

ALLEGATO

OGGETTO: ATTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, DEI VETERINARI E DELLE ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE DELLA REGIONE MOLISE

Sommario

PREMESSA

- 1. OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**
- 2. LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI AFT - INDIRIZZI PROGRAMMATICI**
 - 2.1 LE AFT DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**
 - 2.2 LE AFT DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**
 - 2.3 LE AFT DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**
- 3. LE UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE UCCP**
- 4. ULTERIORI DETERMINAZIONI**
- 5. ENTRATA IN VIGORE**

PREMESSA:

La regione Molise al 01 gennaio 2025 (dati ISTAT), conta 287.966 abitanti residenti, di cui 27.673 di età inferiore di 14 anni e 260.293 di età maggiore di 14 anni; dei residenti di età maggiore di 14 anni, 78.139 hanno un'età maggiore di 65 anni e 39.867 maggiore di 75 anni.

La regione presenta un declino demografico strutturale, pari in media a – 1.500 abitanti su base annua, dovuto al combinato disposto dal basso tasso di natalità, invecchiamento della popolazione ed annesso tasso di mortalità, mancata immigrazione e alto tasso di emigrazione, soprattutto giovanile.

I trend demografici indicano che popolazione assistibile pediatrica tende a decrescere in modo costante, mentre la popolazione assistibile dai Medici di Medicina Generale (MMG), pur

diminuendo in senso assoluto, tende ad assumere un sempre maggior peso relativo “ponderato” in termini di popolazione anziana ed affetta da multicronicità.

Le statistiche nazionali confermano che gli indici di vecchiaia, di dipendenza degli anziani e di isolamento sociale in Molise sono superiori alla media nazionale, e si registra una prevalenza crescente di malattie croniche, in particolare di diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Queste rappresentano una delle principali cause di mortalità e disabilità nella regione, assieme alle patologie neurologiche, oncologiche ed al declino cognitivo.

La popolazione si distribuisce come segue:

- per il 50% circa, 110.000 abitanti, in 9 comuni: Campobasso (50.000 ab. Ca.), Termoli (30.000 ca.), Isernia, (20.000 ca.), Venafro (11.000 ca.), Campomarino (8.000 ca.), Bojano (7.500 ca.), Larino (6.000 ca.), Montenero di Bisaccia (6.000 ca), Guglionesi (5.000 ca), Riccia (5.000 ca.);
- l'altro 50% si distribuisce nei rimanenti 127 comuni, la quasi totalità dei quali con meno di 1.500 residenti;

Le uniche zone ad alta densità di popolazione sono identificabili nelle aree dei comuni di Campobasso, Termoli, Isernia e Venafro con i comuni limitrofi, mentre il rimanente territorio regionale presenta uno scarso livello di densità abitativa.

L'ASReM, l'unica Azienda Sanitaria Locale presente in regione, garantisce i servizi di cure territoriali mediante 3 Distretti Socio-Sanitari:

- Il Distretto Socio-Sanitario di Campobasso, che assiste circa 116.000 abitanti residenti distribuiti su 51 comuni;
- Il Distretto Socio-Sanitario di Termoli, che assiste circa 93.660 abitanti residenti distribuiti su 33 comuni;
- Il Distretto Socio-Sanitario di Isernia, che assiste circa 79.200 abitanti residenti distribuiti su 52 comuni.

Con il presente atto viene avviato il processo di evoluzione del modello assistenziale delle Cure Primarie regionali in coerenza con gli Accordi Collettivi Nazionale di settore dei Medici di Medicina Generale (MMG) dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), degli Specialisti Ambulatoriali interni (SAI), implementando e valorizzando i nuovi modelli organizzativi e le strutture del DM n.77/2022 attivando le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) dei Distretti Socio Sanitari della regione Molise.

1 OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA REGIONALE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

La regione Molise riconosce la necessità di ammodernare il proprio servizio sanitario regionale secondo standard maggiormente appropriati al quadro demografico ed epidemiologico descritto mediante l'adozione di un modello organizzativo maggiormente focalizzato sui servizi di cure territoriali, potenziando la sanità di iniziativa e la presa in carico integrata e continuativa dei pazienti cronici.

Con il presente Atto, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, viene implementata una nuova infrastruttura in grado di garantire un servizio di Assistenza Territoriale che, partendo dalle Case di Comunità e dalle altre strutture e modelli organizzativi previsti dal D.M. n.77 del 23 maggio 2022 (da qui DM77/2022) come recepiti al livello regionale, fornisca un servizio equo e capillare, attraverso modalità di lavoro basate su professionisti obbligatoriamente interconnessi in reti mono e multi-professionali ed impiegati a garantire una risposta appropriata al livello di complessità clinico-assistenziale, in un quadro generale che tenga conto dell'importanza della sostenibilità finanziaria.

