



AIR 2026

Accordo Integrativo Regionale
Medicina Generale

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER I
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE DELLA REGIONE MOLISE AI SENSI
DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 04
APRILE 2024 E DELL'ART.8 DEL D.LGS.
n.502/1992 et s.s.m.m.i.i.**

In data 29/12/2025 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale di recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024 – triennio economico 2019 – 2021 della Regione Molise. Sono presenti:

Per la Regione Molise:

Il Commissario ad Acta alla Sanità

Avv. Marco Bonamico _____ *firmato* _____

Il Sub-Commissario ad Acta alla Sanità

Dott. Ulisse Di Giacomo _____ *firmato* _____

Il Direttore Generale della Salute

Dott.ssa Lolita Gallo _____ *firmato* _____

Per parte sindacale:

O.S. SNAMI dott. Federico Di Renzo _____ *firmato* _____

O.S. FIMMG dott. Cesare Mariotti _____ *firmato* _____

O.S. F.M.T. dott. Ernesto La Vecchia _____ *firmato* _____

O.S. S.M.I. Giovanni Passarelli _____ *firmato* _____

PREMESSA:

Il presente Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale (M.M.G.), in recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) del 04 aprile 2024 - triennio economico 2019 -2021, rientra nella riorganizzazione generale delle Cure Primarie del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) molisano, che vede nel sistema di Assistenza Territoriale il fulcro della presa in carico della popolazione.

La riorganizzazione della Medicina Generale (M.G.) sarà attuata connettendo tutti i medici a ciclo fiduciario e ad attività oraria nelle reti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.) ed attivando le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.), ed implementando un sistema unico di flussi informativi totalmente digitalizzato ed integrato con i servizi dei Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.), degli Specialisti Ambulatoriali territoriali e con i servizi ospedalieri.

Attraverso la riorganizzazione delle attività a ciclo orario dei M.M.G. sarà superato il previgente sistema di Continuità Assistenziale basato sul modello dell'ex-Guardia Medica e verrà attivato, in coerenza con l'Art. 44 dell'A.C.N., un nuovo sistema di Continuità dell'Assistenza in grado di garantire un servizio maggiormente funzionale ai bisogni di salute della popolazione, attivo per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, potenziando l'offerta assistenziale nelle fasce orarie diurne e valorizzando al contempo le innovazioni introdotte dal Decreto del Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022 (Da qui DM n.77/2022), integrando ed armonizzando il ruolo imprescindibile degli studi medici a rapporto fiduciario dei M.M.G. diffusi capillarmente sul territorio regionale con i servizi e le attività delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e tutti i soggetti previsti dalla Missione 6 componente 1 del P.N.R.R. come recepita dalla normativa nazionale e regionale, ed in linea con quanto previsto 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 e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025.

CONTESTO DI RIFERIMENTO:

La regione Molise, al 1° gennaio 2025, conta 287.966 abitanti residenti (ISTAT), di cui 260.293 di età maggiore di 14 anni, 78.139 di età maggiore di 65 anni e 39.867 di età maggiore di 75 anni. Tale popolazione si distribuisce per il 40% circa, 110.000 abitanti, in soli 4 centri: Campobasso (50.000 ab. Ca.), Termoli (30.000 ca.), Isernia, (20.000 ca.) e Venafrò (11.000 ca.), mentre il 60% rimanente si distribuisce in 132 piccoli comuni, la quasi totalità dei quali con meno di 1.500 abitanti residenti, distribuiti in un'area vasta ed impervia, in un contesto generale di difficoltà di accesso ai servizi.

La regione presenta un declino demografico strutturale, con un decremento medio di circa 1.500 abitanti su base annua, dovuto al combinato disposto di bassa natalità, emigrazione giovanile e scarsa immigrazione. Tale dinamica, che colpisce soprattutto i comuni delle aree interne, determina un aumento dell'età media che ha raggiunto valori significativamente maggiori della media nazionale, caratteristica condivisa con altri indicatori come l'indice di vecchiaia e di dipendenza degli anziani.

Le caratteristiche demografiche descritte si traducono, dal punto di vista sanitario, in 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 regione presenta altresì criticità inerenti la condizione di isolamento sociale, diffusa soprattutto nei comuni di montagna e nelle aree rurali più distanti dai centri maggiori, ove vi è anche il maggior numero di famiglie unipersonali.

Il servizio di Assistenza Primaria è organizzato secondo modelli risalenti agli anni 2000 e presenta una significativa eterogeneità, con la grande maggioranza dei medici non organizzati in forme associative e non dotati di personale amministrativo o infermieristico. Al 31/12/2024 risultano attivi circa 230 Medici di Assistenza Primaria, il 60% dei quali in via di pensionamento entro i successivi 5 anni, di cui 42 con doppio incarico nella Continuità Assistenziale (da qui C.A.), e circa 27 Medici titolari di C.A. senza concomitante incarico a ciclo fiduciario, la maggior parte dei quali in via di pensionamento.

Per quanto concerne il servizio di C.A., questo è direttamente ereditato nella sua organizzazione e nel suo dimensionamento dal servizio di Guardia Medica degli anni 1990, e consiste di 44 sedi, con 48 medici in servizio per turno ed un fabbisogno teorico totale di circa 196 Medici. Il servizio genera uno dei più alti volumi di ore remunerate pro capite a livello nazionale, ed è in attesa di una riorganizzazione già contrattualizzata ai sensi dell'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale del 2007 (Cfr. Art.23).

Il servizio di Medicina Penitenziaria regionale garantisce l'assistenza alla popolazione detenuta nelle 3 carceri regionali, e conta attualmente 7 medici con incarico a tempo indeterminato, di cui 5 hanno raggiunto l'età di pensionamento. Si prospetta anche in tale settore un grave crisi di personale, che mette a rischio l'assistenza medica alla popolazione detenuta oltre a comportare un potenziale pericolo in termini di ordine pubblico.

Critica è la situazione del sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, il quale si compone di 16 Unità Operative Territoriali (UOT), per un organico teorico, a capienza piena, di 96 Medici di Emergenza Territoriale incaricati.

Nel corso degli ultimi anni il servizio ha visto ridursi progressivamente il numero di medici incaricati fino a raggiungere, all'ultima rilevazione, un organico inferiore alle 26 unità, con il ricorso ai turni aggiuntivi ed alle reperibilità aggiuntive che rappresentano, al momento, l'unico strumento per garantire l'erogazione del servizio stesso al massimo delle possibilità.

Le parti firmatarie del presente accordo condividono l'assoluta necessità di potenziare significativamente, attraverso il presente A.I.R., il sistema di Assistenza Territoriale regionale, allo scopo di garantire un servizio adeguato alle nuove necessità di salute della popolazione e basato sui dati aggiornati e sulle esigenze del territorio, implementando un modello organizzativo moderno, appropriata ed efficiente, allo scopo di evolvere le Cure Primarie regionali valorizzando i nuovi modelli organizzativi e le strutture del DM n.77/2022, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.) e le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.) dei Medici di Medicina Generale (M.M.G.), normando la medicina penitenziaria ed rendendo nuovamente attrattivo il servizio regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Sommario

| | |
|---|-----------|
| CAPO I PARTE GENERALE | 8 |
| Art. 1 - ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO | 8 |
| Art. 2 - GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI (Art. 19 A.C.N.)..... | 9 |
| Art. 3 - COMITATO REGIONALE (Art. 11 A.C.N.) | 11 |
| Art. 4 - COMITATO AZIENDALE ED UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI CONVENZIONATI (Aarrrtt. 12, 25 A.C.N.) | 12 |
| Art. 6 - IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA..... | 14 |
| Art. 7 - RIMBORSO SPESE (Art. 17 A.C.N.)..... | 15 |
| Art. 8 - FORMAZIONE ED ATTIVITA' DIDATTICA (Art. 26, 27 A.C.N.)..... | 15 |
| Art. 9 - PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE (P.F.A.) (Art. 26 A.C.N.)..... | 16 |
| Art. 10 - SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALE (ART 6, 8, 29, 45 A.C.N.) | 17 |
| Art. 11 - DEBUROCRATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI: | 19 |
| Art. 12 - DIRITTO DI SCIOPERO PER LA MEDICINA GENERALE (Art. 18 A.C.N.) | 20 |
| CAPO II: RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA | 22 |
| Art. 13 - MASSIMALI E SUE LIMITAZIONI (Art. 38 A.C.N.)..... | 22 |
| Art. 14 - TELE-PRENOTAZIONI DI VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI (CUP PASS)..... | 23 |
| Art. 15 - QUOTA DEL FONDO DI PONDERAZIONE (Art. 47 c.2 A/VI) | 24 |
| Art. 16 - QUOTA VARIABILE DI GOVERNO CLINICO (ART. 47 c.2/B ACN)..... | 24 |
| Art. 17 - CURE DOMICILIARI (Art. 47 comma 2, lettere C/II,C/III, Allegati 8,9 A.C.N.)..... | 26 |
| Art. 18 - PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE E DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO (Art. 47 comma 2, lett. C/I - Allegato 6 A.C.N., lett. E) | 27 |
| Art. 19 - FONDO AZIENDALE FATTORI PRODUTTIVI (Art. 47 comma.2/D A.C.N.) | 29 |
| Art. 20 - INDENNITA' DIGITALE | 30 |
| Art. 21 - INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO | 30 |
| Art. 22 - INDENNITA' DI COLLABORATORE INFERMIERISTICO | 31 |
| Art. 23 - INDENNITA' DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI AFT | 31 |
| Art. 24 - GLI SPOKE DI AFT (ex medicine di gruppo) | 33 |
| Art. 25 - INDENNITA' DI AREE DISAGIATE (ART. 47 c.2 lettera E): | 36 |
| Art. 26 - REQUISITI DEGLI STUDI E LIBERA PROFESSIONE (Art. , 28, 35 ACN)..... | 36 |
| Art. 27 - ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO (Art. 44 A.C.N.)..... | 38 |
| CAPO III: LE A.F.T. E LE U.C.C.P. DELLA MEDICINA GENERALE | 39 |
| Art. 28 - LE AFT DELLA MEDICINA GENERALE (Art.29 A.C.N.) | 39 |
| Art. 29 - RAPPORTO OTTIMALE (Art. 32 A.C.N.)..... | 41 |
| Art. 30 - DEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI SCELTA E RILEVAZIONE DELLE ZONE CARENTI (Art. 32 A.C.N.) ... | 43 |
| Art. 31 - PROCEDURE DI MOBILITA' ED ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI (Art. 32 A.C.N.) | 44 |
| Art. 32 - IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTUALE (Art. 44 A.C.N.) | 46 |
| Art. 33 - ATTIVITA' A CICLO ORARIO DIURNA DELLE AFT (Art. 44 ACN) | 47 |
| Art. 34 - RAPPORTI DEI MEDICI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA CON IL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA (Art. 44 comma 4/c A.C.N.) | 48 |
| Art. 35 - ASSEGNAZIONE DI ATTIVITA' ORARIA E SOSTITUZIONI | 49 |
| Art. 36 - SOSTITUZIONI DI ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA NELL'AMBITO DELLA AFT | 52 |

| | |
|---|-----------|
| Art. 37 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI (Art. 22 A.C.N.)..... | 53 |
| Art. 38 - INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE DI AFT (Art. 29 comma 12, Art. 30 A.C.N.)..... | 55 |
| Art. 39 - COMPITI E REMUNERAZIONE DEL REFERENTE DI AFT (Art. 30 A.C.N.)..... | 56 |
| Art. 40 - LE UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE U.C.C.P. (Art. 9 A.C.N.)..... | 57 |
| Art. 41 - IL MMG COORDINATORE O VICE COORDINATORE DI U.C.C.P. (Art. 10 A.C.N.)..... | 59 |
| Art. 42 - COMPITI E REMUNERAZIONE DEL MMG INCARICATO COME COORDINATORE O VICE COORDINATORE DI UCCP (Art. 10 A.C.N.) | 60 |
| CAPO IV ULTERIORI DISPOSIZIONI..... | 62 |
| Art. 43 - TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ..... | 62 |
| Art. 44 - VISITE OCCASIONALI E ASSISTENZA AI TURISTI (Art. 46 A.C.N.)..... | 63 |
| Art. 45 - SUBENTRO NEL RAPPORTO CONVENZIONALE (Allegato 5 A.C.N.)..... | 64 |
| Art. 46 - TRATTENIMENTO IN SERVIZIO OLTRE IL SETTANTESIMO ANNO DI ETÀ E CESSAZIONE DELL'INCARICO..... | 66 |
| Art. 47 - MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE..... | 67 |
| Art. 48 - DISPOSIZIONI EMERGENZIALI IN CASO DI CARENZA DI MEDICI A CICLO DI SCELTA | 67 |
| Art. 49 - RICOLLOCAZIONE DEL MEDICO NON IDONEO AI COMPITI PROPRI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA 68 | |
| CAPO V MEDICINA PENITENZIARIA | 70 |
| Art. 51 - COMITATO AZIENDALE (Art. 12 ACN)..... | 71 |
| Art. 52 - ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICINA PENITENZIARIA | 71 |
| Art. 53 - INCARICHI DI SOSTITUZIONE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI..... | 72 |
| Art. 54 - RESPONSABILE DI PRESIDIO AREA SANITARIA | 73 |
| ART. 55 - COMPITI DEL RESPONSABILE DI PRESIDIO DI SANITA' PENITENZIARIA | 73 |
| Art. 56 - TRATTAMENTO ECONOMICO;..... | 74 |
| Art. 57 - PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO - CONGEDO MATRIMONIALE | 75 |
| Art. 58 - ASSENZE PER MALATTIE E GRAVIDANZA..... | 75 |
| CAPO VI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE..... | 76 |
| Art. 60 - PROCEDURE DI INDIVIDUAZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI..... | 77 |
| Art. 62 - COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E SERVIZI AGGIUNTIVI IN FAVORE DI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI | 78 |
| Art. 62 - MASSIMALE ORARIO | 80 |
| Art. 63 - REPERIBILITÀ | 80 |
| Art. 64 - INDENNITÀ DI RISCHIO | 80 |
| Art. 65 - INDENNITÀ DIGITALE | 81 |
| Art. 66 - TRATTAMENTO ECONOMICO | 81 |
| Art. 67 - SUPER FESTIVI E RIPOSO ANNUALE | 82 |
| Art. 68 - DISPOSIZIONI EMERGENZIALI PER CARENZA DI MEDICI TITOLARI DA INCARICARE NELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE..... | 82 |
| Art. 69 - FORMAZIONE DEI MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE..... | 84 |
| NORME TRANSITORIE E FINALI | 85 |
| NORMA TRANSITORIA N.1 | 85 |
| NORMA TRANSITORIA N.2 | 88 |
| NORMA TRANSITORIA N.3 | 88 |
| NORMA TRANSITORIA N.4 | 90 |
| NORMA TRANSITORIA N.5 | 90 |
| NORMA TRANSITORIA N.6 | 90 |

| | |
|--|------------------|
| NORMA TRANSITORIA N.7 | 91 |
| <i>NORME FINALI</i> | <i>91</i> |
| <i>DICHIARAZIONI A VERBALE.....</i> | <i>93</i> |
| DICHIARAZIONE A VERBALE N.1 | 93 |
| DICHIARAZIONE A VERBALE N.2 | 94 |
| <i>ALLEGATI.....</i> | <i>94</i> |
| Articolo 1..... | 94 |
| Articolo 2..... | 96 |
| Articolo 3..... | 97 |
| Articolo 4..... | 98 |
| Articolo 5..... | 99 |
| Articolo 6..... | 100 |
| Articolo 7..... | 106 |
| Articolo 8..... | 107 |

CAPO I PARTE GENERALE

Art. 1 - ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO

- 1) Il presente Accordo Integrativo Regionale (da qui A.I.R.) recepisce le disposizioni di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024 - triennio economico 2019 -2021 (da qui A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (da qui M.M.G.) ed ha durata dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise (B.U.R.M.) fino all'entrata in vigore del nuovo A.I.R. relativo al successivo Accordo Collettivo Nazionale.
- 2) Nel caso che si verifichi l'intervento, in corso di validità del presente accordo, di normative legislative nazionali o regionali che ne modifichino l'applicabilità, le parti concordano l'immediata riapertura del tavolo di trattativa per le opportune modifiche e/o integrazioni.
- 3) Nel caso che si verifichi l'intervento, in corso di validità del presente accordo, di normative contrattuali nazionali a carattere economico, prevalgono quelle più favorevoli.
- 4) Entro 15 giorni e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo:
 - a) L'ASReM avvia e porta a termine le norme transitorie n.1 e n.2;
 - b) L'ASReM istituisce il Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale (C.F.R.M.G.) di cui all'Art.8 del presente accordo;
 - c) L'ASReM convoca il Comitato Aziendale per approvare il regolamento interno delle A.F.T. e provvede all'incarico dei referenti come previsto dalla norma transitoria n.4 del presente accordo;
 - d) Il Comitato Aziendale approva contestualmente a quanto previsto dalla lettera precedente i criteri di selezione e predispone pubblico avviso per le manifestazioni di interesse per incarichi nelle Strutture di Coordinamento delle U.C.C.P. e provvede alle nomine;
 - e) I Distretti, successivamente al completamento delle precedenti lettere c) e d), provvedono a rinnovare e ad attivare gli U.C.A.D. come previsto dal presente accordo;

f) I Distretti provvedono a riorganizzare i punti erogativi di attività a ciclo orario in modo coerente con la programmazione regionale, attivando modelli organizzativi assimilabili ad Ambulatori Diurni di A.F.T. e/o punti erogativi di Continuità Assistenziale anche mediante soluzioni provvisorie nel caso non siano stati completati i lavori delle Case di Comunità, in coerenza con le indicazioni regionali di riferimento.

