l'esercizio di siffatte potestà commissariali configura l'ipotesi delle ordinanze libere extra ordinem e, per altro e correlato verso, esse non soggiacciono, affinché sia garantita la loro efficace immediatezza ed urgenza, alle regole di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile" (pag.11-12 della sentenza);

VISTI:

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro, e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: "*Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessaria aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente*";

VISTA la legge n. 833 del 1978 recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

RICHIAMATO l'Art.48 della citata legge n.833/1978, il quale al comma 11 dispone che gli Accordi Collettivi Nazionali dei medici di medicina generale devono prevedere le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

VISTI:

- l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica del 31/05/1978, in particolare l'Art.35 recante "Guardia Medica";

- l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 13/08/1981, in particolare l'Art. 33 recante “Guardia Medica ed Assistenza nelle Località Turistiche”;
- l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 16/10/1984, in particolare l'Articolo 33 recante “Guardia medica e assistenza nelle località turistiche”;
- l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 08/06/1987, in particolare l'Articolo 42 recante “Guardia medica e assistenza nelle località turistiche”;
- l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 28/09/1990, in particolare l'Articolo 42 recante “Guardia medica e assistenza nelle località turistiche”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 et ss.mm.ii., recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*” e, in particolare:

- l'art. 3-quinquies il quale stabilisce, in tema di continuità assistenziale, che le Regioni debbano provvedere a disciplinare l'organizzazione del distretto in modo da garantire, tra l'altro, “(a) *l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali [...]*”;
- l'art.8 il quale stabilisce al comma 1 che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, e che detti accordi devono tenere conto dei principi elencati nell'articolo stesso, tra i quali:
 - lett. b-bis) *nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;*
 - b-septies) *prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;*

DATO ATTO che il citato D.lgs. 502/1992 conferma la disposizione istitutiva del SSN secondo cui le convenzioni regolanti i rapporti tra il SSN ed i medici di medicina generale disciplinano e definiscono gli standard “*relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi, ivi compresi i servizi di guardia medica ovvero di Continuità Assistenziale*”;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 22/07/1996, rubricato “Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996.”;

RICHIAMATO il Capo III del citato Accordo recante “Continuità Assistenziale”;

DATO ATTO che con il citato Accordo Collettivo Nazionale è soppresso il servizio di Guardia Medica in luogo del nuovo servizio di Continuità Assistenziale;

RICHIAMATO in particolare l'Art.48 “Criteri Generali” il quale riporta nel comma 2 che “*La continuità assistenziale è organizzata nell'ambito della programmazione regionale ed è strutturata a livello locale dall'Azienda competente per territorio.*”

CONSIDERATO che nel citato Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della Repubblica 22/07/1996 viene confermata per la Continuità Assistenziale la funzione di assicurare urgenze notturne, festive e prefestive precedentemente attribuita alla Guardia Medica;

CONSIDERATO, altresì, che l'Art.52 del citato Accordo Collettivo Nazionale – Decreto del Presidente della

Repubblica 22/07/1996 specifica, nel comma 2, che *“Il medico è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro.”*;

VISTO il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*.

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) n. 270 del 28/07/2000 recante *“Regolamento di Esecuzione dell'Accordo Collettivo Nazionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale”*.

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23 marzo 2005 (ACN 23/03/2005) il quale, all'articolo 13 istituisce il settore contrattuale specifico della Continuità Assistenziale;

DATO ATTO, che l'articolo 64 del suddetto ACN 23/03/2005 disciplina il c.d. *“Rapporto Ottimale”*:

1. Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di continuità assistenziale nelle singole Aziende, le Regioni definiscono, anche sulla base delle proprie caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative, il fabbisogno dei medici di continuità assistenziale di ciascuna singola ASL, che è determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti.