Nell'ambito di tali indirizzi e in coerenza con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale riportati negli Accordi Collettivi Nazionali di settore (cfr. Art. 4 degli ACN della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale), sono considerati prioritari i seguenti obiettivi:

1. L'attuazione regionale del Piano Nazionale della Cronicità;
2. L'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione;
3. La riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso;
4. Il governo delle liste di attesa e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, clinica ed organizzativa;

La regione Molise raggiungerà tali obiettivi mediante l'attivazione graduale e progressiva di progettualità basate sulle attività di AFT e di UCCP, superando la dinamica dei professionisti singoli e dei compartimenti informativi separati, ed adottando gradualmente percorsi strutturati di arruolamento, diagnosi, terapia e riabilitazione in grado di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e garantire il servizio più rapido possibile agli individui ed alle comunità in sicurezza ed efficacia.

2 LE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI AFT: INDIRIZZI PROGRAMMATICI

Le AFT sono forme organizzative monoprofessionali riferite a un determinato ambito geografico interno o coincidenti con il Distretto Socio-Sanitario di riferimento, nell'ambito delle quali i

professionisti condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nelle modalità determinate dagli Accordi Integrativi Regionali (AAIIRR).

Tutte le AFT sono collegate funzionalmente ad una UCCP, secondo le modalità previste dal modello organizzativo regionale e dagli AAIIRR.

Le AFT della Medicina Generale (MMG), della Pediatria di Libera Scelta (PLS) e della Specialistica Ambulatoriale Interna e dei professionisti (SAI) trovano il loro punto di intersezione:

- 1) nell'infrastruttura costituita dalle strutture sanitarie definite nel DM77/2022, come distribuite nell'ambito della cornice organizzativa del Distretto Socio Sanitario di riferimento;
- 2) nel sistema integrato dei flussi informativi regionali che mette in rete tutti i medici convenzionati, i medici dipendenti e tutti gli altri professionisti del territorio e del SSR che in ciascun ambito territoriale ed ospedaliero presidiano la salute della comunità;
- 3) dal punto di vista gestionale e del coordinamento locale delle attività, nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), il quale rappresenta il luogo privilegiato di raccordo organizzativo, di programmazione e di monitoraggio delle attività.

In merito al punto 1), la regione Molise riconosce nelle AFT il mezzo fondamentale di realizzazione locale della Missione 6, componente 1 del PNRR; esse sono lo strumento essenziale di valorizzazione di tutte le strutture ed i modelli organizzativi previsti dal DM77/2022, con particolare riferimento all'Art.5 del suddetto decreto per quanto concerne la Case di Comunità (CdC) e la necessità di garantire gli standard minimi di presenza medica delle stesse, come recepito dalla programmazione regionale (cfr. DCA n. 161/2025).

In particolare, in riferimento alle AFT dei MMG, la Regione, in recepimento del DM77/2022 oltre che 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 in data 9 settembre 2025, considerato il particolare contesto demografico e la distribuzione della popolazione che la caratterizza, prevede un modello di integrazione tra le AFT e le Case di Comunità sia fisico che funzionale, allo scopo di garantire l'erogazione di un servizio in grado di assicurare un livello essenziale di Assistenza Primaria quanto più omogeneo a tutta la popolazione appartenente alla rete territoriale costituita dalla AFT-CdC.

Come previsto nel citato DCA n.161 del 16 ottobre 2025, le AFT dei MMG hanno dunque la loro sede funzionale e sono ricomprese nelle CdC; queste sono definite, indipendentemente dalla tipologia Hub o Spoke, come modelli organizzativi complessivamente intesi dall'insieme dei

servizi di cui al DM77/2022, erogati sia direttamente all'interno delle 13 strutture fisiche previste dalla programmazione regionale, che presso punti erogativi ad esse funzionalmente collegati nel territorio di riferimento delle stesse.

In tal senso, la Regione riconosce la rete integrata AFT-CdC come unico soggetto di riferimento e cornice organizzativa e di erogazione di prestazioni assistenziali per il Ruolo Unico dei MMG; tutte le attività ed i compiti dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria della regione Molise, siano esse erogate nell'ambito del ciclo fiduciario o del ciclo orario, sono pertanto erogate all'interno delle AFT e dunque delle CdC.