5) Il Capo V ed il Capo VI del presente accordo entrano in vigore con la pubblicazione sul B.U.R.M. dello stesso

6) Il presente accordo, per quanto il settore del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, le A.F.T. e le U.C.C.P., entra in vigore a decorrere dall'attuazione, da parte dell'ASReM, del D.C.A. di definizione nuovo modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza ovvero dalla rimodulazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ivi compresa la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale, in coerenza con quanto determinato dalla norma transitoria n.7 del presente accordo.

7) Nelle more del termine di cui al precedente comma 6, sono prorogate le attività di cui ai Decreti del Commissario ad Acta (D.C.A.) n.76/2025 e n.86/2025, e è altresì prorogata l'attività del Nucleo di coordinamento delle attività sperimentali inerenti le strutture ed i modelli organizzativi del DM n.77/2022 di cui al D.C.A. n.114/2025 fino alla piena attivazione di tutte le Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità previsti dalla programmazione regionale.

Art. 2 - GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI (Art. 19 A.C.N.)

- 1) I medici da incaricare a tempo indeterminato nella convenzione della Medicina Generale (M.G.) sono tratti da una graduatoria unica regionale in conformità con l'A.C.N., Art. 19, commi da 1 a 5.
- 2) Al fine di dare evidenza a quanto previsto dai commi 8 e 9 del predetto articolo, la graduatoria indica la sussistenza di eventuale incarico a tempo indeterminato in atto, ferma restando la possibilità per il medico di partecipare alle carenze per il medesimo settore oppure per la partecipazione a bandi per carenze in altro settore, laddove consentito, previa dimissione dal precedente incarico entro l'invio della domanda di cui all'articolo 34 comma 4 A.C.N.
- 3) Ai fini della determinazione del punteggio, sono computati quale "servizio effettivo" i periodi di astensione di cui all'Art 20 comma 4 A.C.N.

- 4) L'ASReM pubblica entro il 31 gennaio l'avviso per la formulazione della graduatoria di cui all'Art.19 comma 6 A.C.N. per incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione, o per coprire carenze residue di attività a ciclo di scelta e/o oraria.
- 5) Nel bando di cui al comma precedente, i medici che fanno domanda indicano l'eventuale preferenza per l'esercizio delle tipologie di attività a ciclo orario, selezionando uno o più Distretti dell'ASReM. Nel caso il medico non indichi una preferenza, viene considerato disponibile presso tutti i Distretti.
- 6) Dalla graduatoria aziendale sono formulate le graduatorie Distrettuali di disponibilità per le attività a ciclo orario residue, ove i medici sono graduati secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti alla graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici non iscritti in graduatoria regionale ma in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale o titolo equipollente, con priorità per i medici già titolari in regione ordinati per anzianità di incarico;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in regione Molise, ordinati per anno di corso decrescente, poi per la minore età alla laurea, voto di laurea e infine anzianità di laurea;

d) medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in altre regioni, ordinati per anno di corso decrescente, poi per la minore età alla laurea, voto di laurea e infine anzianità di laurea;

e) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

f) medici iscritti a un corso di specializzazione universitaria;

In tutte le categorie di cui alle lettere precedenti viene data la precedenza ai medici residenti in regione Molise. In caso di parità di residenza prevalgono, nell'ordine: la minore età alla laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea come da Art. 20 comma 6 ACN vigente.

- 7) E' facoltà dell'ASReM pubblicare ulteriori avvisi per la formulazione di graduatorie o elenchi di disponibilità, eventualmente anche per singole A.F.T. o U.C.C.P., o in funzione di incarichi dedicati a specifiche progettualità a ciclo orario e/o di scelta, o che richiedano particolari requisiti.
- 8) In caso di domande pervenute oltre il termine di 30 giorni di cui all'Art.19, comma 7 A.C.N., è facoltà di ASReM inserire i richiedenti nelle graduatorie Distrettuali nelle ultime posizioni successivamente ai medici di cui al precedente comma 6, lett. f), sentito il parere del Comitato Aziendale.

Art. 3 - COMITATO REGIONALE (Art. 11 A.C.N.)

- 1) Le parti firmatarie del presente accordo condividono, per la durata del commissariamento alla sanità regionale, che il Commissario ad Acta alla Sanità e/o il Sub Commissario siano integrati nel comitato regionale come membri di diritto di parte pubblica in luogo dell'assessore alla sanità.
- 2) Il comitato regionale è il luogo della programmazione strategica delle attività della M.G. e del monitoraggio della spesa, oltre che della riassegnazione delle risorse che si renderanno eventualmente disponibili:
 - a) Per il graduale riequilibrio delle azioni dall'ospedale verso il territorio;
 - b) A seguito dell'eventuale revisione dell'impianto organizzativo dell'assistenza territoriale;
 - c) Per maggiori finanziamenti o per avanzi delle quote variabili o di altre indennità del fondo dei fattori produttivi
- 3) Entro il 31 dicembre di ogni anno il Comitato Regionale procede agli adempimenti di cui al comma precedente quantificando in un fondo specifico l'entità delle risorse che si renderanno disponibili al potenziamento della M.G. e ne definisce l'allocazione più opportuna per l'anno successivo.
- 4) Il comitato regionale, entro il 31 gennaio di ogni anno, individua e programma le attività assistenziali dei propri territori ed assegna le risorse alle diverse A.F.T. relativamente a specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico attraverso specifici accordi con le O.O.S.S.
- 5) Il comitato regionale è deputato a definire, monitorare ed eventualmente revisionare gli obblighi relativi ai flussi informativi di cui all'Art. 6 dell'A.C.N.
- 6) Le parti firmatarie del presente accordo riconoscono al comitato regionale il compito di dirimere, anche su richiesta di parte sindacale, eventuali questioni interpretative ed applicative che possano incidere sulla attività convenzionale e sul servizio di assistenza territoriale derivanti dall'intervento di provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura o dall'applicazione del presente A.I.R., con particolare riferimento alle potenziali difficoltà tecniche derivanti dall'implementazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., al calcolo dei fabbisogni assistenziali, o comunque da altre parti dello stesso.

Art. 4 - COMITATO AZIENDALE ED UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI CONVENZIONATI (Aarrtt. 12, 25 A.C.N.)

- 1) Data la presenza di una singola Azienda Sanitaria Locale per la regione Molise (ASReM), al fine di semplificare i processi decisionali ed ottimizzare le attività, il comitato Aziendale, le cui funzioni principali sono quelle di cui all'Art. 12 A.C.N., implementa, di norma, come componenti di parte pubblica, i Direttori dei Distretti o loro delegati e, una volta istituito, il M.M.G. Direttore del Dipartimento di Medicina Generale o suo delegato.
- 2) In sede di comitato Aziendale sono definite le modalità di coinvolgimento e partecipazione dei M.M.G. alle attività di cui all'Art.3, comma 4, del presente accordo.
- 3) Nell'ambito della procedura relativa ai procedimenti di contestazione, il comitato aziendale propone i nominativi di tre medici di medicina generale, tra i quali il direttore generale l'ASReM andrà a nominare il rappresentante per l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari Convenzionati (U.P.D.C.) previsto dall'Art 25 comma 3 dell'A.C.N. Il successivo incarico segue la medesima procedura.

Art. 5 - UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI (U.C.A.D.) (Art. 45 A.C.N.)

- 1) Le parti firmatarie del presente accordo riconoscono nell'U.C.A.D. l'organo fondamentale di raccordo funzionale, coordinamento ed integrazione delle attività di Assistenza Territoriale, nonché di armonizzazione dei percorsi e dei processi clinici, organizzativi e gestionali tra le attività dei M.M.G., degli specialisti e dei contenuti del DM n.77/2022 nell'ambito del distretto di riferimento.
- 2) L'U.C.A.D. ha il compito di coadiuvare il Direttore di Distretto relativamente al monitoraggio, la programmazione ed il controllo delle attività territoriali e della Medicina Generale concorrendo a definire i percorsi specifici, le linee guida operative ed i protocolli operativi delle A.F.T. e delle U.C.C.P.
- 3) L'U.C.A.D. viene integrato nella sua composizione con il coordinatore ed il vice coordinatore di U.C.C.P. ed i referenti delle A.F.T. distrettuali, e nella prima riunione individua il proprio regolamento interno.
- 4) Il Direttore di Distretto può ammettere a partecipare alle riunioni dell'U.C.A.D. altri rappresentanti o professionisti utili ad affrontare le tematiche di competenza o alla risoluzione delle problematiche che si presentino.
- 5) L'U.C.A.D.:

- a) è il terminale territoriale della rete per il monitoraggio delle attività relative all'appropriatezza, ove l'audit è utilizzato come strumento di gestione e risoluzione delle controversie, ed avviene il controllo delle attività;
- b) definisce, in coerenza con quanto previsto dal presente A.I.R. e con quanto approvato dal comitato aziendale, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P.;
- c) aggiorna la Banca delle Ore Distrettuale mediante il debito orario dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria titolari ed effettua la programmazione trimestrale delle attività orarie.
- d) Determina nello specifico le attività ed i compiti dei MMG incaricati nell'ambito delle attività a ciclo orario di U.C.C.P., in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale;
- e) Effettua il monitoraggio costante dei flussi informativi in relazione alle attività degli singoli M.M.G., delle A.F.T. e delle U.C.C.P.;
- f) Propone iniziative di formazione, aggiornamento, revisione e verifica della qualità ritenute maggiormente utili ad armonizzare le attività della medicina generale in relazione al Programma delle Attività Territoriali (P.A.T.) ed alle attività Distrettuali;
- g) E' deputato a determinare, al livello distrettuale, le specifiche dei processi organizzativi ed operativi delle attività orarie, l'eventuale modulistica interna, le procedure operative dell'audit, le modalità di comunicazione tra i servizi ed ogni altra attività specifica utile al miglioramento delle attività dell'Assistenza Territoriale del Distretto.

6) Le funzioni previste per l'organismo di cui all'articolo 45 comma 8 A.C.N. vigente sono implementate nell'U.C.A.D., il quale assolve a quanto previsto dalla normativa vigente in merito ad appropriatezza prescrittiva e certificativa nei tempi previsti, esamina preliminarmente i casi sottoposti dall'ASReM o dalle segnalazioni dei singoli medici, compresi quelli previsti dalla legge 425/96.

7) L'U.C.A.D. si riunisce, di norma, a cadenza trimestrale, fermo restando il monitoraggio continuo dei flussi e delle attività.

8) I membri dell'U.C.A.D. possono convocare anche singolarmente una riunione inoltrando richiesta via PEC con un preavviso stabilito, di norma, in 10 giorni.

9) Al medico di medicina generale componente dell'U.C.A.D. è corrisposto dall'ASReM inoltre un compenso orario pari a 6 ore mensili legate alle attività di funzione specifica, detraibili, su base volontaria, dal debito orario del Ruolo Unico; tale compenso è parametrato sulla quota oraria base per le attività assistenziali a ciclo orario di cui al presente accordo, pari a 38,13 Euro.

10) L'ASReM provvederà a modificare ed integrare l'Atto Aziendale nella parte relativa l'U.C.A.D. in coerenza con quanto previsto dal presente accordo.

Art. 6 - IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA

1) La rete funzionale della regione Molise relativa al sistema dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa e clinico-assistenziale, in riferimento alle attività di tutti i soggetti dipendenti e convenzionati, è organizzato in una rete funzionale a 3 livelli:

- a) Un livello regionale, rappresentato dal Comitato Regionale di cui all'Art.3 del presente Accordo;
- b) Un livello aziendale, rappresentato dalla Commissione Aziendale per l'Appropriatezza Prescrittiva, Organizzativa e Clinico - Assistenziale;
- c) Un livello distrettuale, rappresentato dall' U.C.A.D.

2) Il Comitato Regionale ha funzione di indirizzo e programmazione, ed individua linee guida e progettualità utili a minimizzare l'impatto riconducibile all'inappropriatezza, e concorre alla definizione degli obiettivi relativi l'appropriatezza da raggiungere per la direzione aziendale.

3) La Commissione Aziendale per l'Appropriatezza Prescrittiva, Organizzativa e Clinico - Assistenziale è presieduta dal direttore generale dell'ASReM o dal suo delegato, ed ha la funzione di implementare e monitorare quanto stabilito dal comitato regionale e determinare le successive indicazioni operative, fermo restando il ruolo dell'U.C.A.D. nella gestione dei contenziosi relativi l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'utilizzo dell'audit come previsto dall'Art. 5, comma 5 del presente accordo.

4) Il comitato aziendale approva, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, le procedure ed il regolamento aziendale relativo all'audit.

5) Entro 90 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo., l'ASReM individua i componenti della Commissione Aziendale per l'Appropriatezza, che prevede almeno un M.M.G. come membro titolare ed un vice vicario, un rappresentante ed un vice vicario per gli specialisti dipendenti, un rappresentante ed un vice vicario per gli specialisti ambulatoriali convenzionati, ed un rappresentante ed un vice vicario per i P.L.S..

Art. 7 - RIMBORSO SPESE (Art. 17 A.C.N.)

1) Ai componenti di parte medica convenzionati nella Medicina Generale presenti nei Nuclei, nei Comitati, nelle Commissioni e negli Uffici previsti dall'A.C.N. e dal presente A.I.R., ivi compresi l'U.C.A.D. e l'U.P.D.C., l'ASReM corrisponde, per ciascuna seduta, un rimborso forfettario pari ad Euro 100 per la partecipazione in presenza, da liquidare nel mese successivo.

2) La partecipazione alle riunioni dei comitati, delle commissioni e degli Uffici previsti dall'A.C.N. e dal presente A.I.R., ivi compresi l'U.C.A.D. e l'U.P.D.C., dei medici con debito di attività oraria è considerata attività di servizio come previsto dall'Art.17, comma 1 A.C.N., ed è parametrata ad un turno di 6 ore, da retribuire in aggiunta al compenso di cui al comma precedente, ai sensi della quota oraria base di cui al presente accordo pari ad Euro 38,13 fatti salvi i successivi incrementi contrattuali, che potranno essere detratte, su base volontaria, dal debito orario del medico.