2. Ai fini di quanto previsto al precedente comma 1, il numero dei medici inseribili nei servizi di continuità assistenziale di ciascuna ASL è definito dal rapporto di riferimento 1 medico ogni 5000 abitanti residenti. 3. Le Regioni possono indicare, per ambiti di assistenza definiti, un diverso rapporto medico/popolazione. La variabilità di tale rapporto, in aumento o in diminuzione, deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque tale variabilità non può essere maggiore del 30% rispetto a quanto previsto al comma 2.

4. Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2, (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3), non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto.

5. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.

CONSIDERATO che tale articolo costituisce la normativa nazionale di riferimento utile al dimensionamento dei servizi regionali di Continuità Assistenziale, fermo restando quanto determinato dalla normativa successivamente intervenuta;

RICHIAMATI, altresì, nell'ambito dello stesso ACN 23/03/2005:

- l'articolo 65 in quale disciplina i massimali orari;

- l'articolo 67, che definisce i compiti del medico di Continuità Assistenziale, con particolare riferimento al comma 1 il quale recita *“Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio.”*, ed al comma il quale recita: *“Il medico di continuità assistenziale che ne ravvisi la necessità deve direttamente allertare il servizio di urgenza ed emergenza territoriale per l'intervento del caso.”*;

DATO ATTO che con l'ACN 23/03/2005 viene specificata la netta demarcazione di competenze tra le funzioni del servizio di Continuità Assistenziale e le funzioni dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;

RICHIAMATO l'Accordo Decentrato Regionale (ADR) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2007 - Supplemento Ordinario n. 2 al BURM del 16 marzo 2007, n. 7 il quale recepisce e rende operativo l'ACN 23/03/2005;

VISTO l'Art. 23 *“Rapporto Ottimale”* del citato ADR il quale stabilisce, nel comma 1, un Rapporto Ottimale regionale pari ad 1 medico ogni 3.500 abitanti residenti;

DATO ATTO che, ai sensi del rapporto ottimale individuato dal citato Art.23 la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale regionale è stata determinata per un fabbisogno, alla data di entrata in vigore dell'ADR del 2007, pari a circa 92 medici tenendo conto del rapporto abitanti/medici (320.000/3.500), per un totale approssimativo di 19 sedi;

DATO ATTO che alla data di entrata in vigore dell'ADR 2007 la regione Molise disponeva di un sostanziale numero di medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale tale da disporre la sospensione della riorganizzazione (Cfr. Art. 23 commi n.2, n.3, in declinazione dell'Art. 64 comma 4 ACN 23/03/2005);

RILEVATO che il servizio di Continuità Assistenziale della regione Molise è costituito da n.44 sedi, di cui n.4 sedi con il doppio medico e n.40 sedi con il medico singolo, per un organico teorico pari a 192 medici di Continuità Assistenziale;

RITENUTO opportuno precisare, che al mese di gennaio 2026, secondo le ultime rilevazioni ISTAT, la regione Molise conta 287.814 abitanti residenti, tali per cui l'applicazione dell'Art.23 dell'ADR 2007 consisterebbe in un ridimensionamento lineare per un numero di 16,5 sedi;

DATO ATTO che il numero di medici titolari ovvero incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della regione Molise al mese di febbraio 2026 è pari a 65 unità, di cui circa il 40% con incarico a tempo pieno (24 ore settimanali più 4 ore di plus-orario come previsto dall'Art.24 dell'ADR 2007) e gli altri con monte ore ridotto in quanto titolari di doppio incarico ai sensi dell'Art.38 comma 7 del vigente ACN;

VISTO, poi, il Decreto Legge del 13 settembre 2012, n. 158 , convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012, n. 189, recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, che prevede misure per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, introducendo, tra gli altri, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ambito del contesto organizzativo delle cure territoriali;