Le AFT-CdC hanno lo scopo di fornire un servizio quanto più uniforme e capillare possibile rispetto lo standard minimo di prestazioni assistenziali su tutto il territorio ovvero la popolazione di competenza, fermo restando il ruolo della struttura fisica della CdC nell'erogazione diretta dei servizi a maggior livello di complessità clinico-assistenziale e nell'ambito del coordinamento delle attività, con particolare riferimento all'integrazione tra le AFT dei MMG, dei PLS e dei SAI.

2.1 LE AFT DELLA MEDICINA GENERALE

La metodologia applicata per l'individuazione delle AFT della MG prevede il rispetto dei parametri demografici e logistici individuati:

- a) dall'ACN 04 aprile 2024, il quale prevede che il bacino di utenza dell'AFT non possa essere superiore a 30.000 abitanti assistibili di età maggiore di 14 anni, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa (cfr. Art.29 , comma 3; Allegato n.7 ACN MG);
- b) dalla programmazione Regionale ai sensi di quanto concordato e condiviso con le organizzazioni sindacali dei MMG, ovverosia individuando i territori delle AFT integrando il criterio del bacino demografico di utenza di cui alla precedente lettera a) con quello logistico costituito dalle CdC Hub e Spoke previste in regione, istituendo AFT presso ogni CdC Hub e presso le CdC Spoke situate in territori eccessivamente distanti dalle Hub o nei casi di eccesso di popolazione afferente.

Sul territorio regionale i comuni ad alta densità abitativa tali da superare il tetto dei 30.000 assistibili di cui al punto a) sono identificate nei territori dei comuni di Campobasso e Termoli compresi i comuni limitrofi, mentre per la restante parte del territorio sono considerate le peculiarità orografiche, con la prevalenza di aree interne a bassa densità di popolazione.

Le AFT dei Medici di Medicina Generale subentrano ai Distretti come ambiti di scelta del medico di fiducia, fatto salvo quanto previsto dall'Art.39 ACN, e rappresentano i perimetri geografici utili al calcolo del fabbisogno dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria secondo le modalità

previste dall'ACN e dall'AIR per l'individuazione degli ambiti carenti allo scopo di garantire un riequilibrio graduale della rete assistenziale.

Le AFT concorrono pienamente al modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, attraverso l'integrazione delle attività a ciclo fiduciario ed a ciclo orario, in coordinamento ed a completamento con il servizio di Continuità Assistenziale, con il servizio 116117 e con i servizi di UCCP del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Sono istituite, in prima applicazione presso la Regione Molise, secondo quanto disposto dall'AIR, sul quale è stata sottoscritta la preintesa in data 23 luglio 2025, n.12 AFT come di seguito indicate, precisando che ogni Medico di Assistenza Primaria viene assegnato ad una AFT secondo quanto disposto dall'AIR di attivazione delle stesse, fermo restando la possibilità di modificare ed integrare tale programmazione in relazione a successivi mutamenti di carattere demografico o di giustificate necessità di tipo organizzativo:

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI CAMPOBASSO	
AFT Campobasso 1 Sede: CdC Hub di Campobasso	Comuni di: Campobasso*, Ferrazzano, Mirabello Sannitico, Campodipietra, Toro, San Giovanni in Galdo.
AFT Campobasso 2 Sede: CdC Hub di Campobasso	Comuni di: Campobasso*, Ripalimosani, Oratino, Matrice, Petrella, Montagano, Lucito, Castellino del Biferno, Castelbottaccio.
AFT Bojano Sede: CdC Spoke di Bojano	Comuni di: Bojano, Vinchiaturò, Baranello, Sepino, Spinete, Busso, San Giuliano del Sannio, Castropignano, San Massimo, Colle d'Anchise, Guardiaregia, Campochiaro, San Polo Matese, Casalciprano.
AFT Riccia Sede: CdC Hub di Riccia	Comuni di: Riccia, Cercemaggiore, Jelsi, S.Elia a Pianisi, Gambatesa, Pietracatella, Campolieto, Tufara, Gildone, Cercepiccola, Macchia Valfortore, Monacilioni.
AFT Trivento Sede: CdC Spoke di Trivento	Comuni di: Trivento, Fossalto, Torella del Sannio, Limosano, Salcito, Roccavivara, Duronia, Sant'Angelo Limosano, Pietracupa, Molise, San Biase.