Art. 8 - FORMAZIONE ED ATTIVITA' DIDATTICA (Art. 26, 27 A.C.N.)

1) E' istituito presso l'ASReM il Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale (C.F.R.M.G.), il quale adempie a quanto previsto dall'Art. 27 commi 2 e 3 dell'A.C.N.

2) Il C.F.R.M.G. ha mandato triennale ed è composto per un minimo del 50% da M.M.G. attivi convenzionati presso la regione Molise proposti dalle O.O.S.S. firmatarie del presente accordo secondo un criterio di rappresentanza per consistenza associativa precedentemente determinato dal Comitato Aziendale, purchè dotati di adeguato curriculum.

3) Il Comitato Aziendale individua i criteri di valutazione dei curricula dei M.M.G. di cui al comma precedente, effettua dunque le valutazioni degli stessi ed approva le nomine oltre che gli eventuali subentri a seguito di dimissioni o cessazione dell'incarico per qualsiasi altro motivo.

4) Il C.F.R.M.G. provvede alla stesura del Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.), coerentemente con le attività ed i progetti inerenti le attività e gli obiettivi e le attività delle A.F.T. e le U.C.C.P. previsti dalla programmazione regionale, anche in funzione di eventuali sperimentazioni.

5) Il C.F.R.M.G. collabora con l'Università e con gli Ordini dei Medici all'analisi ed alla risoluzione delle problematiche relative alla didattica e al percorso per la laurea in Medicina e Chirurgia e per la pianificazione dei tirocini nell'ambito delle cure territoriali.

6) Il C.F.R.M.G. approva e definisce i criteri e i requisiti di accreditamento e di coinvolgimento dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Medicina Generale (Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.) nonché il rispetto dei criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.

7) L'ASReM corrisponde ai docenti di medicina generale e gli animatori di formazione, per la loro attività, ivi compresi attività seminariali, un compenso pari a 300 Euro lordi più IVA per ogni seminario.

Art. 9 - PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE (P.F.A.) (Art. 26 A.C.N.)

1) Entro 30 giorni dall'individuazione delle attività di cui all'Art.3, comma 4 del presente accordo, il C.F.R.M.G. redige il Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) in coerenza con gli obiettivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P. e con la programmazione regionale per l'anno di riferimento.

2) La progettazione ed il coordinamento di ognuno dei corsi del P.F.A. è affidato ad un animatore aziendale di formazione.

3) Almeno il 50% dei docenti coinvolti nelle attività di formazione saranno individuati tra i M.M.G. animatori di formazione aziendale.

4) L'ASReM può svolgere la funzione di provider E.C.M. o in alternativa incaricare uno o più provider esterni, o altresì svolgere la funzione di co-provider. In ogni caso devono essere rispettati i criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.

5) Le attività di formazione dei M.M.G. individuate nel P.F.A. vengono erogate, di norma, al livello distrettuale anche per singole A.F.T. e possono svolgersi, come previsto dall'articolo 26 comma 7 dell'A.C.N., in orario diurno o serale dal lunedì al sabato, in modalità presenziale o in forma di FAD sincrona o mista, fatta salva la possibilità di ricorrere altresì alla formazione asincrona.

6) Le A.F.T. e le U.C.C.P. garantiscono la continuità dell'assistenza per gli assistiti dei medici che partecipano alle attività di formazione attraverso una congrua rimodulazione delle proprie attività a ciclo di scelta e/o oraria, anche mediante l'utilizzo di medici con incarico di sostituzione specificatamente dedicato alla copertura delle ore di formazione, secondo modalità individuate dall'U.C.A.D..

7) In previsione dell'applicazione del DM n.77/2022, l'attività formativa nei confronti dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria dovrà dare priorità ai seguenti temi:

- Appropriatelyzza organizzativa, clinica e prescrittiva;
- Digitalizzazione dei processi ed alimentazione dei flussi informativi, standardizzazione dei dati;
- Aspetti relativi al lavoro in team multiprofessionali e modalità di integrazione/interazione tra i Medici del Ruolo Unico e gli altri professionisti medici e sanitari dipendenti e convenzionati con il S.S.R.
- Sviluppo dei rapporti interprofessionali, ed empowerment
- Sviluppo di ulteriori competenze avanzate sulla gestione dei pazienti cronici e complessi anche attraverso la medicina di iniziativa e sul primo livello di cure per i pazienti oncologici;
- Utilizzo delle apparecchiature per la diagnostica di primo livello;
- Utilizzo della telemedicina con particolare riferimento alla normativa vigente ad alle modalità di erogazione delle prestazioni come la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio etc.;

Le iniziative regionali ed aziendali di formazione che vengono effettuate si svolgono nel limite di 40 ore annue secondo le modalità definite dal presente accordo.

Art. 10 - SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALE (ART 6, 8, 29, 45 A.C.N.)

1) Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di dare un assetto organico ed unificato al sistema di flussi informativi sanitari regionale mediante strumenti informatici e digitali che consentano l'attuazione di quanto previsto dal presente articolo in coerenza con l'A.C.N., garantendo il rispetto delle vigenti normative in tema di tutela della privacy e di protezione dei dati sensibili.

2) Tutti i M.M.G. con incarico a ciclo di scelta sono dotati di sistemi gestionali, reti e piattaforme informatiche al fine di confluire i dati di attività delle A.F.T. nella piattaforma unica Aziendale e/o Regionale dei flussi informativi.

3) Gli strumenti di cui al comma precedente dovranno essere in grado di assolvere alle seguenti funzioni minime fondamentali, atte a garantire la piena operatività delle AFT in conformità a quanto previsto dall'A.C.N.:

a) Monitoraggio delle attività, degli obiettivi e dei livelli di performance di cui all'Art. 29 comma 11 A.C.N. e degli obiettivi di cui all'Art. 16 del presente A.I.R., anche in relazione alle attività di supervisione e coordinamento degli obiettivi del referente di A.F.T.

b) Collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti utili a realizzare quanto previsto dall'Art. 29 comma 9 A.C.N. e dall'Art. 43 comma 7/b.

4) Tutti i dati, sia in forma singola che in forma aggregata per i singoli medici, per A.F.T. e per U.C.C.P., dovranno essere accessibili in tempo reale ai Referenti di A.F.T. ed ai loro vice, ai Coordinatori di U.C.C.P. ed ai loro Vice su un apposito cruscotto virtuale, e la rete dovrà comprendere anche gli ambulatori Diurni di A.F.T., la Continuità Assistenziale ed ogni altro punto erogativo di Assistenza Primaria a ciclo orario.

5) La Regione Molise mette a disposizione di tutti i medici dipendenti e convenzionati con il S.S.R., ospedalieri e territoriali, una piattaforma informatica unica integrata con i software gestionali dei M.M.G. e dei P.L.S. e dei medici impiegati nei servizi a ciclo orario che consenta di:

a) Realizzare il pieno collegamento funzionale tra le A.F.T., e tra queste e le U.C.C.P., e gli specialisti territoriali ed ospedalieri per una presa in carico continuativa e multilivello;

b) Ottimizzare i processi di presa in carico globale e ridurre il carico burocratico dei M.M.G. attraverso l'inserimento delle prestazioni a particolare impegno professionale, l'incorporazione automatica dei referti prodotti dagli specialisti dipendenti e convenzionati del S.S.R. nelle cartelle cliniche informatizzate, e l'implementazione automatica del Patient Summary nel F.S.E. (Fascicolo Sanitario Elettronico) delle informazioni prodotte dall'accesso al M.M.G. tramite il collegamento con i software gestionali.

c) Notificare e monitorare le variazioni anagrafiche e delle esenzioni da parte dell'ASReM ai M.M.G. e P.L.S. che hanno in carico gli assistiti;

d) Notificare e monitorare l'accesso al servizio degli ambulatori diurni di Medicina Generale di A.F.T., al servizio di Continuità Assistenziale, al pronto soccorso o a qualsiasi altro servizio dell'ASReM e del S.S.R. con l'inoltro automatico del referto e delle eventuali prescrizioni al M.M.G., e con l'aggiornamento automatico del Patient Summary;

e) Monitoraggio dello stato vaccinale e della partecipazione alle campagne di screening;

f) Gestire i processi dell'Assistenza Domiciliare, ivi compresa la rendicontazione degli accessi e delle prestazioni aggiuntive;

g) Monitoraggio ed aggiornamento del Piano di Assistenza Individuale, quando integrato e regolamentato in successivo A.I.R.;

6) La regione e le O.O.S.S. condividono la necessità di riaprire immediatamente il tavolo di trattativa una volta che sia stata valutata positivamente ed approvata in sede di comitato regionale la piena operatività della piattaforma di cui al comma precedente, allo scopo di determinare gli obblighi di cui all'Art. 6, commi 1 e 3 dell'A.C.N. 04 aprile 2024, con particolare riferimento agli aspetti relativi al F.S.E. e quelli relativi al Patient Summary.

7) In applicazione dell'Art. 45 comma 6 A.C.N. , al fine di garantire il rispetto degli obblighi inerenti la tematica dell'appropriatezza prescrittiva e certificativa, la Regione si impegna ad adottare entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo misure finalizzate all'emissione diretta e sistematica della ricetta dematerializzata da parte dei medici specialisti dipendenti e convenzionati con l'ASReM e con il S.S.R.

8) La Regione si impegna altresì ad implementare entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente A.I.R. misure utili alla prescrizione diretta, attraverso ricetta dematerializzata, degli accertamenti e delle terapie indicate o suggerite da parte degli specialisti del settore privato e/o accreditato.

9) Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo sarà implementato un sistema informatico rapido di segnalazione delle eventuali inappropriately o omissioni riguardo l'attività prescrittiva e certificativa disponibile a tutti gli operatori, integrato con gli Uffici di Relazione col Pubblico (U.R.P.).

10) La regione Molise si impegna, successivamente all'entrata in vigore del presente accordo, a sviluppare o a valutare l'acquisto di un software gestionale di studio unico da fornire gratuitamente ai M.M.G. di tutta la regione, fatto salvo l'obbligo di dotare comunque tutti i punti erogativi di assistenza primaria ad attività oraria degli standard previsti dall'Allegato n.1 del presente accordo.

Art. 11 - DEBUROCRATIZZAZIONE E DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI:

1)La regione Molise e le O.O.S.S. firmatarie del presente accordo condividono come obiettivo strategico la riduzione del carico burocratico gravante sui MMG a tutela della continuità delle cure e dell'attività clinica.

2) Il Comitato Aziendale è l'organo deputato ad intraprendere misure specifiche utili alla deburocratizzazione attraverso riunioni periodiche da tenersi almeno a cadenza quadrimestrale per monitorare l'avanzamento dei lavori ed eventualmente aggiornare gli obiettivi.

3) Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente A.I.R., l'ASReM provvede:

- a) All'eliminazione di tutta la modulistica cartacea attualmente in vigore per le procedure burocratiche, ivi comprese le pratiche per l'attivazione dei percorsi di Cure

Domiciliari, di Cure Palliative, le varie schede di valutazione e appropriatezza e qualsiasi altro tipo di processo le quali vengono implementate in un unico flusso-sistema digitale facente capo alla Centrale Operativa Territoriale di riferimento;

- b) A semplificare tutta la modulistica di cui alla lettera precedente e di tutta quella necessaria agli obblighi di cui all'A.C.N. ed al vigente A.I.R., riducendo al minimo i campi di testo da scrivere in luogo della modalità in selezione tra opzioni multiple;
- c) A stilare apposito elenco di proposte di ottimizzazione rispetto ai processi di presa in carico e gestione multidisciplinare dei pazienti complessi.

4) I M.M.G. non sono obbligati a compilare qualsiasi tipo di modulo o ad assolvere ulteriori oneri burocratico amministrativi al di fuori di quelli espressamente previsti dall'A.C.N., dal presente accordo o successivamente approvati in sede di Comitato Regionale o Aziendale.

5) All'entrata in vigore del presente accordo tutte le schede di trattamento regionali per la prescrizione farmacologica precedentemente approvate sono abolite.

Art. 12 - DIRITTO DI SCIOPERO PER LA MEDICINA GENERALE (Art. 18 A.C.N.)

1) La regolamentazione del diritto di sciopero viene effettuata in attuazione di quanto disposto dalla legge 12 giugno 1990, n.146 ("Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente garantiti, Istituzione della Commissione di Garanzia dell'attuazione della legge"), come modificata dalla legge 11 aprile 2000, n.83 ("Modifiche ed integrazioni della legge 12 giugno 1990, n. 146, in materia di esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati") e, in ottemperanza alle deliberazioni della Commissione di Garanzia per l'attuazione della Legge sullo sciopero nei Servizi Pubblici Essenziali, con particolare riguardo al contemperamento del diritto dell'utenza.

2) Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei M.M.G. convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

3) La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli regionale e aziendale sulla base della estensione rispettivamente regionale o aziendale dello sciopero stesso.

4) Sono azioni indispensabili di assistenza primaria, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00 e successive modificazioni e integrazioni: le visite

domiciliari non differibili, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori azioni definite indispensabili nell'ambito del presente Accordo. Per lo svolgimento delle attività di cui sopra è prevista la contattabilità del medico di ruolo unico in sciopero.

5) Nel campo del ruolo unico a quota oraria, oltre a quelle previste dal precedente comma per quanto di competenza, sono azioni indispensabili gli interventi ambulatoriali di cui all'Art. 43 comma 7 limitatamente agli aspetti diagnostici e terapeutici. Sono ritenute azioni indispensabili per la quota oraria:

- visite domiciliari non differibili oltre la fine del turno di lavoro;
- visite domiciliari a pazienti in ADI;
- constatazioni di decesso.

6) Le azioni di cui ai commi 4 e 5, in caso di sciopero della categoria dei M.M.G. convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi Capi dell'A.C.N.

7) Il medico convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto all'Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

8) I M.M.G. che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N.

9) In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

10) In conformità ai contingenti di cui al comma successivo l'ASReM individua, in occasione degli scioperi dei medici delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico, di medicina dei servizi territoriali, di medicina penitenziaria e di emergenza sanitaria territoriale, i nominativi dei medici tenuti alle azioni indispensabili ed esonerati dallo sciopero stesso, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, come sopra individuati, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati. Il medico individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

11) La determinazione minima dei contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione a eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle azioni di cui al comma 4, deve corrispondere al numero di medici previsti per turno in ciascuno di essi. È da garantire comunque la continuità del servizio.

12) E' fatto divieto, al medico in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per l'effettuazione delle azioni indispensabili di cui ai commi 4 e 5.

13) La comunicazione di cui al comma 7 non è dovuta, da parte dei medici iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;

b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

14) La dovuta e mancata comunicazione di non adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

15) Il medico iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare all'ASReM la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 7.

CAPO II: RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il presente capo entra in vigore a decorrere dall'effettiva attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., e norma la parte organizzativa ed economica relativa alle attività dei medici di ruolo unico di assistenza primaria, suddivise in attività a ciclo di scelta fiduciarie e attività a ciclo orario.

ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA FIDUCIARIE, A CICLO DI SCELTA

Le attività a ciclo di scelta dei M.M.G. si esplicano, di norma, negli orari di apertura degli studi professionali dei medici delle A.F.T., e sono orientate alla valorizzazione del rapporto fiduciario nell'ambito delle specifiche funzioni assistenziali previste dall'A.C.N.

Art. 13 - MASSIMALI E SUE LIMITAZIONI (Art. 38 A.C.N.)

1) L'incarico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria viene conferito presso una singola A.F.T. con vincolo di apertura dello studio professionale nella Zona Territoriale di assegnazione, previa determinazione di una consolidata carenza assistenziale da parte del Comitato Aziendale, per un massimale di 1.500 assistiti ed un debito orario di 38 ore settimanali.