DATO ATTO che l'art. 1 del citato DL 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 8, interviene a riorganizzare le cure primarie e l'assistenza territoriale, emendando, tra l'altro, l'art. 8 del d.lgs. 502/1992, con l'obiettivo di attuare un modello di rete integrata di servizi sanitari e sociali, basato su criteri organizzativi di collaborazione tra ospedale e territorio, di continuità assistenziale e di appropriatezza del luogo della cura, con l'intento di spostare sul territorio l'assistenza socio-sanitaria e lasciando al polo ospedaliero la gestione delle acuzie;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, e relativi allegati, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il Decreto Interministeriale 12 marzo 2019 recante *“Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”* (NSG), in particolare l'Allegato n.1 il quale riporta gli indicatori utili a valuta l'erogazione dei LEA, ivi compresa la Continuità Assistenziale;

DATO ATTO che il NSG non prevede, per la Continuità Assistenziale, un parametro di valutazione correlato alla velocità dell'intervento del servizio (Cfr. DM 12/03/2019 All. 1, Id: D06C), a differenza dei parametri di valutazione del servizio di Emergenza-Urgenza Territoriale (Cfr. DM 12/03/2019 All. 1, Id: D09Z);

RILEVATO che la normativa nazionale vigente inerente la definizione, l'aggiornamento e la valutazione dei LEA non prevede né determina criteri o parametri utili ad individuare un numero di sedi dei servizi di Continuità Assistenziale dei Distretti Socio-Sanitari delle ASL;

RICHIAMATO il Patto per la Salute 2019-2021, che ribadisce la necessità di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale e di implementare modelli assistenziali in grado di garantire la continuità delle cure, riducendo al contempo il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere, rappresentando un impegno collettivo per migliorare la salute della popolazione e per garantire un'assistenza di qualità;

VISTA la Legge del 30 dicembre 2020, n. 178, che ha approvato il *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute”* e che stabilisce obiettivi specifici per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, inclusa l'implementazione di servizi innovativi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, rappresentando un'opportunità unica per investire nella sanità territoriale e promuovere un modello di assistenza più sostenibile e orientato al paziente, con particolare attenzione all'integrazione tra ospedale e territorio;

VISTO Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (DM77/2022), rubricato *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, che stabilisce i principi fondamentali per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e determina, talaltro, che *“Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente”*;

RICHIAMATO l'articolo 5, tabella n.4, del citato DM 77/2022 il quale prevede la Continuità Assistenziale come attività standard obbligatoria per le Case di Comunità Hub e facoltativa per le Case di Comunità Spoke a seconda delle determinazioni regionali;

RICHIAMATO il Decreto Interministeriale del 23 dicembre 2022- Ministero della Salute, recante *“Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale”*, che ha autorizza una spesa massima per il potenziamento dell'assistenza territoriale, al fine di implementare standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto al PNRR ripartita, tra le Regioni e le Province Autonome;

VISTO

l'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28 aprile 2022 (ACN 28/04/2022), il quale introduce il Ruolo Unico di Assistenza Primaria, suddiviso in Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta ed in Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, il quale ha riassorbito il previgente settore contrattuale della Continuità Assistenziale (Cfr. art.31 comma1);

RICHIAMATO l'Art.32 commi 1 del citato ACN 28/04/2022 il quale ridetermina il Rapporto Ottimale per il Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria in un medico ogni 5.000 abitanti residenti;

PRESO ATTO che con l'ACN 28 aprile 2022 (Cfr. Art.43 comma 7, lett. a) è stata superata la previgente "prestazione sanitaria non differibile" ed introdotta la prestazione "assistenziale non differibile" tra i compiti del medico a ciclo orario dell'Assistenza Primaria, da normare negli Accordi Regionali secondo il modello organizzativo regionale, in applicazione dell'Art. 44 dello stesso ACN;

VISTO il successivo Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024 (ACN 04/04/2024) che all'Art. 31 introduce il Ruolo Unico di Assistenza Primaria secondo le modalità dell'automatico rapporto ore/scelte come disciplinato all'Art.38 comma 1;