*Per il comune di Campobasso, la popolazione assistibile (42.881 al 01 gennaio 2025 - ISTAT), è stata suddivisa equamente tra le 2 AFT. Le modalità specifiche di ripartizione del Comune di

Campobasso tra le 2 AFT saranno individuate dall'ASReM in coerenza con quanto determinato dall'AIR MMG.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI TERMOLI

AFT Termoli 1 Sede: CdC Hub di Termoli	Comuni di: Termoli*, Campomarino, Portocannone, San Martino in Pensilis.
AFT Termoli 2 Sede: CdC Hub di Termoli	Comuni di: Termoli*, Guglionesi, Petacciato, San Giacomo degli Schiavoni.
AFT Larino Sede: CdC Hub di Larino	Comuni di: Larino, Ururi, Santa Croce di Magliano, Bonefro, Rotello, Montorio nei Frentani, Casacalenda, Colletorto, San Giuliano del Sannio, Guardialfiera, Morrone del Sannio, Ripabottoni, Lupara, Montelongo, Provvidenti.
AFT Montenero di Bisaccia Sede: CdC Spoke di Montenero di Bisaccia	Comuni di: Montenero di Bisaccia, Montecilfone, Palata, Montefalcone, Castelmauro, Mafalda, Tavenna, Acquaviva Collecroce, San Felice del Molise, Civitacampomarano, Montemitro.

*Per il comune di Termoli, la popolazione assistibile (28.581 al 01 gennaio 2025 - ISTAT), è stata suddivisa equamente tra le 2 AFT. Le modalità specifiche di ripartizione del Comune di Termoli tra le 2 AFT saranno individuate dall'ASReM in coerenza con quanto determinato dall'AIR MMG.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ISERNIA

AFT Isernia Sede: CdC Hub di Isernia	Comuni di: Isernia, Castelpetroso, Pesche, Sant'Agapito, Macchia d'Isernia, Carpinone, Miranda, Roccamandolfi, Cantalupo, Santa Maria del Molise, Forlì del Sannio, Longano, Pettoranello, Castelpizzuto.
AFT Venafro Sede: CdC Hub di Venafro	Comuni di: Venafro, Montaquila, Pozzilli, Sesto Campano, Monteroduni, Fornelli, Colli al Volturno, Cerro al Volturno, Rocchetta al Volturno, Rionero Sannitico, Scapoli, Filignano, Montenero Valcocchiara, Castel San Vincenzo, Acquaviva d'Isernia, Pizzone, Conca Casale.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ISERNIA

AFT Agnone

Sede: CdC Hub di Agnone

Comuni di: Agnone, Frosolone, Macchiagodena, Carovilli, Civitanova del Sannio, Pescolanciano, Capracotta, Sessano del Molise, Belmonte del Sannio, Bagnoli del Trigno, Pietrabbondante, Vastogirardi, Poggio Sannita, Roccasicura, San Pietro Avellana, Sant'Angelo del Pesco, Castel del Giudice, Sant'Elena Sannita, Pescopennataro, Chiauci, Castelverrino.

Fermo restando quanto determinato dall'Accordo Integrativo Regionale di attivazione delle AFT, allo scopo di garantire il miglior equilibrio assistenziale possibile e consentire una adeguata programmazione anche in relazione alle dinamiche demografiche, il modello organizzativo generale inerente le AFT della Medicina Generale prevede che:

1. le AFT saranno suddivise dal Comitato Aziendale di cui all'Art.12 ACN 04 aprile 2024, in sede di assegnazione degli incarichi vacanti del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, in "sub-ambiti di AFT", ovvero in partizioni composte da comuni o territori limitrofi che potranno essere caratterizzate da un diverso Rapporto Ottimale (il rapporto tra MMG inseribili e popolazione assistibile);
2. all'interno dei sub-ambiti di AFT i comuni, le frazioni e/o quartieri limitrofi saranno aggregati tra loro in modo da individuare delle "Zone Territoriali" (ZT) dalla popolazione almeno pari al Rapporto Ottimale individuato per il Sub-Ambito di riferimento, le quali costituiranno le zone di assegnazione dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, messe a bando secondo le modalità previste dall'ACN con il vincolo di apertura dello studio professionale ed ove sarà garantita la possibilità di aprire studi secondari;
3. a garanzia della continuità delle cure e della capillarità del servizio di Assistenza Primaria, ai MMG assegnati presso una ZT non sarà possibile aprire studi secondari in un'altra Zona, a meno di specifiche autorizzazioni del Comitato Aziendale.