- 2) Il debito orario è espletato, di norma, nelle attività orarie di A.F.T. e/o di U.C.C.P. e/o nel servizio di Continuità Assistenziale secondo quanto previsto dal presente accordo, fatto salvo specifici incarichi o progettualità.
- 3) Il medico può chiedere all'ASReM di ampliare il proprio massimale, nei limiti di cui all'Art. 38 dell'A.C.N., commi 1, 2 e 3 fino a 1.800 scelte, nel caso di M.M.G. organizzato in Spoke di A.F.T. o per garantire l'assistenza in aree o situazioni disagiate, ovvero per particolari necessità previa approvazione da parte del comitato aziendale.
- 4) Le scelte in deroga di cui all'art 39 commi 4, 5, 6, 7 del vigente A.C.N. sono acquisibili nella misura del 20% del massimale individuale, compreso quello derivante da autolimitazione. Tali scelte non vengono calcolate ai fini del passaggio al parametro successivo di cui all'art 38 comma 1 e all'articolo 35 comma 5 A.C.N. vigente. Le scelte in deroga di cui all'art 39 commi 4, 5, 6 sono acquisibili solo previa formale accettazione scritta del medico. In ogni caso non è consentito superare le 1.800 scelte complessive.
- 5) L'autolimitazione del massimale è consentita in misura non inferiore a 1.200 assistiti, escluse le scelte di cui al comma 4 del presente articolo. Per tale autolimitazione viene considerato il rapporto ore/scelte di cui all'Art. 38, comma 1, lett. c) A.C.N.
- 6) Le procedure di scelta e revoca del medico a ciclo di scelta vengono digitalizzate ed aggiornate in modo coerente con quanto previsto dall'A.C.N. come declinato nel presente accordo, in modo tale che l'assistito sia consapevole della A.F.T. di appartenenza ovvero della zona territoriale ove sia situato lo studio del medico scelto.

Art. 14 - TELE-PRENOTAZIONI DI VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI (CUP PASS)

- 1) Resta in vigore quanto previsto dall'art. 20 dell'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale del Molise del 2007, con la rideterminazione della indennità mensile fissa in Euro 178 oltre alla quota variabile pari a 3,70 Euro per singola teleprenotazione di non duplicativa nella stessa giornata.
- 2) La rendicontazione viene implementata nella piattaforma dei flussi informativi sanitari regionali.
- 3) Per gli Spoke di A.F.T. si tiene conto della media della somma delle prenotazioni effettuate dai singoli componenti.

4) I destinatari dell'istituto sono tutti residenti della A.F.T., ivi compresi gli assistiti pediatrici qualora il P.L.S. non svolga il servizio in oggetto del presente articolo.

Art. 15 - QUOTA DEL FONDO DI PONDERAZIONE (Art. 47 c.2 A/VI)

1) La quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie è costituito secondo quanto previsto dall'art. 47, comma 2, lett. A, punto v) dell'A.C.N., è rivalutata annualmente, e liquidata mensilmente in dodicesimi ripartita come previsto dal presente articolo.

2) Per la partizione della quota di cui al comma precedente è confermato quanto previsto dal D.C.A. n.84 del 23 dicembre 2015, fino a successiva rimodulazione dello stesso.

3) I residui del fondo di cui al comma 1 dovuti ai pensionamenti sono accertati annualmente in sede di chiusura di bilancio consuntivo e vengono interamente ripartiti tra i medici attivi ed aventi diritto, e liquidati in rapporto al periodo di attività convenzionale effettivamente svolta ogni anno presso l'ASReM.

4) Entro 90 giorni dall'attivazione delle A.F.T. l'ASReM provvede all'adeguamento della quota del fondo di ponderazione all'anno corrente ed alla liquidazione.

Art. 16 - QUOTA VARIABILE DI GOVERNO CLINICO (ART. 47 c.2/B ACN)

1) Ogni M.M.G. esercita la propria attività assistenziale nell'ambito delle A.F.T., cui viene assegnato annualmente un obiettivo sul miglioramento della presa in carico della cronicità, nelle modalità previste dal presente accordo.

2) La quota variabile per la partecipazione ad attività di governo clinico, ex art. 47 comma 2, lettera B/I, dell'A.C.N. vigente 04 aprile 2024, è pari complessivamente ad Euro 6,64 per assistito annuo in quota capitaria, eventualmente incrementata a seguito dell'entrata in vigore di successivi A.C.N., ed è vincolata alle attività dei M.M.G. nell'ambito degli obiettivi di A.F.T., frazionata in a) + b) + c) come segue:

a) € 1,90 per assistito l'anno legata ad un obiettivo di presa in carico della cronicità, di cui € 1,50 relativo a indicatori di processo, per la partecipazione al progetto, da erogare mensilmente in frazioni, e € 0,40 relativi a indicatori di risultato da erogare in un'unica soluzione.

b) € 1,66 per la partecipazione ad almeno il 75 % degli incontri di formazione previsti dal P.F.A. relativamente a progetto-obiettivo di cui al punto a).

c) La residua frazione della quota di governo clinico, pari ad € 3,08 sarà erogata secondo quanto previsto dal D.C.A. n.01 del 22 gennaio 2016, in aderenza allo Z-Score, fino alla successiva rimodulazione dello stesso.

3) L'ASReM è tenuta all'organizzazione annuale degli incontri di formazione di cui al punto b) del comma precedente come previsto dal P.F.A., secondo modalità in presenza, in modalità F.A.D. sincrona o asincrona. In caso di inadempienza da parte dell'azienda, l'intera indennità di cui alle lettere a) e b) del comma precedente viene comunque erogata a tutti i medici.

4) La verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi di cui al punto a) del comma 2 del presente articolo viene effettuata aggregando i dati di tutti i M.M.G. dell'A.F.T. al 31 dicembre dell'anno di riferimento, e il conguaglio viene erogato a tutti i medici a seguito del raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'A.F.T.; in caso di mancato raggiungimento, verrà erogato il conguaglio esclusivamente ai singoli medici che hanno raggiunto l'obiettivo.

5) Ai referenti di A.F.T. è garantito l'accesso costante ed in tempo reale alle performance dei M.M.G. relative ai progetti di governo clinico mediante la piattaforma dei flussi informativi, secondo quanto previsto dall'Art. 10 del presente accordo, ed in coerenza con quanto previsto dall'A.C.N. riguardo il monitoraggio e la valutazione delle performance delle A.F.T. e dei coordinatori.

6) Fino alla effettiva attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. ed alla nomina dei rispettivi referenti e coordinatori, nonché alla piena operatività della piattaforma dei flussi informativi del presente accordo, la quota variabile di governo clinico, come rimodulata dal presente articolo sarà corrisposta per intero a decorrere dall'entrata in vigore dell'A.C.N. 04 aprile 2024.

7) Le risorse derivanti da eventuali avanzi rispetto all'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi di governo clinico sono vincolate ed assorbite nel fondo di cui all'Art.3, comma 3 del presente accordo.

8) In caso dell'intervento di nuovi accordi collettivi nazionali che vadano a maggiorare la quota variabile del compenso, questa sarà erogata per intero fino a specifico accordo regionale di recepimento.

9) E' facoltà dell'ASReM, in coerenza con quanto previsto dal comma 5 dell'Art. 9 dell'A.C.N., finanziare ulteriori progetti di governo clinico per una o più A.F.T., da approvare in sede di comitato aziendale.

Art. 17 - CURE DOMICILIARI (Art. 47 comma 2, lettere C/II,C/III, Allegati 8,9 A.C.N.)

- 1) L'A.D.I. e l'A.D.P. sono riconosciuti dalle parti firmatarie del presente accordo come strumenti essenziali di presa in carico della popolazione molisana e di riduzione dei ricoveri ospedalieri. I M.M.G. sono i soggetti centrali in tutte le fasi dell'assistenza domiciliare, concorrendo all'obiettivo di mantenere gli elevati standard di performance regionali nell'ambito degli obiettivi del P.N.R.R. relativamente la presa in carico a domicilio minima del 10% degli over 65.
- 2) Lo snellimento di tutte le pratiche burocratiche relative al flusso informativo delle A.D.I. ed a quello delle A.D.P. sia previste dall'A.C.N. che in vigore a livello regionale, rientrano negli obiettivi strategici del presente accordo e vengono digitalizzati ed implementati in un unico cruscotto informatico-digitale integrato nella piattaforma dei flussi informativi, valorizzando al contempo il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (C.O.T.), e coinvolgendo i M.M.G. mediante specifici accordi.
- 3) I pazienti in assistenza domiciliare programmata che utilizzano, a richiesta del M.M.G. ed in coordinamento con il distretto, personale infermieristico o medici specialisti, anche in modalità di telemedicina, sono considerati a tutti gli effetti come A.D.I. di primo livello.
- 4) Viene confermato il trattamento economico integrativo di cui all'Art.13 dell'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale Molise 2007, pari a 22,90 Euro per ogni accesso A.D.I. o A.D.P., sia esso effettuato in presenza o in forma di telemedicina, e per il controllo fisico della trasfusione a domicilio pari ad Euro 50,00 come da art.13 A.D.R. 2007.
- 5) Gli accessi in modalità di telemedicina, inteso teleconsulto specialistico o teleconsulenza sanitaria sono conteggiati come accessi alla pari di quelli effettuati in presenza, secondo modalità determinate in sede di Comitato Aziendale ed in coerenza con la normativa di riferimento.
- 6) Gli accessi ai pazienti affetti da patologie croniche richiedenti monitoraggio periodico ricoverati in Case di Cura, Case di Riposo, R.S.A., Ospedali di Comunità e strutture di riabilitazione sono valevoli come A.D.P.
- 7) Gli accessi ai pazienti affetti da patologie croniche richiedenti monitoraggio periodico che, per impedimenti fisici, di salute collettiva o legali siano impossibilitati ad accedere allo studio del medico sono valevoli come A.D.P.
- 8) Le prestazioni aggiuntive previste all'Allegato 6 dell'A.C.N., eseguite in corso di A.D.I. o A.D.P., sono retribuite in aggiunta al compenso previsto per l'accesso e rendicontate nel limite di cui al successivo Art.18, comma 10.

9) Qualora il piano assistenziale preveda accessi durante i giorni prefestivi o festivi questi potranno avvenire, previa segnalazione da parte del servizio distrettuale, da parte del servizio di C.A., con pagamento del compenso al medico a quota oraria come azione aggiuntiva.

10) La base per il calcolo della quota variabile per servizi di cui all' Art.47, comma 2, lettera C, punti II) e III) è costituita dal compenso mensile totale calcolato sulle quote capitarie di cui all' Art. 47, comma 2, lett. A e B dell' A.C.N., comprensive delle indennità aggiuntive di cui al presente A.I.R., ed il tetto della quota variabile per i servizi A.D.P. è stabilito al 25% del totale mensile.

Art. 18 - PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE E DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO (Art. 47 comma 2, lett. C/I - Allegato 6 A.C.N., lett. E)

1) Alla data di pubblicazione sul BURM del presente accordo, sono confermate le prestazioni aggiuntive regionali già previste dall' articolo 19, comma 1 dell' Accordo Decentrato Regionale del 2007 (ADR 2007), ad integrazione dell' Allegato n.6 A.C.N. 04 aprile 2024 con le modificazioni ed integrazioni contenute nel presente articolo.

2) Il medico di ruolo unico di assistenza primaria, nell' ambito delle sue attività a ciclo di scelta, può eseguire o far eseguire al proprio personale di studio (ad esempio il collaboratore infermieristico), le seguenti prestazioni aggiuntive, che integrano quanto previsto dall' Art.19 commi n.3, 4, 5, 6 dall' ADR 2007:

a) E.C.G. con elettrocardiografo portatile ad 1 o più canali collegato ai servizi di telemedicina per la refertazione o utilizzato dal M.M.G., per le indicazioni di cui all' Art.19, comma 5 del previgente ADR 2007;

b) Spirometria con spirometro anche collegato ai servizi di telemedicina per la telerefertazione, per le indicazioni di cui all' Art.19, comma 6 del previgente ADR 2007

c) Holter E.C.G. e Pressorio con apparecchi anche collegati ai servizi di telemedicina per la telerefertazione, per i pazienti cardiopatici, fragili e/o esenti ticket;

d) Dermatoscopia con apparecchi anche collegati ai servizi di telemedicina per la telerefertazione;

- e) Servizi di prelievi P.O.C.T. per dosaggio valori di particolare interesse per il medico;
- f) Polisonnogramma con apparecchi anche collegati ai servizi di telemedicina per la telerefertazione;

Tali azioni potranno essere eseguite a completamento diagnostico, nell'ambito della presa in carico e del monitoraggio del malato cronico, e saranno inserite nell'ambito di progettualità specifiche anche nell'ambito della riduzione delle liste d'attesa, sulla base di protocolli d'intesa o specifici Accordi Regionali da sottoscrivere entro 6 mesi dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, con particolare riferimento alle lettere d),e),f), con la costituzione di un fondo specifico per la Diagnostica di primo livello.

- 3) I fattori di produzione sono a carico dei singoli M.M.G, fatta salva la possibilità da parte dell'ASReM di fornire le apparecchiature diagnostiche e/o eventualmente i consumabili sulla base di specifici accordi aziendali.
- 4) L'ASReM si impegna, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, a fornire servizi di telerefertazione specialistica per le prestazioni di cui al comma 2 del presente articolo.
- 5) Il medico di Ruolo Unico ad Attività Oraria può eseguire le azioni di cui ai commi precedenti attraverso fattori di produzione a suo carico o attraverso l'eventuale dotazione fornita dall'ASReM nell'ambito di specifiche progettualità dandone preventiva comunicazione al distretto.
- 6) Al M.M.G. che aderisce al progetto azioni di eccellenza viene riconosciuto per ogni azione effettuata nel proprio studio € 50,00, e per ogni azione effettuata a domicilio del paziente € 60,00 qualora il costo complessivo della prestazione non rientri nei suddetti costi è autorizzata esecuzione al di fuori del presente accordo in regime di libera professione
- 7) La richiesta di liquidazione avviene con le stesse modalità delle prestazioni aggiuntive da A.C.N., e le prestazioni possono essere eseguite in favore dei propri assistiti o degli assistiti della A.F.T. Le prestazioni nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta eventualmente eseguite a carico di assistiti appartenenti ad altre A.F.T. saranno eseguite in regime di libera professione a discrezione del medico, come anche le prestazioni di cui al comma 2 del presente articolo al di fuori delle indicazioni previste dallo stesso.
- 8) I compensi per le prestazioni aggiuntive di cui al presente articolo effettuate nell'ambito delle attività a ciclo di scelta rientrano nelle prestazioni di cui all'Art. 47, comma 2, lettera E dell'A.C.N. e non possono superare il 20% dei compensi mensili come da Art. 19, comma 2 ADR 2007.
- 9) I compensi per le prestazioni aggiuntive di cui al presente articolo effettuate nell'ambito delle attività a ciclo orario sono erogati nel limite del 20% del compenso mensile per le attività del ciclo

orario stesse, calcolate a parte e retribuite oltre alla parte variabile per le cure domiciliari e per le prestazioni aggiuntive delle attività a ciclo di scelta di cui al comma precedente.

10) Il riepilogo delle prestazioni, come da comma 4 allegato 6 ACN 2019-2021 dovrà riportare, oltre la specifica prestazione, la data di effettuazione, nome e cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito,

Art. 19 - FONDO AZIENDALE FATTORI PRODUTTIVI (Art. 47 comma.2/D A.C.N.)

1) Alla data di entrata in vigore del presente accordo, è istituito il fondo aziendale fattori produttivi (F.F.P.), il quale ricomprende le risorse già destinate alle indennità di cui agli articoli 15, 16, 17, 18 del precedente Accordo Decentrato Regionale 27 febbraio 2007, incrementate dalle risorse utili ad alimentare le quote di popolazione assistibile di cui al comma 4 del presente articolo.