DATO ATTO che nel citato ACN 04/04/2024, nell'Art.44, viene eliminata la definizione "Continuità Assistenziale" in luogo del modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza, da determinare al livello regionale secondo i criteri generali descritti nello stesso articolo;

DATO ATTO altresì che il richiamato ACN 04/04/2024 prevede, negli articoli di seguito esposti, la definizione del modello organizzativo a livello regionale di risposta assistenziale per le prestazioni non urgenti attraverso le attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, definendo un nuovo modello di Continuità dell'Assistenza attivo per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana da erogare mediante una sinergia tra le attività delle AFT, delle UCCP e le strutture definite dal DM77/2022, i servizi e le figure professionali del territorio:

- Art. 4, comma 1, lett. c;
- Art. 20, comma 1, capo II, lett. k;
- Art. 29 comma 6;
- Art. 30 comma 2;
- Art. 35 comma 5;
- Art. 43 comma 1, lett. b; comma 5, lett. f; comma 7;

RILEVATO che la regione Molise ha avviato un percorso di attuazione sperimentale delle strutture e dei modelli organizzativi del DM 77/2022 attraverso appositi provvedimenti inerenti all'utilizzo delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria:

- DCA n.26 del 13/02/2025 "*Misure straordinarie per il rafforzamento della continuità assistenziale e la gestione delle carenze di personale medico nella regione Molise*"
- DCA n.76 del 24/03/2025 "*Istituzione e regolamentazione delle unità di continuità assistenziale (UCA) nel territorio della regione Molise ai sensi del dm 77/2022 e del PNRR - missione 6 salute*"
- DCA n.86 del 30/04/2025 "*Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della regione Molise ai sensi del DM 77/2022 e del PNRR - Missione 6 salute*";

DATO ATTO che le citate sperimentazioni hanno fornito indicazioni utili per una appropriata programmazione degli interventi necessari per la riforma delle Cure Primarie regionali, ivi compresa l'individuazione delle AFT e delle UCCP;

VISTO, poi, il DCA n.114 del 08/07/2025 rubricato "*Accordo integrativo regionale stralcio all'accordo collettivo nazionale della Medicina Generale 04 aprile 2024 di attuazione delle AFT e delle UCCP dei medici di medicina generale*";

VISTO il documento recante "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità" approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025;

RICHIAMATO l'Articolo 6.1 delle citate Linee di indirizzo, il quale recita:

- "*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.”;*

RICHIAMATI, altresì, i seguenti provvedimenti:

- DCA n.158 del 02 ottobre 2025 recante “Linee Guida Organizzative Regionali per le Attività delle Unità di Continuità Assistenziale UCA della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.161 del 16 ottobre 2025 recante “Linee Guida Regionali per l'implementazione del Modello Organizzativo delle Case di Comunità della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.162 del 17 ottobre 2025 recante “Linee Guida della Regione Molise per l'Attuazione del Metaprogetto sugli Ospedali di Comunità. Approvazione.”;
- DCA n. 192 del 29/12/2025 rubricato “Atto di programmazione delle aggregazioni funzionali territoriali AFT e delle unità complesse di cure primarie UCCP della regione Molise”, come rettificato dal DCA n.7/2026;

DATO ATTO che la quota oraria del Ruolo Unico di Assistenza Primaria rappresenta uno strumento fondamentale per garantire gli standard di presenza medica minima previsti dal citato DM77/2022 e dal DCA n.161/2025 nelle Case di Comunità regionali;

DATO ATTO che in data 29/12/2025 è stato sottoscritto il nuovo Accordo Integrativo Regionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 (AIR 2026), attraverso cui la regione provvede, tra gli altri interventi, ad attuare la riforma dei servizi a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale, già prevista dall'Accordo Regionale del 2007, secondo nuovi criteri coerenti con la normativa successivamente intervenuta di cui all'Art.44 dell'ACN e delle indicazioni della Conferenza delle Regioni;

VISTO il DCA n.8/2026 rubricato “Accordo integrativo regionale per i rapporti con i medici di medicina generale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 della regione Molise (AIR 2026) - Approvazione.”.