Ogni AFT concorre al modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, attraverso le seguenti attività:

1) garantendo un servizio di Assistenza Primaria a ciclo orario diurno e feriale costituito da almeno un Ambulatorio Diurno di Medicina Generale di AFT di cui all'Art. 44 ACN 2024, attivo dalle ore 08:00 alle ore 18:00, di norma presso le Case di Comunità sedi delle AFT stesse per le funzioni determinate in sede di AIR.

L'Ambulatorio Diurno di AFT è attivo mediante uno standard minimo di 1 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario ed 1 infermiere di comunità, fermo restando la possibilità di potenziamenti del servizio a carattere temporaneo o definitivo.

2) concorrendo, mediante il monte orario dei propri Medici del Ruolo Unico, al servizio di Continuità Assistenziale, attivo dalle ore 18:00 alle ore 20:00 dei giorni feriali e per tutte le 24 ore dei giorni prefestivi e festivi nelle modalità determinate dalla programmazione regionale e dall'AIR;

3) concorrendo mediante il monte orario dei propri Medici del Ruolo Unico alle attività a ciclo orario delle UCCP, ovverosia delle UCA, nelle modalità determinate dalla programmazione regionale e dall'AIR.

In ottemperanza a quanto previsto dagli Art.29 e 30 dell'ACN dei MMG, il funzionamento interno delle AFT è disciplinato da un regolamento interno approvato dal Comitato aziendale in coerenza con quanto previsto dall'AIR. I medici componenti le AFT individuano al loro interno, secondo i parametri e nelle modalità previste dal regolamento, un referente di AFT, secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'ACN vigente.

2.2 LE AFT DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Considerata la distribuzione sul territorio regionale della popolazione assistibile pediatrica, sono istituite presso la regione Molise n.3 A.F.T., nel numero di 1 per ogni Distretto Socio Sanitario dell'ASReM

L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di PLS, come previsto dall'Art. 30, comma 5 ACN.

I Direttori di Distretto individuano in una CdC la struttura di attività prevalente del Referente di AFT dei PLS, al fine di garantire il massimo livello di coordinamento ed integrazione di tali figure con la rete di cure primarie e con i centri operativi di governo delle UCCP e dei sistemi di Telemedicina.

Sono dunque istituite in prima istanza le seguenti AFT dei PLS:

AFT Pediatri di Libera Scelta	AMBITO TERRITORIALE
AFT PLS Campobasso	Tutti i comuni del Distretto di Campobasso
AFT PLS Termoli	Tutti i comuni del Distretto di Termoli

AFT PLS Isernia	Tutti i comuni del Distretto di Isernia
-----------------	---

In ottemperanza a quanto previsto dagli Art.28 e 29 dell'ACN dei PLS, il funzionamento interno delle AFT è disciplinato da un regolamento interno approvato dal Comitato aziendale, in coerenza con quanto previsto dall'AIR. I medici componenti le AFT individuano al loro interno, secondo i parametri e nelle modalità previste dal regolamento, un referente di AFT, secondo quanto previsto dall'art. 29 dell'ACN.

2.3 LE AFT DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

Tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e delle funzioni principali assegnate alle AFT degli specialisti e dei professionisti SAI si ritiene coerente prevedere che l'ambito di riferimento delle AFT coincida con il Distretto Socio Sanitario;

Sono quindi istituite sul territorio le seguenti AFT, precisando che gli specialisti e i professionisti componenti sono quelli che svolgono la loro attività in sedi collocate nel territorio del Distretto, con possibilità di appartenenza a più AFT:

Le AFT degli Specialisti Ambulatoriali coincideranno con le Zone-Distretto dell'ASReM. Sono determinate in numero di 3 le AFT della specialistica ambulatoriale, 1 per ogni distretto. Gli attuali poliambulatori già presenti in regione saranno ricondotti e collegati funzionalmente dall'ASReM ai modelli organizzativi delle 13 Case di Comunità (CdC) previste dalla regione.

Distretto Socio-Sanitario (DSS)	AFT Specialisti Ambulatoriali
DSS Campobasso	AFT SAI Campobasso
DSS Termoli	AFT SAI Termoli
DSS Isernia	AFT SAI Isernia

Per quanto riguarda il referente di AFT si rimanda all'ACN dei SAI e del relativo AIR

3 LIVELLI DI INTEGRAZIONE ED UCCP

Le Unità Complesse di Cure Primarie UCCP sono forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle

professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

La sede funzionale della UCCP, ovvero la sede della struttura di coordinamento della stessa, è individuata dal Direttore di Distretto, presso la CdC ritenuta maggiormente funzionale allo scopo.