2) Alla cessazione dell'incarico dei medici che già percepiscono le indennità e gli incentivi di cui al comma precedente, le relative risorse sono riassorbite nel F.F.P.

3) In attuazione dell'Art. 47 c.2 D/VII, le risorse del F.F.P. sono così ripartite:

- a) Indennità digitale;
- b) Indennità di partecipazione alle attività di A.F.T.;
- c) Indennità di Collaboratore di Studio;
- d) Indennità di Collaboratore Infermieristico;
- e) Indennità di Spoke di A.F.T.;

4) Le indennità di cui al comma precedente sono attive ed erogate dalla data di attivazione delle A.F.T.; Per quanto concerne le indennità di cui alle lettere a) e b), queste sono corrisposte a tutti medici delle A.F.T., mentre le percentuali minime degli aventi diritto alle indennità di collaboratore di studio e di collaboratore infermieristico sono stabilite rispettivamente in quote pari all'80% ed al 20% della popolazione assistibile, e per le indennità di Spoke di A.F.T. del 40% della popolazione assistibile.

5) Qualora dall'utilizzo delle risorse di cui al comma precedente risultasse un avanzo risorse avanzate vengono immesse nel fondo di cui all'Art.3 comma 3 del presente accordo.

7) Le parti firmatarie del presente accordo condividono l'obiettivo di aumentare gradualmente la copertura degli aventi diritto all'indennità di Spoke di A.F.T. fino al 60% della popolazione assistibile e per il personale infermieristico fino al 25% della popolazione assistibile, aumentando successivamente l'importo specifico delle indennità del F.F.P.

Art. 20 - INDENNITA' DIGITALE

1) Al fine di compensare le spese legate all'acquisizione, alla manutenzione e all'aggiornamento dei supporti hardware e/o delle licenze dei software funzionali all'attività convenzionale. ivi compresi i canoni di abbonamento, all'incorporazione ed alla digitalizzazione dei referti, alla stampa delle ricette o delle certificazioni, ai sistemi di archiviazione digitale e di protezione dei dati e a quanto ancora necessario a realizzare gli obiettivi di cui sopra, è corrisposta ai medici una indennità mensile pari ad Euro 222,53 in aggiunta all'indennità informatica di cui all'Art. 59/B11 dell'A.C.N. 23 marzo 2005.

Art. 21 - INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO

1) Ai medici che utilizzano ore di personale collaboratore di studio medico, assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali e/o fornito da società, agenzie, cooperative e associazioni di servizio, in libera professione o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, per un minimo di 15 ore settimanali, viene corrisposta una indennità aggiuntiva di 4 Euro assistito/anno in aggiunta alla quota stabilita dall'art. 59, comma 6, lett.B dell'A.C.N. 23 Marzo 2005, che decorre dalla data di inserimento in posizione utile tra gli aventi diritto negli elenchi di cui ai commi successivi.

2) L'ASReM cura ed aggiorna annualmente, al 31 dicembre dell'anno precedente, un elenco dei medici che hanno fatto richiesta dell'indennità di cui al comma precedente, ordinati secondo l'ordine di invio delle domande stesse, le quali devono contenere necessariamente la documentazione comprovante l'impiego del personale secondo quanto previsto dal comma precedente.

3) Per i medici a ciclo di scelta incaricati ai sensi degli A.A.C.C.N.N. previgenti già percettori della indennità di collaboratore di studio medico ai sensi dell'A.D.R. 2007, questa è salvaguardata in deroga al numero minimo di ore di cui al comma 1 del presente articolo.

4) Per i medici a ciclo di scelta incaricati ai sensi degli A.A.C.C.N.N. previgenti già percettori di tale indennità, in caso di passaggio al Ruolo Unico ex ACN 2019 - 2021, essa è salvaguardata.

5) Gli elenchi dei richiedenti l'indennità di collaboratore di studio previgenti l'entrata in vigore del presente accordo sono salvaguardati ed aggiornati con le domande inviate fino all'entrata in vigore dello stesso secondo le modalità già previste nel predetto A.D.R.

Art. 22 - INDENNITA' DI COLLABORATORE INFERMIERISTICO

1) Ai medici che utilizzano ore di personale collaboratore infermieristico, assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria e/o fornito da società, agenzie, cooperative e associazioni di servizio, in libera professione o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, per un minimo di 10 ore settimanali, viene corrisposta una indennità aggiuntiva di 4 Euro assistito/anno in aggiunta alla quota stabilita dall'art. 59, comma 7, lett.B dell'A.C.N. 23 Marzo 2005, che decorre dalla data di inserimento in posizione utile tra gli aventi diritto negli elenchi di cui ai commi successivi.

2) L'ASReM cura ed aggiorna annualmente, al 31 dicembre dell'anno precedente, un elenco dei medici che hanno fatto richiesta dell'indennità di cui al comma precedente, ordinati secondo l'ordine di invio delle domande stesse, le quali devono contenere la documentazione comprovante l'impiego del personale secondo quanto previsto dal comma precedente.

3) Per i medici a ciclo di scelta incaricati ai sensi degli A.A.C.C.N.N. previgenti già percettori della indennità di collaboratore di studio medico ai sensi dell'A.D.R. 2007, questa è salvaguardata in deroga al numero minimo di ore di cui al comma 1 del presente articolo.

4) Per i medici a ciclo di scelta incaricati ai sensi degli A.A.C.C.N.N. previgenti già percettori di tale indennità, in caso di passaggio al Ruolo Unico ex ACN 2019 - 2021, essa è salvaguardata.

5) Gli elenchi dei richiedenti l'indennità di collaboratore infermieristico previgenti l'entrata in vigore del presente accordo sono salvaguardati ed aggiornati con le domande inviate fino all'entrata in vigore dello stesso secondo le modalità già previste nel predetto A.D.R.

Art. 23 - INDENNITA' DI PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI AFT

1) All'attivazione delle A.F.T., le previgenti indennità di medicina di associazione e di rete sono superate e riconvertite nella indennità di partecipazione alle attività di A.F.T.

2) Tale indennità è corrisposta, mensilmente in dodicesimi su base annua, a tutti i medici a ciclo di scelta, con incarico a tempo indeterminato, temporaneo e determinato, ed è pari a 10,25 Euro assistito/anno.

3) A fronte di tale indennità, i medici facenti parte delle A.F.T. adempiono ai seguenti obblighi:

- a) Assistono in maniera coordinata la popolazione della A.F.T. attraverso le attività a ciclo di scelta ed a quota oraria come previsto dal modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza;
- b) Condividono ed adottano i percorsi di presa in carico, le linee guida operative, i protocolli assistenziali approvati dall'U.C.A.D. in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale;
- c) Partecipano obbligatoriamente alle attività relative al raggiungimento di un obiettivo sulla miglioramento della presa in carico della cronicità, secondo quanto descritto nell'Art. 16 del presente accordo;
- d) Partecipano obbligatoriamente alla campagna di vaccinazione antinfluenzale contribuendo in proprio o per delega ad altri medici della A.F.T., mediante accordo interno, a garantire la massima copertura della popolazione in carico, nelle modalità previste dall'Accordo Regionale vaccinale annuale;
- e) Partecipano obbligatoriamente alla campagna regionale di screening del Carcinoma del Colon Retto nelle modalità determinate dal DCA n. 154/2025, fatte salve successive modificazioni;
- f) Concorrono ad una presa in carico integrata e multiprofessionale con l'U.C.C.P. distrettuale nelle modalità individuate dall'U.C.A.D., in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale;
- g) Garantiscono la rintracciabilità telefonica, anche attraverso i collaboratori studio o altre figure di supporto all'accesso, dalle ore 09:00 alle ore 12:00 e dalle ore 16:00 alle ore 19:00 dei giorni feriali;
- h) Assicurano la gestione informatizzata della scheda sanitaria, l'adesione al sistema tessera sanitaria, la ricetta elettronica ivi compresa la dematerializzata;
- i) Partecipano obbligatoriamente ad almeno 1 programma di formazione continua di aggiornamento professionale permanente obbligatorio (ECM) individuato annualmente dal Distretto o dall'Azienda nelle modalità determinate dall'U.C.A.D., nelle modalità previste dal presente accordo;
- j) Partecipano alle attività di promozione della salute e counseling individuate dalla regione e dall'azienda nelle modalità individuate dal distretto.

k) Coordinano la loro attività con le AFT dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali Interni convenzionati secondo quanto previsto dalla programmazione regionale ed aziendale.

4) Le attività di cui ai punti b,c,d,h,i del comma precedente sono individuate annualmente per le singole A.F.T., secondo specifici accordi regionali ed aziendali.

5) Si specifica, anche per quanto concerne la rintracciabilità telefonica:

- a) Che tale termine non comprende i contatti tentati mediante applicazioni digitali di messaggistica istantanea, S.M.S. o email;
- b) Che essa non è da intendersi come pronta disponibilità alla visita domiciliare non programmata;
- c) Che, nel caso di tentativo di chiamata da parte dell'utenza durante una visita ambulatoriale o domiciliare, la telefonata non costituisce giustificato motivo di interruzione della visita stessa;
- d) Che, nell'ambito del presente accordo, la definizione "giorni feriali" non comprende i giorni prefestivi, come ad esempio il sabato o gli altri giorni che precedono i giorni super-festivi elencati nel successivo Art. 27.

Art. 24 - GLI SPOKE DI AFT (ex medicine di gruppo)

1) Gli Spoke di A.F.T. sono modelli organizzativi a maggior complessità che possono essere costituiti all'interno delle A.F.T. e che subentrano alle previgenti medicine di gruppo alla data di attivazione delle A.F.T. stesse, nelle modalità previste dal presente accordo. Gli Spoke di A.F.T. sono considerati punti di erogazione di Assistenza Primaria appartenenti a pieno titolo al modello organizzativo della Casa di Comunità sede funzionale della A.F.T. di riferimento.

2) Gli Spoke di A.F.T. possono essere costituiti da un minimo di 3 M.M.G. a ciclo di scelta incaricati a tempo indeterminato ed aventi uno studio professionale nella Zona Territoriale sede dello Spoke, fermo restando la possibilità che i singoli medici possano operare in altri studi, ma in orari aggiuntivi a quelli previsti per l'attività nella sede dello Spoke.

3) Tutti i M.M.G. a ciclo di scelta, con incarico a tempo indeterminato o meno, possono partecipare ad uno Spoke di A.F.T., ivi compresi i P.L.S., i quali comunque non rientrano nel minimale di 3 medici utile alla costituzione ed al mantenimento dello Spoke.

4) Ai medici organizzati in Spoke di A.F.T. è riconosciuta una indennità aggiuntiva per ogni assistito residente nella Zona Territoriale sede dello Spoke pari ad 9,5 Euro l'anno, erogata in dodicesimi su base mensile, che subentra alla previgente indennità di medicina di gruppo,

corrisposta a decorrere dalla data di inserimento in posizione utile tra gli aventi diritto negli elenchi di cui al comma successivo.

5) L'ASReM cura ed aggiorna annualmente, al 31 dicembre dell'anno precedente, un elenco dei medici che hanno fatto richiesta dell'indennità di cui al comma precedente, ordinati secondo l'ordine di invio delle domande stesse.

6) Gli elenchi degli aventi diritto e dei richiedenti le indennità di medicine di gruppo di cui al previgente A.D.R. 2007 sono preservati ed aggiornati come elenchi per gli Spoke di A.F.T. di cui al comma precedente.

7) Per i medici già appartenenti a medicine di gruppo e percettori della relativa indennità ai sensi del previgente accordo regionale, essa è convertita in indennità di Spoke di A.F.T.

8) La partecipazione ad uno Spoke di A.F.T. è libera, volontaria e paritaria. I medici partecipanti nominano un responsabile e stipulano un atto costitutivo che deve essere depositato presso l'Ordine dei Medici di competenza e all'ASReM, la quale ne verifica i requisiti ed entro 15 giorni ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale; Nell'atto costitutivo, devono essere indicati:

- I medici partecipanti e l'indirizzo della sede dello Spoke;
- Gli aspetti organizzativi;
- Le modalità concordate per la suddivisione delle spese di gestione dello studio ed eventualmente per il personale;
- Il medico delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il distretto e con l'ASReM;
- Le modalità di erogazione condivisa e coordinata delle azioni incentivanti e / o aggiuntive previste da Accordi nazionali, regionali e / o aziendali.

9) Le medicine di gruppo già esistenti, previgenti all'entrata in vigore del presente accordo sono riconvertite a Spoke di alla data di attivazione delle A.F.T., secondo quanto previsto dalla norma transitoria n.3 del presente accordo.

10) Gli Spoke di A.F.T. dovranno continuare a garantire gli standard minimi delle previgenti medicine di gruppo di cui all'Art. 54 comma 9 dell'A.C.N. M.G. 23 marzo 2005 et ss.mm.it, e per le medicine di gruppo già attive in regione e riconvertite in Spoke alla data di attivazione delle A.F.T., è concessa una deroga di 24 mesi rispetto gli standard di cui al presente articolo per adeguarsi.

11) La ripartizione dei compiti e delle attività all'interno dello Spoke è definita autonomamente tra i medici partecipanti secondo congrua organizzazione interna che potrà valorizzare specifiche

competenze e particolari percorsi di formazioni utili ad una più efficiente erogazione dell'assistenza.

12) Gli spoke di A.F.T. dovranno altresì garantire, anche attraverso una flessibile gestione condivisa degli ambienti della sede dello spoke ed il coordinamento del personale di studio ed infermieristico disponibile:

- a. Un orario giornaliero di attività ambulatoriale pari ad almeno 6 ore nei giorni feriali;
- b. Presenza di una organizzazione atta ad assicurare l'accesso e la contattabilità per tutti gli assistiti dello Spoke secondo quanto previsto dal presente accordo;
- c. Disponibilità di almeno un locale da dedicare ad attività programmata di piccole medicazioni e vaccinazioni, o di ambulatori per patologia;
- d. Sala d'attesa condivisa;
- e. Condivisione ed applicazione di set minimi di prestazioni per le principali patologie croniche, gestibili dalla medicina generale, nell'ambito delle attività di programmazione del Distretto, previa approvazione del Comitato Aziendale;
- f. Disponibilità di collaboratore di studio presente per almeno 15 ore/settimanali;
- g. Obbligo di partecipazione ai programmi di screening individuati dalla programmazione regionale;
- h. Obbligo di garantire l'accesso alla popolazione della AFT in carico ai medici nelle condizioni di cui al successivo Art.26 comma 2 del presente accordo;
- i. Obbligo di partecipazione alle attività ed alle sperimentazioni di integrazione con gli specialisti dipendenti/convenzionati o accreditati per progettualità definite al livello regionale o aziendale nell'ambito di specifici accordi con le O.O.S.S., che potranno riguardare eventualmente anche i singoli Spoke, come da Art. 35 comma 8 A.C.N.
- l. Obbligo di partecipazione agli audit clinici e/o organizzativi o alle altre attività di governance relative ai percorsi di appropriatezza, della farmaceutica, della telemedicina o di altre tematiche inerenti lo sviluppo delle Cure Primarie promosse dal Distretto per il miglioramento della qualità assistenziale.

13) Gli Spoke di AFT possono essere istituiti o spostati presso una Casa di Comunità, con gli obblighi e nelle modalità di cui all'Art. 50 del presente accordo, o presso altri locali messi a

disposizione dall'ASReM. In tali eventualità, è demandata all'azienda ovvero al distretto la valutazione dell'idoneità degli spazi, degli ambienti e delle tecnologie utili a garantire la presa in carico della popolazione secondo un maggior livello di complessità assistenziale, fermo restando gli standard imprescindibili di cui alle lettere a), b), f), g), h), i), di cui al comma precedente.

14) I medici dello Spoke realizzano il coordinamento della propria attività nelle Cure Domiciliari, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici dello Spoke.