DATO ATTO che l'AIR norma altresì i criteri di attivazione ed accesso al servizio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria in attuazione dell'Art.44 comma 5 ACN e delle linee di indirizzo della Conferenza delle Regioni;

DATO ATTO altresì che il citato AIR, nell'Art.29, comma 6, lett.e) determina i criteri di individuazione delle sedi di Continuità Assistenziale da posizionare nelle aree distanti dalle Case di Comunità come indicato nell'Art.6.1 del richiamato documento di indirizzo della Conferenza delle Regioni;

DATO ATTO che, ai sensi della normativa nazionale vigente, già richiamata, il LEA – Continuità Assistenziale è definito secondo uno standard pari ad almeno un presidio per ogni Casa di Comunità Hub per ogni Distretto Socio-Sanitario in grado di garantire alla popolazione del Distretto un servizio erogante prestazioni sanitarie non differibili, definite dalla programmazione regionale, senza soluzione di continuità in coordinamento e continuità con i modelli organizzativi regionali delle AFT e delle UCCP;

RILEVATO che la quota oraria del Ruolo Unico di Assistenza Primaria rappresenta uno strumento fondamentale per garantire gli standard di presenza medica minima previsti dal citato DM77/2022 e dal DCA n.161/2025 nelle Case di Comunità regionali;

CONSIDERATO di dover procedere a riformare il sistema regionale delle attività a ciclo orario della Medicina Generale, al momento costituito essenzialmente dal servizio di Continuità Assistenziale, già in attesa della riorganizzazione già sottoscritta ai sensi dell'Accordo del 2007, ed in coerenza con quanto previsto dal nuovo ACN secondo un modello organizzativo di continuità dell'assistenza declinato attraverso l'AIR 2026 ed in recepimento delle linee di indirizzo della Conferenza delle Regioni;

CONSIDERATO altresì, al fine di garantire la continuità delle cure, di attuare la riorganizzazione generale del servizio, ivi compresa la Continuità Assistenziale, secondo un meccanismo graduale e flessibile, come già disciplinato dall' Art.5, comma 1 dell'allegato n. 1 al DCA n.9/2026 e ribadito nell'Art.6, comma 1 e 2 dell'allegato 1 al presente DCA;

CONSIDERATO che l'entrata in vigore del nuovo modello organizzativo regionale delle attività a ciclo orario dell'Assistenza Primaria è condizione imprescindibile per l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT e delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP, e dunque per l'entrata in vigore del successivo AIR della

Medicina Generale e per la conseguente attuazione della riforma del DM77/2022 e per la valorizzazione regionale delle risorse della Missione 6 componente 1 del PNRR;

CONSIDERATO di dover tutelare il diritto acquisito al monte ore di incarico dei medici già titolari di Continuità Assistenziale nell'ambito della riorganizzazione del servizio ai sensi dell'Art.24 dell'ADR 2007;

VISTO il DCA n. 9 del 14/01/2026 rubricato "Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale 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 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome";

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale del 15/01/2026 (ACN 15/01/2026), il quale, tra l'altro, norma le attività aggiuntive a ciclo orario dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria;

RICHIAMATO l'Art. 31 comma 7 del citato ACN 15/01/2026, comma 4, il quale riporta "*I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria di cui al precedente comma 2 possono partecipare allo svolgimento di ore di attività nelle Case della Comunità, secondo le modalità definite dall'articolo 47, comma 2, lettera B, punto IV) e comma 3, lettera D. Per i medici già incaricati a tempo indeterminato su base oraria le ore di attività sono da intendersi aggiuntive. In deroga alle clausole contrattuali vigenti, la partecipazione a tali attività non determina il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.*"