La regione Molise attribuisce alla UCCP le seguenti caratteristiche fondamentali:

1. l'ambito organizzativo e territoriale, ovvero il territorio del Distretto Socio-Sanitario;
2. la tipologia multiprofessionale della prestazione sanitaria o sociosanitaria, ovvero l'erogazione in team fisico o funzionale composto da almeno 2 figure professionali differenti (ad esempio Medico – Medico, Medico -Infermiere etc.);
3. l'alto livello di complessità clinica e/o tecnologica e/o organizzativa e/o sociale della prestazione da erogare, secondo quanto previsto dalle determinazioni Aziendali e/o Distrettuali.

La regione Molise attiva n.3 UCCP, in numero di 1 per ogni Distretto Socio-Sanitario.

Distretto Socio-Sanitario (DSS)	UCCP
DSS Campobasso	UCCP Campobasso
DSS Termoli	UCCP Termoli
DSS Isernia	UCCP Isernia

L'integrazione tra le AFT dei MMG, dei PLS e dei SAI, e tra queste e le UCCP, avverrà attraverso gli AIR di settore, i quali andranno a normare, oltre alle funzioni ed alle attività specifiche:

- 1) il modello di coordinamento dei processi, espletato e facilitato dalle attività dei medici referenti delle AFT stesse e dalle strutture di coordinamento delle UCCP;
- 2) l'integrazione delle figure di cui al punto precedente con le Centrali Operativi Territoriali (COT) e con le altre figure del DM77;
- 3) lo sviluppo e l'implementazione di un servizio integrato di Telemedicina;
- 4) l'implementazione di una piattaforma informatica unificata dei flussi informativi in grado di mettere in rete in tempo reale tutti i professionisti ASReM, connessa ai software gestionali di studio ed integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto concerne i MMG, alla luce dell'introduzione del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria, le attività di UCCP sono suddivise in:

- Attività di UCCP a ciclo orario, le quali sono ricondotte alle attività delle UCA, da sviluppare di volta in volta mediante specifiche progettualità utili anche alla piena integrazione dei MMG in tutte le strutture ed i modelli organizzativi del DM77/2022;

- Attività di UCCP a ciclo di scelta, che saranno definite a seguito dell'armonizzazione degli AAIIRR dei MMG, dei PLS e dei SAI;

4 ULTERIORI DETERMINAZIONI

La regione Molise riconosce nella formazione dei professionisti uno strumento essenziale per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale.

Il cambiamento del modello organizzativo e l'adozione di uno standard che prevede i professionisti obbligatoriamente aggregati nelle AFT ed integrati in UCCP, oltre all'inserimento sul territorio di nuove figure, quale l'infermiere di comunità (IFeC), e di nuove strutture come le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali COT etc., necessita di un attivo coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nelle attività di formazione.

L'intento della Regione è quindi di avviare un modello di sviluppo delle competenze professionali, che possa riconoscere l'interesse del singolo professionista e di garantire allo stesso tempo l'allineamento con le esigenze conoscitive necessarie per la struttura in cui ogni operatore è impiegato, in un'ottica di multiprofessionalità.

L'ASReM, anche in attuazione degli AIR, provvederà a programmare le attività di formazione coinvolgendo attivamente i MMG, i PLS, i SAI e gli IFeC anche nella docenza, organizzando eventi formativi dedicati in particolare ai seguenti temi:

- capacità di lavorare in team multiprofessionali;
- sviluppo delle competenze digitali, utilizzo appropriato delle piattaforme informatiche ed importanza della standardizzazione e della qualità del dato;
- sviluppo di competenze sulla gestione dei pazienti cronici e complessi e sul primo livello di cure per i pazienti oncologici;
- utilizzo delle apparecchiature diagnostiche di primo livello;
- utilizzo della telemedicina;

I referenti di AFT e le Strutture di Coordinamento delle UCCP concorrono ad individuare le necessità formative ed a stilare i programmi formativi, raccogliendo le esigenze pratiche e le volontà di sviluppo conoscitive dei singoli professionisti.

Per la partecipazione dei medici convenzionati alle attività delle Reti professionali di cui al presente provvedimento è demandata agli Accordi Integrativi la definizione delle modalità per il loro riconoscimento come attività formativa ai fini ECM, anche obbligatoria.

5 ENTRATA IN VIGORE

Il modello organizzativo previsto dal presente atto entra in vigore secondo le tempistiche determinate dagli Accordi Integrativi Regionali di settore.