15) Non è possibile per un medico far parte di più Spoke di A.F.T. contemporaneamente

Art. 25 - INDENNITA' DI AREE DISAGIATE (ART. 47 c.2 lettera E):

1) La regione si impegna a reperire, a seguito riassetto dell'equilibrio ospedale-territorio, entro i 12 mesi successivi alla attivazione delle A.F.T., finanziamenti utili all'incentivazione della assistenza a ciclo di scelta dei M.M.G. nelle aree disagiate, ovvero le località ove risulta più difficoltoso garantire l'assistenza attraverso l'inserimento di un medico titolare di incarico a ciclo di scelta.

2) L'individuazione delle aree disagiate è demandata al comitato regionale.

3) A seguito della individuazione dei fondi di cui al comma precedente, le parti concordano per una immediata apertura delle trattative per definire i meccanismi incentivanti di cui al presente articolo.

Art. 26 - REQUISITI DEGLI STUDI E LIBERA PROFESSIONE (Art. , 28, 35 ACN)

1) Il medico a ciclo di scelta garantisce la presenza nello studio professionale nei giorni feriali come definiti dall'Art. 23, comma 5, lettera d) del presente accordo, secondo i minimali orari previsti dall'Art. 35 comma 5 dell'A.C.N.

2) Per i medici con più di uno studio professionale, l'orario di cui al comma precedente è frazionato tra gli studi secondo le esigenze organizzative del professionista, fermo restando l'obbligo di garantire almeno 2 fasce orarie mattutine nello studio del comune a maggior utenza secondo un congruo orario determinato dal medico sulla base del numero di scelte e della distribuzione territoriale delle stesse.

3) L'espletamento del debito di attività oraria e dell'attività formativa obbligatoria aziendale è motivo di esenzione dall'obbligo di cui al comma 1 del presente articolo. I medici con debito di attività oraria diurna sono tenuti a dare comunicazione delle variazioni degli orari di studio agli assistiti ed all'U.C.A.D. secondo le modalità individuate al livello distrettuale.

4) Il Medico del Ruolo Unico che abbia espletato un turno in fascia oraria notturna nei servizi a Ciclo Orario della Medicina Generale ha diritto a modificare in via straordinaria l'orario di studio della mattina successiva.

5) I medici organizzati in Spoke di A.F.T. modulano gli orari della propria attività in maniera flessibile e coordinata, allo scopo di garantire complessivamente la presenza minima di un medico per almeno 7 ore nei giorni feriali secondo una congrua organizzazione interna.

6) Lo studio professionale del M.M.G., al di fuori degli orari di attività a ciclo di scelta, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.35 comma 3 A.C.N. può essere utilizzato, in coordinamento ed in accordo tra i soggetti coinvolti, da un altro M.M.G., per le attività ordinarie attività assistenziali o anche per attività in regime di libera professione, o da altri professionisti.

7) Nei casi di cui al comma 4 dell'Art. 35 A.C.N., al fine di favorire quanto previsto dal comma 8 dello stesso articolo, è consentito l'utilizzo di un ingresso comune e la condivisione degli spazi, anche per le finalità di cui al comma precedente, con soggetti erogatori di attività sanitarie accreditate presso la regione Molise.

8) La tipologia e la complessità delle prestazioni di cui al comma precedente sono definite a seguito della valutazione da parte di ASReM, ovvero degli uffici dell'Igiene Pubblica, della struttura sede dello Spoke e degli standard qualitativi e di sicurezza posseduti.

9) Nell'ambito degli studi medici e degli Spoke di A.F.T.:

- a) È consentita l'erogazione di prestazioni specialistiche da parte medici dipendenti o convenzionati ASReM nell'ambito delle attività distrettuali, in coordinamento con le U.C.C.P. e secondo progettualità approvate dal Comitato Aziendale.
- b) È consentita sulla base di specifici Accordi Regionali o protocolli aziendali, come previsto dall'Art.35 comma 8 A.C.N., l'erogazione di prestazioni medico specialistiche in regime di accreditamento, previo contratto tra i Medici, le Aziende sanitarie ed i soggetti erogatori pubblici e/o privati accreditati.

Art. 27 - ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO (Art. 44 A.C.N.)

- 1) Il modello organizzativo regionale dell'attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale prevede in prima istanza, all'entrata in vigore del presente accordo, i seguenti servizi a garanzia del modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza:
 - a) Attività a ciclo orario diurna delle A.F.T. di cui all'Art. 33 del presente accordo;
 - b) Attività nel servizio di Continuità Assistenziale, di cui all'Art. 32 del presente accordo;
 - c) Attività a ciclo orario di U.C.C.P., di cui all'Art. 39 del presente accordo.

Ulteriori attività, o integrazioni dei compiti specifici di quelle di cui ai punti precedenti nell'ambito del ciclo orario della M.G. sono attivabili sulla base della programmazione regionale mediante successivi A.I.R.

2) Tutti i punti di erogazione di attività di Assistenza Primaria a ciclo orario della regione Molise fanno parte del modello organizzativo e rientrano pienamente nelle attività delle Casa di Comunità di riferimento, in coerenza con quanto previsto dal DCA n.161 del 16 ottobre 2025.

4) Il compenso del Medico di Assistenza Primaria a ciclo orario, al netto degli oneri fiscali a carico dell'Azienda, si articola, fatto salvo i successivi incrementi contrattuali degli A.C.N. e degli A.I.R., in:

- quota oraria di Euro 24,25;
- quota oraria di Euro 0,26;
- quota oraria di Euro 13,62.

per un totale complessivo pari a Euro 38,13 su base oraria.

5) L'ASReM garantisce presso ogni presidio di attività a ciclo orario le dotazioni minime standard di cui all'Allegato n.1 del presente accordo.

6) Ai medici di medicina generale incaricati nelle attività a ciclo orario che ne necessitino, qualora l'azienda non fornisca una auto di servizio, è corrisposta, ai sensi dell'Art. 47 comma 8 del vigente ACN, una indennità di utilizzo mezzo proprio pari ad Euro 1,70/Ora.

7) Il compenso per il turno di reperibilità ai medici di medicina generale incaricati nelle attività a ciclo orario è pari a:

- 24 Euro per un turno di 12 ore;
- 16 Euro per un turno di 8 ore;
- 12 Euro per un turno di 6 ore;
- 10 Euro per un turno di 5 ore;

8) Il medico assegnatario del turno di reperibilità deve essere rintracciabile sessanta minuti prima dell'inizio del turno e fino a trenta minuti dopo l'inizio dello stesso per essere avvisato ai fini della necessaria entrata in servizio. In caso di mancata rintracciabilità, al medico non è corrisposto il pagamento del turno di reperibilità ed è facoltà del medico assegnatario attivare quanto previsto dall'Art. 35, comma 17 del presente accordo, fermo restando quanto previsto dall'Art. 44, comma 14 A.C.N.

9) Sono riconosciuti per le attività orarie, a fronte di una indennità aggiuntiva pari ad Euro 5/ora, i seguenti "superfestivi:

- 24, 25, 26, 31 Dicembre;
- 1, 6 Gennaio;
- Pasqua;
- Lunedì in Albis;
- 25 aprile;
- 1 Maggio;
- 2 Giugno;
- 15 Agosto.

10) La festa patronale del comune sede del servizio è considerata giorno festivo, ed il giorno precedente prefestivo, con attivazione del servizio di Continuità Assistenziale distrettuale per tutte le 24 ore.

11) Il modello organizzativo determinato nel presente articolo, nonché la parte economica, entra in vigore con l'attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. nelle tempistiche individuate dall'Art.1 del presente accordo. Fino ad allora restano in vigore le disposizioni di cui al previgente accordo decentrato regionale del 2007.

CAPO III: LE A.F.T. E LE U.C.C.P. DELLA MEDICINA GENERALE

Art. 28 - LE AFT DELLA MEDICINA GENERALE (Art.29 A.C.N.)

1) Le A.F.T. della Medicina Generale, come definite e caratterizzate generalmente dall'Art. 29 A.C.N., sono le nuove cornici organizzative in cui si attua la presa in carico assistenziale di un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica e accessibilità ai servizi sanitari da

parte dei medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria, titolari di convenzione sia prima che dopo il 1 gennaio 2025, compresi i medici con incarico a tempo determinato, temporaneo, di sostituzione ed i medici in A.P.P.; tutti i medici della A.F.T. sono obbligati a garantire quanto previsto dall'Art.23 del presente accordo.

2) Ogni medico di Ruolo Unico può essere iscritto negli elenchi di scelta di una singola A.F.T. secondo le modalità previste dal presente accordo.

3) Ai medici a ciclo di scelta con incarico ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. che, a seguito dell'entrata in vigore del presente accordo, si trovino ad avere assistiti presso più A.F.T. o ad avere studi professionali presso Zone Territoriali diverse nella stessa A.F.T., si applica quanto previsto dalla norma transitoria n.1.

4) In sede di applicazione della norma transitoria n.1 del presente accordo l'ASReM provvede ad elaborare una delimitazione geografica precisa delle A.F.T. per quanto concerne i comuni di Campobasso e Termoli, tenendo conto nel dettaglio dei quartieri, delle vie e delle frazioni al fine di definire un territorio di riferimento funzionale ad un progressivo riallineamento assistenziale tra la popolazione assistita ed il numero di medici della A.F.T. entro i 5 anni successivi all'entrata in vigore del presente accordo.

5) Le A.F.T. sono rivalutate nel numero e nell'impianto organizzativo almeno a cadenza triennale, ed eventuali modifiche sono determinate in sede di comitato regionale ed approvate mediante D.C.A.

6) Le A.F.T. subentrano alle associazioni semplici ed alle medicine di rete come modello associativo di base a complessità organizzativa minima, in coerenza con quanto previsto dall'Art. 29 comma 10 dell'A.C.N., come recepito dal presente accordo.

7) Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria del Distretto sono in rete tra loro, e con le A.F.T. degli Specialisti Ambulatoriali interni ed i professionisti (S.A.I.) e dei Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.), ovvero con la U.C.C.P. di riferimento e con il Servizio Sanitario Regionale, attraverso la piattaforma informatica unica regionale di cui all'Art. 10 del presente accordo, integrata con i software gestionali di studio dei medici a ciclo di scelta e delle attività orarie, che consenta l'accesso alla scheda sanitaria del paziente, al F.S.E., alle terapie prescritte, agli accertamenti e a tutte le informazioni clinico-anamnestiche utile a garantire la più appropriata ed efficace risposta assistenziale e la continuità delle cure.

8) Le A.F.T. hanno una sede di riferimento individuata dal Direttore di Distretto che coincide, di norma, con una Casa di Comunità, la quale costituisce, di norma, il luogo delle attività di funzione specifica del referente di A.F.T., e la sede dall'Ambulatorio Diurno di Medicina Generale di A.F.T. salvo diverse determinazioni del Direttore di Distretto.

9) Le A.F.T. sono lo strumento essenziale di valorizzazione di tutte le strutture ed i modelli organizzativi previsti dal DM 77/2022, con particolare riferimento alle Case di Comunità (CdC), secondo un modello di integrazione tra le A.F.T. e le CdC stesse 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.

10) Nell'ambito delle A.F.T. i medici possono organizzarsi in Spoke di A.F.T., forme associative di maggiore complessità che subentrano e superano le previgenti medicine di gruppo, ove vengano garantiti gli standard individuati nel presente accordo.

Art. 29 - RAPPORTO OTTIMALE (Art. 32 A.C.N.)

1) Il rapporto ottimale per la regione Molise, all'entrata in vigore del presente accordo, è pari ad un medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria ogni 1.300 abitanti residenti di età maggiore di anni 14.

2) Data la particolare realtà demografica della regione Molise, allo scopo di garantire maggior capillarità dell'assistenza ed equità di accesso, le A.F.T. possono essere suddivise in sub-ambiti di A.F.T., territori limitrofi i quali possono avere un rapporto ottimale differente, funzionali ad una migliore programmazione del numero ottimale di medici del Ruolo Unico assegnabili anche in virtù delle specifiche dinamiche demografiche.

3) Il comitato aziendale, in sede di determinazione delle carenze assistenziali per l'anno di riferimento, ha facoltà di approvare, al livello di un sub-ambito di A.F.T. o di una intera A.F.T., un correttivo di aggiuntivo pari ad 1 medico ogni 5.000 abitanti residenti di età maggiore di 14 anni.

4) Il comitato regionale è l'organo deputato ad aggiornare il documento di programmazione delle A.F.T., ovvero a modificarne i territori, a cadenza, di norma, triennale, in relazione alle dinamiche demografiche ed alle eventuali necessità organizzative ed assistenziali.

5) La regione e le O.O.S.S. firmatarie del presente accordo condividono la assoluta necessità di riorganizzare globalmente le attività a ciclo orario della regione secondo un modello organizzativo che preveda un numero di medici in servizio per turno di lavoro rispetto alla popolazione in carico determinato in funzione della tipologia e della fascia oraria di attività, coerentemente con l'Art. 44 dell'A.C.N. 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 in data 9 settembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, coerente con il seguente standard minimo di personale:

- a) Per gli ambulatori diurni di M.G. di A.F.T. attivi nei giorni feriali dalle 08:00 alle 18:00 è previsto un minimo di 1 medico/A.F.T./turno;
- b) Per la C.A. nella fascia oraria serale dei giorni feriali, dalle 18:00 alle 24:00, è previsto un minimo di 1 medico ogni 10.000 abitanti arrotondati per eccesso, fino ad un massimo di 4 Medici di C.A./sede tenuto conto dell'offerta già presente sullo specifico territorio (es. prossimità ad un P.S.).
- c) Per la C.A. della fascia oraria diurna e serale dei giorni prefestivi e festivi, dalle ore 08:00 alle 24:00, è previsto lo stesso organico minimo di cui al punto precedente.
- d) Per la C.A. notturna avanzata, nella fascia oraria 00:00 – 08:00 per 7 giorni la settimana, è previsto un minimo di 1 M.C.A. per ogni CdC, fino ad un massimo di 3 per le sedi con una utenza maggiore di 20.000 ab, o che abbiano in carico un Ospedale di Comunità. o una Casa Circondariale.
- e) 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.
- f) 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.

7) L'attuazione regionale di quanto previsto dal comma precedente è demandata a specifico D.C.A. inerente la programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza.

8) A seguito dell'avvio delle attività del nuovo modello organizzativo sarà istituito presso la regione Molise un osservatorio tecnico per le attività orarie di assistenza primaria comprendente, oltre al Commissario ad Acta ed il Sub-Commissario ad acta ed il Direttore Generale Salute o loro delegati, almeno 3 rappresentanti dei M.M.G., nominati dal comitato regionale, ed un pari numero di rappresentanti nominati dalla conferenza dei sindaci, secondo il criterio dell'equa rappresentanza tra i Distretti dell'ASReM.

8) L'organo di cui al comma precedente ha funzione consultiva ed è deputato a valutare i volumi di attività, le casistiche di accesso, le criticità emerse ed ogni altro dato utile a sviluppare progressivamente in modo appropriato il nuovo sistema di presa in carico assistenziale ad attività oraria, proponendo correttivi e provvedimenti di integrazione e potenziamento del servizio.

Art. 30 - DEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI SCELTA E RILEVAZIONE DELLE ZONE CARENTI (Art. 32 A.C.N.)

1) Fermo restando la libera scelta del medico di fiducia in tutto il territorio aziendale, come normata nell'Art. 39 dell'A.C.N., a decorrere dall'entrata in vigore del presente accordo, per la regione Molise, in attuazione dell'Art. 32 commi 5, 7 dell'A.C.N., gli elenchi di scelta del medico di ruolo unico coincidono con i territori delle A.F.T.

2) Il Medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo fiduciario incaricato ai sensi del vigente A.C.N., o ai sensi degli A.A.C.C.N.N. previgenti può essere iscritto negli elenchi di scelta presso una singola A.F.T., secondo le modalità descritte dal presente accordo, pur salvaguardando il diritto di scelta di cui alla sentenza del Consiglio di Stato n. 1555/2021.