RICHIAMATO altresì l'Art. 38 comma 7 del citato ACN 15/01/2026, il quale stabilisce che i medici del ruolo unico di assistenza primaria già titolari di doppio incarico ad attività oraria ed a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'Accordo Collettivo Nazionale 4 aprile 2024 possono partecipare allo svolgimento di ore aggiuntive di attività nelle Case della Comunità;

DATO ATTO che in applicazione dell'ACN 15/01/2026 è necessario garantire a tutti i medici il diritto ad effettuare turni aggiuntivi medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta o su base oraria il diritto stabilito dal citato ACN ad effettuare turni aggiuntivi presso i modelli organizzativi delle Case di Comunità previste dalla programmazione regionale;

CONSIDERATO poi, di dover disciplinare le modalità di programmazione ed assegnazione delle attività a ciclo orario allo scopo di garantire il diritto a tutti i medici già incaricati di espletare le attività orarie aggiuntive presso i modelli organizzativa le Case di Comunità regionali;

VISTA la nota dell'ASREM, acquisita al protocollo della Regione Molise al n.29898/2026 con cui l'azienda sanitaria regionale segnala la necessità di una proroga di 90 giorni per l'effettiva attivazione del nuovo modello organizzativo regionale rispetto ai tempi di attuazione disciplinati nel citato DCA n.9/2026;

RITENUTO, quindi, di prorogare di 90 giorni il termine per l'effettiva attivazione, da parte dell'ASReM, delle AFT e delle UCCP della Regione Molise, ivi compreso il nuovo modello organizzativo delle attività a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale, rideterminando il termine massimo di avvio entro il 30 giugno 2026;

RITENUTO poi di integrare e modificare l'allegato n.1 al DCA n.9 del 14/01/2026 a seguito delle nuove prescrizioni introdotte dall' Accordo Collettivo nazionale 15 gennaio 2026;

VISTO il modello organizzativo denominato "*Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale 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 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome*", allegato al presente documento, cui costituisce parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO che il citato modello organizzativo potrà essere oggetto di modifiche/integrazioni a seguito di eventuali osservazioni, formulate dai Ministeri competenti ovvero da intervenute disposizioni normative in materia;

DATO ATTO, infine, che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo agli obiettivi di cui al punto "v) programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con il DM n. 77/2022";

col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il subcommissario ad acta, come

risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento

DECRETA

Articolo 1

1. È approvato il documento rubricato *“Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell’Assistenza della Regione Molise in attuazione dell’Accordo Collettivo Nazionale 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 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome”*, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, il quale recepisce le innovazioni apportate dall’Accordo Collettivo Nazionale del 15 gennaio 2026.

2. Il documento di cui al comma 1 annulla e sostituisce il documento rubricato *“Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell’Assistenza della Regione Molise in attuazione dell’Accordo Collettivo Nazionale 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 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome”* allegato al DCA 09/2026.

Articolo 2

1. L’effettiva attivazione, da parte dell’ASReM, del nuovo modello organizzativo regionale delle attività a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale, delle AFT e delle UCCP della regione Molise, è prorogato di 90 giorni rispetto ai tempi disciplinati dall’Allegato n.1 del DCA n. 9/2026, con il termine massimo di avvio al 30 giugno 2026.

2. È attuata la riorganizzazione generale delle attività a ciclo orario dei Medici a ruolo unico dell’assistenza primaria, ivi compreso il servizio regionale di Continuità Assistenziale, secondo un meccanismo graduale e flessibile, come disciplinato dall’Articolo 6, comma 1 e 2 dell’allegato 1 al presente DCA, a garanzia della continuità delle cure.

Articolo 3

1. Il presente provvedimento è trasmesso all’ A.S.Re.M.- Azienda Sanitaria Regionale del Molise per i consequenziali adempimenti di competenza.

Articolo 4

1. Il presente provvedimento è trasmesso al Ministero della Salute, al Ministero dell’Economia e delle Finanze, nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA
MARCO BONAMICO**

Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell’Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82