3) L'assistito che intenda scegliere un medico titolare presso una A.F.T. diversa da quella di residenza può farlo previa accettazione da parte del medico interessato in ottemperanza all'Art.39 comma 2 A.C.N.; tutte le procedure di scelta, accettazione e revoca vengono digitalizzate ed implementate sul sito dell'ASReM e della Regione.

4) La ricasazione comporta l'impossibilità dell'assistito di accedere allo studio del medico ricasante nell'ambito delle attività di studio a ciclo fiduciario per la gestione della cronicità e per le certificazioni, fermo restando la possibilità scegliere ed accedere agli altri medici della A.F.T., dell'eventuale Spoke e dei servizi di Continuità dell'Assistenza per le necessità assistenziali non differibili come codificati nel presente accordo.

5) In ottemperanza all'Art. 32 comma 7 A.C.N, le A.F.T. e/o i loro Sub-Ambiti sono suddivise in Zone Territoriali, partizioni che costituiscono le località messe a bando per gli incarichi vacanti; le Zone Territoriali sono individuate ed aggiornate annualmente, di norma aggregando i comuni, le frazioni ed i quartieri limitrofi per una popolazione totale pari all'incirca al rapporto ottimale del relativo Sub-Ambito di A.F.T.

6) L'ASReM indica nell'atto di pubblicazione dell'incarico vacante la località della Zona Territoriale bandita con il vincolo di apertura dello studio principale, fermo restando la possibilità da parte del medico di aprire liberamente altri studi all'interno del territorio della zona di assegnazione.

7) L'apertura di uno studio secondario al di fuori della Zona Territoriale di assegnazione è subordinata al parere positivo del Comitato Aziendale, il quale valuta l'eventuale autorizzazione alla luce dell'assetto organizzativo-assistenziale generale dell'A.F.T

8) Al fine di agevolare l'inserimento dei M.M.G. e garantire la capillarità degli studi nei piccoli comuni e nelle zone disagiate, in conformità con quanto previsto dall'Art. 33 comma 6 dell'A.C.N., l'ASReM effettua ogni anno, di norma prima dell'avvio delle procedure di rilevazione

delle zone carenti, una ricognizione di concerto con le amministrazioni comunali volta ad individuare sul territorio regionale la disponibilità di ambulatori e locali pubblici eventualmente utilizzabili per l'attività dei M.M.G. a ciclo di scelta o per progettualità di quota oraria utili a garantire la continuità dell'assistenza e la sua capillarità.

9) Qualora gli ambulatori di cui al comma precedente siano di proprietà dell'ASReM, l'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite mediante un contratto specifico tra il M.M.G. e l'azienda, in analogia a quanto generalmente descritto nell'Art. 50 del presente accordo.

10) L'ASReM propone, entro il 31 gennaio di ogni anno e comunque prima delle procedure di cui all'articolo 31 del presente accordo, ai medici già incaricati ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. nei settori a ciclo di scelta, la proposta di passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art. 31 comma 1 A.C.N. 04 aprile 2024. Gli stessi Medici possono comunque richiedere all'ASReM in qualsiasi momento il passaggio al Ruolo Unico come previsto dall'A.C.N.

11) Il passaggio al Ruolo Unico di cui al comma precedente, con assegnazione presso la zona territoriale relativa alla località già sede di incarico di titolarità, ha effetto a decorrere dal successivo trimestre di programmazione delle attività a ciclo orario di cui all'Art. 35 del presente accordo.

Art. 31 - PROCEDURE DI MOBILITA' ED ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI (Art. 32 A.C.N.)

- 1) La regione e le O.O.S.S. condividono la necessità di garantire una copertura assistenziale omogenea e sostenibile su tutto il territorio regionale che armonizzi gradualmente il numero totale di M.M.G. incaricati con i rapporti ottimali individuati per i vari territori, da realizzarsi mediante una pianificazione dinamica che tenga conto dei fenomeni demografici e della complessità assistenziale nelle aree interne.
- 2) Nell'individuazione degli incarichi vacanti l'ASReM tiene conto, oltre che del rapporto ottimale, anche delle eventuali autolimitazioni del massimale dei medici già incaricati nel sub-ambito di riferimento. Tali limitazioni non comprendono le scelte in deroga ed i ricongiungimenti familiari, ed hanno durata quinquennale fatta salvo l'eventuale revoca dell'autolimitazione stessa concessa dal Comitato Aziendale su richiesta del medico.
- 3) Prima della pubblicazione degli incarichi vacanti definitivi per l'anno di riferimento, Il comitato Aziendale approva gli incarichi vacanti provvisori e mette in atto, se necessario, le procedure di cui all'Art. 32 comma 8 dell'A.C.N. proponendo l'apertura dello studio nella Zona Territoriale Carente Provvisoria, con il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria dei Medici di

Medicina Generale già titolari di Assistenza Primaria a ciclo orario (ex-Continuità Assistenziale) che non abbiano un concomitante incarico a ciclo di scelta.

4) Successivamente alle procedure di cui al comma precedente, il Comitato Aziendale rivaluta il fabbisogno assistenziale delle A.F.T. ed eventualmente ridefinisce la partizione in Zone Territoriali dei sub-ambiti. Nel caso permangano situazioni di carenza assistenziale, sono attivate le procedure di mobilità intra aziendale di cui all'Art. 32 comma 9 A.C.N., pubblicando un avviso per le Zone Territoriali Carenti rivolto ai medici già titolari di incarico a ciclo di scelta presso l'ASReM.

5) I medici interessati alla mobilità intra-aziendale fanno pervenire domanda di spostamento entro 15 giorni dall'avviso di cui al comma precedente, anche indicando un ordine di preferenze.

6) Le graduatorie per gli spostamenti sono formulate secondo il criterio dell'anzianità dell'incarico a ciclo di scelta presso l'ASReM ed in subordine dei criteri della minore età di laurea e del voto di laurea.

7) Qualora, sulla base della valutazione del Direttore di Distretto, lo spostamento non generi una carenza assistenziale nel territorio di provenienza, lo spostamento è autorizzato con effetto immediato ed il territorio di provenienza non sarà successivamente messo a bando.

8) Al termine delle procedure di cui ai commi precedenti, il Comitato Aziendale procede ad una ulteriore rivalutazione dell'assetto assistenziale ed organizzativo delle A.F.T., ed eventualmente ridefinisce la partizione in zone territoriali dei sub-ambiti alla luce degli spostamenti effettuati e della demografia della località.

9) Qualora, al termine delle procedure di cui ai commi precedenti, il Comitato Aziendale individui ulteriori carenze assistenziali, l'ASReM procede alla pubblicazione sul B.U.R.M. degli incarichi carenti definitivi per l'anno di riferimento, fermo restando l'obbligo di garantire ai medici da inserire almeno 38 ore di attività a ciclo orario. La pubblicazione degli incarichi vacanti avviene per Zone Territoriali come approvate dal Comitato Aziendale secondo quanto previsto dal presente accordo.

10) Qualora in una A.F.T. si verificasse una eccedenza di disponibilità oraria rispetto al fabbisogno, allo scopo di garantire il diritto alla piena quota oraria spettante ai medici interessati, il distretto, attraverso l'U.C.A.D., individua la soluzione organizzativa più adeguata, attraverso (si elencano a titolo di esempio):

- a) Il potenziamento dell'organico di uno dei servizi a quota oraria della A.F.T., della U.C.C.P. o della C.A. distrettuale;

- b) L'organizzazione di turni di reperibilità a quota oraria presso gli studi dei medici come previsto dal comma 7 dell'Art. 44 ACN, attraverso modalità da determinare in sede di comitato aziendale;
- c) L'attivazione di nuove progettualità a ciclo orario.

11) Per i casi di cui al comma precedente, le attività hanno durata per tutta la durata della condizione di eccesso di disponibilità oraria sottostante.

Art. 32 - IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTRETTUALE (Art. 44 A.C.N.)

1) La riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale (C.A.) secondo il nuovo modello organizzativo regionale rappresenta un obiettivo strategico condiviso dalle parti firmatarie del presente accordo, ed entra in vigore secondo il cronoprogramma determinato nell'Art.1 dello stesso. Nelle more di tale termine, resta in vigore il servizio di C.A. previgente.

2) Il servizio di C.A. regionale, come tutti i servizi ad attività oraria del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, garantisce le prestazioni di natura assistenziale non differibili, intendendosi con tale definizione quelle prestazioni mediche non relative a condizioni cliniche suggestive per patologie tempo-dipendenti, che sono programmabili ed espletabili entro il termine del turno di lavoro, come codificate nel dettaglio nell'Allegato n.1 del presente accordo;

3) Tutti i punti di erogazione di attività a ciclo orario della regione Molise, compresa la C.A., fanno parte a pieno titolo del modello organizzativo delle Case di Comunità, a garanzia degli standard di attività previsti dal DM n.77/2022 come recepiti dalla programmazione regionale di cui al DCA n.161/2025 ed in coerenza con il modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza.

4) Le prestazioni del Ruolo Unico di Assistenza Primaria non comprendono attività proprie dell'Emergenza-Urgenza. Il rapporto con il servizio 118, come previsto dall'Art. 44 comma 4/c A.C.N., è normato nell'Art. 34 del presente accordo.

5) Il servizio di C.A. è attivo in tutte le Case di Comunità secondo quanto previsto dalla programmazione regionale:

- Nei giorni feriali dalle ore 18:00 alle ore 24:00, in fascia oraria definita "serale";
- Nei giorni prefestivi e festivi dalle ore 08:00 alle ore 24:00 in fascia oraria diurna e serale;
- Per tutta la settimana dalle ore 00:00 alle ore 08:00 in fascia notturna "avanzata".

6) Il servizio erogato in presidi di C.A. posizionati fisicamente al di fuori delle Case di Comunità, ma ad esse pienamente afferenti ed appartenenti dal punto di vista funzionale ed organizzativo, è attivo dalle ore 20:00 alle ore 08:00 nei giorni feriali e per 24 ore nei giorni prefestivi e festivi.

7) Le modalità di accesso al servizio sono dettagliate nell'Allegato n.1 al presente accordo.

8) Qualora in un punto erogativo di attività oraria si verifichi una carenza di personale da incaricare tale da garantire un numero di professionisti per turno inferiore ai minimi individuati dalla programmazione regionale, in coerenza con quanto previsto dal presente accordo:

a) In caso di punto erogativo con unico medico, il Direttore di Distretto individua tra i punti erogativi limitrofi, quello deputato a garantire l'assistenza alla popolazione dell'ambito di competenza scoperto per il turno di riferimento;

b) In caso di punto erogativo con più medici, il Direttore di Distretto, previa acquisizione della disponibilità dei medici interessati, autorizza per il turno di riferimento le attività con un organico ridotto. Qualora non vi sia la disponibilità dei medici, il Direttore procede con quanto previsto dal punto precedente.

9) Ai medici che effettuano i turni con un allargamento dell'ambito di competenza di cui al punto a) del comma precedente, o che vadano a garantire la continuità del servizio nelle condizioni di cui al punto b), viene corrisposto un compenso orario aggiuntivo pari alla quota oraria complessiva spettante al medico mancante nella sede vicariata, incluse le eventuali indennità di cui al vigente accordo. Qualora vi siano più medici operanti nella sede vicariante l'ambito o le funzioni, il compenso viene equamente ripartito tra essi.

Art. 33 - ATTIVITA' A CICLO ORARIO DIURNA DELLE AFT (Art. 44 ACN)

1) Le A.F.T. integrano e potenziano l'attività fiduciaria in coerenza con quanto previsto dall'Art. 44 dell'A.C.N. mediante gli Ambulatori Diurni di Medicina Generale (Amb. Diurni di A.F.T.) attivi nei giorni feriali dalle ore 08:00 alle ore 18:00 in tutte le Case di Comunità sede di A.F.T. della regione Molise ed eventualmente in altri punti erogativi della A.F.T. sulla base delle necessità assistenziali individuate dalla programmazione regionale e/o aziendale.

2) Tale servizio potenzia la presa in carico assistenziale della A.F.T. rispondendo alle necessità di carattere assistenziale ambulatoriali e domiciliari non programmate dei M.M.G. appartenenti alla A.F.T., integrando le attività degli studi a ciclo di scelta per le funzioni di cui all'Art. 43 comma 7 A.C.N. rivolte alla popolazione residente nella A.F.T. stessa, con particolare riferimento alle visite domiciliari non programmate.

- 3) I turni di servizio, di 5 o 10 ore, sono predisposti dall'U.C.A.D. nelle modalità previste dal presente accordo.
- 4) I medici della A.F.T., nell'ambito della loro attività a ciclo di scelta, si interfacciano e si coordinano con il servizio attraverso le modalità individuate dall'U.C.A.D.
- 5) Gli ambulatori diurni sono dotati di tutti gli standard minimi organizzativi, strutturali e tecnologici già previsti per ciascun punto erogativo di assistenza primaria a ciclo orario, e seguono i criteri generali di attivazione di cui all'Allegato n.1 al presente accordo.
- 6) Per quanto riguarda i rapporti con il sistema 118, si fa riferimento all'articolo successivo del presente accordo.
- 7) L'attivazione di ulteriori ambulatori diurni di A.F.T., o il potenziamento dell'organico di quelli esistenti è subordinato all'approvazione della Struttura Commissariale.
- 8) L'integrazione di ulteriori funzioni, compiti o di progettualità nell'ambito della quota oraria diurna è subordinata a specifici accordi regionali.

Art. 34 - RAPPORTI DEI MEDICI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA CON IL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA (Art. 44 comma 4/c A.C.N.)

- 1) Il modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza della regione Molise prevede che i compiti e le funzioni dei medici di Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario, in ottemperanza all'Art. 43 comma 7, lettera a) A.C.N., sono di garantire alla popolazione in carico le prestazioni di natura assistenziale non differibile, intendendosi con tale definizione quelle prestazioni riferite a condizioni patologiche non tempo-dipendenti, ovverosia i codici bianchi e verdi come codificati nell'Allegato n.1 del presente accordo, programmabili in modo tale da essere espletate entro la fine del turno di lavoro.
- 2) L'esercizio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria non prevede l'obbligo di acquisire competenze di tipo A.C.L.S., A.T.L.S., o altre manovre proprie dell'emergenza medica.
- 3) L'attivazione del medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria per codici di gravità superiore al verde, come codificati dall'Allegato n.1 al presente accordo, è consentita esclusivamente nella zona territoriale di competenza ed esclusivamente nel caso in cui gli equipaggi 118 siano momentaneamente occupati in servizi di uguale o superiore codice di gravità. In tali eventualità il medico del Ruolo Unico è tenuto ad eseguire il monitoraggio stretto dei parametri vitali fino all'arrivo del mezzo di soccorso avanzato.

- 4) Per eventuali attivazioni per codici di gravità superiore al verde è corrisposto un compenso forfettario al medico di assistenza primaria ad attività oraria pari ad euro 50.
- 5) Ai fini della rendicontazione, si fa riferimento al codice finale attribuito dal medico di ruolo unico di assistenza primaria che ha effettuato la prestazione, secondo le modalità previste dal presente accordo e dettagliate nell'Allegato n.1.
- 6) Qualora, presso un Amb. Diurno di A.F.T., un presidio di C.A. o un altro punto erogativo di Assistenza Primaria ad attività oraria si verificassero delle attivazioni abituali, intendendosi con tale definizione un numero di attivazioni mensili per interventi su codici di colore superiore al verde maggiore di 4 per 3 mesi consecutivi, viene attivata e corrisposta, con decorrenza dal primo mese di attivazione abituale, una indennità oraria retroattiva aggiuntiva pari ad Euro 5 per tutti i medici che prestano o abbiano prestato attività nel servizio interessato, in considerazione del fatto che i medici sono abitualmente esposti non solo agli oneri ed alle responsabilità proprie del servizio deputato alle prestazioni di natura assistenziale non differibile, ma anche a quelle aggiuntive proprie del servizio 118, caratterizzati dalla potenziale tempo-dipendenza delle patologie sospettate o diagnosticate e ad alto rischio di contenziosi.
- 7) L'attivazione di quanto disposto dal comma precedente avviene a seguito del rapporto mensile delle attività di C.A. distrettuale predisposto dall'U.C.A.D. derivante dall'analisi dei flussi informativi del servizio.
- 8) L'indennità aggiuntiva è corrisposta fino al termine del primo mese successivo al termine dell'abitudine.
- 9) Le parti effettueranno riunioni periodiche in sede di Comitato Aziendale per la valutazione di eventuali criticità emerse durante l'espletamento del servizio.
- 10) In nessun caso è consentita la richiesta di intervento del medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria da parte del 116117 o della C.O. 118 durante l'attività a ciclo di scelta, anche alla luce della sentenza della C.C. 21 giugno 2024, n.24722.

Art. 35 - ASSEGNAZIONE DI ATTIVITA' ORARIA E SOSTITUZIONI

- 1) Tutti i medici di Ruolo Unico di Assistenza Primaria contrattualizzati ai sensi dell'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 2019 - 2021, hanno un debito orario da modulare periodicamente secondo i massimali di cui all'Art. 38 dell'A.C.N, con estinzione dello stesso al raggiungimento di 1500 assistiti, fatto salvo eventuali deroghe previste dal presente accordo o dalla programmazione regionale.

2) I medici già titolari di incarico di incarichi a ciclo orario ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. (Ex- Continuità Assistenziale) che non effettuino il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria hanno un debito orario di 24 ore più 4 ore di plus orario settimanali da espletare nell'ambito del servizio di C.A. di cui all'Art. 32 del presente accordo, come determinato dalla norma transitoria n.2 dello stesso a garanzia del diritto acquisito ai sensi dell'Art. 24, comma 1, del previgente Accordo Integrativo del 2007.

3) L'U.C.A.D. individua ed adotta nel proprio regolamento interno le migliori soluzioni organizzative utili a garantire la continuità dei servizi a ciclo orario dei M.M.G. mediante la valorizzazione della flessibilità organizzativa dell'attività convenzionale a livello distrettuale.

4) A cadenza trimestrale l'U.C.A.D. aggiorna la banca delle ore del Distretto con il debito orario di tutti i M.M.G. sulla base delle variazioni del numero di scelte, di eventuali autolimitazioni, delle attività di formazione, delle eventuali sospensioni etc. e predispone la programmazione di tutte le attività orarie.

5) Il debito orario di ciascun medico è valevole e spendibile per tutte le attività a ciclo orario, e viene comunicato ai medici stessi contestualmente alla richiesta di indicare eventuali preferenze di cui al comma successivo.

6) I medici hanno facoltà di indicare preferenze riguardo la distribuzione del proprio monte ore nelle diverse attività orarie e per fascia oraria, entro il ventesimo giorno del mese precedente in riscontro alla richiesta dell'U.C.A.D. di cui al comma precedente.

7) Le preferenze vengono ordinate secondo i seguenti criteri di precedenza dall'U.C.A.D. nella predisposizione dei turni:

a) Medici con incarico a tempo indeterminato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 04 aprile 2024, suddivisi per fascia di scelte decrescente secondo gli scaglioni di cui all'Art.38 comma 1 A.C.N., ed ordinati per anzianità di incarico nel Ruolo Unico presso l'ASReM, poi per minore età e voto di laurea;

b) Medici con incarico a tempo indeterminato nei settori ad attività oraria precedenti all'entrata in vigore del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 04 aprile 2024 (ex-Continuità Assistenziale), ordinati per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea, i quali hanno la precedenza di scelta esclusivamente per quanto riguarda le attività nel servizio di C.A. di cui all'Art.32 del presente accordo.

c) Medici con incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta non aderenti al Ruolo Unico di cui all'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 04 aprile 2024 inseriti nella

graduatoria di cui all'Art.2, comma 6 del presente accordo, i quali hanno la precedenza per le attività a ciclo orario diurne rispetto i medici di cui alla precedente lettera b)

d) Medici con incarico temporaneo di cui all'Art. 33, comma 4 dell'ACN nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria, ordinati come previsto dall'A.C.N., Art. 34, comma 11.

e) Medici con incarico di sostituzione secondo posizione nella relativa graduatoria;

9) Per quanto riguarda le attività degli ambulatori diurni di medicina generale di A.F.T., viene data la precedenza ai medici già appartenenti alla A.F.T. stessa.

10) Per i casi di medici titolari in stato di Gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino che ne facciano richiesta è data la precedenza nella scelta della tipologia di attività orarie posizionandosi prima dei medici di cui al punto a) del comma 8 del presente articolo.

11) I turni delle attività orarie sono predisposti dall'U.C.A.D. ed approvati dal Direttore di Distretto o dal suo delegato per le attività a ciclo orario.

12) E' possibile frazionare ed organizzare la turnistica nelle varie attività orarie a seconda delle necessità organizzative, senza mai superare le 24 ore consecutive.

13) Per i medici di cui all'Art. 38 comma 1, lettera d) del vigente A.C.N. il debito orario può essere concentrato in un unico periodo da svolgersi mensilmente o comunque periodicamente al fine di garantire continuità nell'erogazione delle attività assistenziali a ciclo di scelta, nonché una razionale organizzazione delle attività cui è tenuto.

14) Le 40 ore di formazione di cui all'art.26 comma 7 A.C.N. rientrano nel debito totale di quota oraria da cui possono essere detratte, su base volontaria, su base annuale. Il M.M.G. che intende usufruirne ed ottiene l'autorizzazione da parte dell'ASReM, la quale valuta le richieste in sede di Comitato Aziendale, e fornisce preventiva comunicazione dell'autorizzazione all'U.C.A.D.; ASReM corrisponde al M.M.G. per ogni ora di formazione l'intera quota oraria, e l'U.C.A.D. provvede a garantire la continuità dell'assistenza attraverso una sostituzione.

15) Per carenze di attività oraria inferiore alle 24 ore settimanali presso un servizio o un punto erogativo, l'U.C.A.D. verifica l'eventuale disponibilità dei medici già incaricati nell'A.F.T. di riferimento a coprire le ore residue in deroga ai massimali per sopperire parzialmente o totalmente alla carenza suddetta.

16) Espletate le procedure di cui al comma precedente viene definita la programmazione trimestrale delle attività orarie e per ogni carenza residua si attinge, di norma, alla graduatoria

Distrettuale di cui all'Art.2 comma 6 del presente accordo mettendo a bando le ore residue suddivise per tipologia di attività e per punto erogativo.

17) Successivamente alla pubblicazione del calendario delle attività orarie, in caso di improvvisa impossibilità a svolgere il proprio turno, a tutela della continuità dell'assistenza il medico assegnatario ha la possibilità di scambiare il turno stesso, o in alternativa di cederlo, ai colleghi della medesima A.F.T. o, in subordine, ad altri medici iscritti nella graduatoria di cui all'Art.2 comma 6 del presente accordo che si rendano disponibili. E' consentito anche lo scambio dei turni di reperibilità allo scopo di garantire la regolarità dei servizi. Il medico è considerato responsabile del turno assegnato e, pertanto, in caso di impossibilità all'espletamento del turno stesso, ricade sul medico l'onere di provvedere alla propria sostituzione e di avvisare il referente di A.F.T. e l'U.C.A.D.

18) In caso di cambio turno o di cambio di reperibilità o di cessioni di turni o monte orario, i medici interessati sono tenuti a darne comunicazione all'U.C.A.D., il quale provvederà a trasmettere all'ASReM una specifica nota riassuntiva dei turni effettivamente eseguiti dai medici.

19) Viene considerata inadempienza contrattuale e quindi sottoposta a segnalazione all'U.P.D.C. da parte del referente di A.F.T. o della struttura di coordinamento dell'U.C.C.P. (si elencano, a titolo di esempio):

- La segnalazione, da parte dei colleghi, di sistematiche inosservanze dei turni assegnati, eventualmente non giustificate che comportino anche una riduzione ripetuta dell'orario previsto dall'A.C.N.;
- L'attivazione ripetuta della reperibilità in occasione delle festività;
- La ricusazione della reperibilità assegnata;
- Il mancato rispetto del principio di equità distributiva delle attivazioni e degli interventi;

Art. 36 - SOSTITUZIONI DI ATTIVITA' A CICLO DI SCELTA NELL'AMBITO DELLA AFT

1) Per le sostituzioni nelle attività a ciclo di scelta si fa riferimento all'Art. 36 dell'A.C.N. commi da 1 a 3.

2) La sostituzione del medico a ciclo di scelta non rappresenta incarico aziendale, bensì accordo tra liberi professionisti.

3) Il medico sostituito dà comunicazione al referente di A.F.T. del periodo di sostituzione qualora questa si protragga per più di 3 giorni consecutivi, come previsto dall'Art. 36 comma 1 A.C.N.

4) In caso di sostituzione da parte di più medici, come previsto dall'art 36 comma 2 A.C.N., il titolare comunica al referente di A.F.T. il nominativo di tutti i medici di assistenza primaria a ruolo unico dell'A.F.T. coinvolti.

5) In caso di impossibilità di provvedere alla sostituzione attraverso le risorse umane interne alle A.F.T., si attua quanto previsto dall'Art. 36 comma 3 A.C.N.

6) Per quanto concerne i medici organizzati in Spoke di A.F.T., nell'ambito dell'organizzazione interna a garanzia della fascia oraria di attività dello Spoke stesso, il medico o i medici presenti nello spoke in un determinato momento sono da considerarsi sostituiti del medico o dei medici non presenti.

Art. 37 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI (Art. 22 A.C.N.)

1) In caso di sospensione dagli incarichi superiore a 3 giorni, il medico di Assistenza Primaria per l'attività a Ciclo di Scelta ne dà comunicazione all'ASReM ed al Referente di A.F.T..

2) In riferimento all'art. 22 comma 3 dell'A.C.N., per "sospensione parziale" si intende:

- a) per l'attività a ciclo di scelta la possibilità di sostituzione per una percentuale definita di ore al giorno o di giorni al mese o di mesi all'anno non superiore al 50%;
- b) per l'attività oraria, la riduzione del massimale orario fino a un minimo di 12 ore settimanali, se superiore;

3) La sospensione parziale della attività di cui all'Art. 22 comma 3 A.C.N. è riconosciuta anche in caso di:

- a) gravi e documentati motivi di natura familiare, fino ad un massimo di 15 giorni;
- b) partecipazioni ad esami o concorsi, fino ad un massimo di 10 giorni;
- c) matrimonio, fino ad un massimo di 15 giorni;
- d) documentati motivi di lavoro, di studio o di rappresentanza istituzionale.

Il periodo di sospensione non può superare gli otto mesi complessivi nell'arco di diciotto mesi.

4) La sospensione facoltativa per gravidanza o puerperio può essere fruita per una durata fino a 5 mesi con decorrenza compresa tra i 2 mesi prima del parto e il parto stesso, a discrezione del medico.

5) Per richieste di sospensione ulteriori a quelle previste dall'Art 22 A.C.N., ai sensi del relativo comma 13, il medico inoltra richiesta al Comitato Aziendale, che ne dà approvazione salvo

gravi e motivate situazioni. Riveste particolare rilevanza per l'ottenimento del nulla osta l'autonomo reperimento del sostituto da parte del titolare. Le richieste devono essere inoltrate, ogni qualvolta possibile, con un preavviso di 30 giorni. In caso di necessità di sospensione urgente o di convocazione del Comitato oltre i 30 giorni, il medico sospende comunque l'attività comunicando le motivazioni ed avvisando altresì l'U.C.A.D.

6) Ad integrazione dell'art. 22, comma 3 dell'A.C.N. vigente, il Medico di Medicina Generale ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 24 (ventiquattro) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni in caso di nascita, adozione o affidamento di 1 figlio per un massimo di 3 figli. La medesima norma si applica in caso di figli minori disabili e con invalidità civile riconosciuta (C04).

7) Il medico può richiedere all'ASReM la sospensione dalle attività per la partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 26 dell'ACN che:

- Abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno;
- Abbiano come oggetto argomenti di interesse per la sanità pubblica;
- Abbiano come oggetto argomenti di interesse per la medicina generale;
- Siano preventivamente autorizzati dall'Azienda;

L'autorizzazione alla sospensione è richiesta dal medico almeno 30 giorni prima dell'inizio del corso di formazione e la risposta dell'Azienda viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato. Il medico è sostituito secondo le modalità stabilite dall'A.C.N. come integrato dal presente accordo e la sospensione dall'attività di medicina generale non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

8) In assenza di personale medico individuabile per la sostituzione da parte del medico titolare l'azienda assume l'onere dell'individuazione del sostituto con relativo affidamento incarico dopo aver ricevuto formale comunicazione da parte del medico.

9) In caso di sospensione dovuta ai casi di cui all'Art.22, comma 1, A.C.N. l'ASReM provvede ad attribuire un incarico a tempo determinato di cui all'Art. 37 A.C.N. con la possibilità di mettere a disposizione per l'incarico stesso uno locale di cui all'Art. 30 comma 8 del presente accordo, fatta salva la possibilità che il medico sospeso non metta a disposizione lo studio per l'attività a ciclo di scelta ai sensi dell'Art. 22, comma 8 A.C.N.; in tal caso, al medico sospeso è corrisposta la parte economica prevista dall'Art. 47, comma 2, lettera A, punto I, A.C.N. inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.

Art. 38 - INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE DI AFT (Art. 29 comma 12, Art. 30 A.C.N.)

- 1) I medici individuabili per svolgere il ruolo di Referente di A.F.T. sono i medici con incarico a ciclo di scelta a tempo indeterminato o, in subordine, temporaneo, ad attività oraria, a ruolo unico, componenti di ciascuna A.F.T., con una aspettativa lavorativa pari almeno a 3 anni secondo il limite del pensionamento al settantesimo anno di età.
- 2) I Referenti di A.F.T. rimangono in carica tre anni e possono essere rinominati da delibera aziendale.
- 3) Entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente accordo, il comitato aziendale provvede ad individuare i criteri di individuazione e selezione dei Referenti di A.F.T. individuando i requisiti utili a stilare degli elenchi di medici idonei per ogni A.F.T.
- 4) Ogni Referente che accetta l'incarico provvede a nominare un proprio sostituto di fiducia non retribuito tra i medici dell'elenco della propria A.F.T.
- 5) Con Delibera aziendale, entro 7 giorni dalle designazioni, si procede alla presa d'atto delle nomine dei Referenti delle A.F.T. e dei sostituti, che verranno pubblicati sul sito aziendale.
- 6) In caso di sospensione dell'incarico del Referente, il medico sostituto subentra per la durata della sospensione stessa, percependo una quota del compenso proporzionale alla durata della sostituzione.
- 7) In caso di cessazione dell'incarico da parte del medico Referente, il medico sostituto subentra nell'incarico fino al termine del mandato triennale, e provvede a nominare a sua volta un proprio sostituto tra i medici della A.F.T.
- 8) In mancanza di un numero di candidature sufficienti o di medici disponibili a subentrare o accettare il ruolo, il ruolo di Referente di A.F.T. può essere delegato, fino all'individuazione di un nuovo Referente, ad un M.M.G. di un'altra A.F.T. del distretto che si renda disponibile, o al MMG della struttura di coordinamento della U.C.C.P.
- 9) Per le funzioni di delega di cui al comma precedente, è corrisposto al delegato l'intero monte orario e l'intera parte economica di cui all'Art. 39 del presente accordo.
- 10) Il Referente di A.F.T. decade in caso di richiesta formale inviata al DG dell'ASReM da parte del 50% più uno dei medici titolari della A.F.T., opportunamente motivata, o a seguito di provvedimento specifico dell'U.P.D.C.

Art. 39 - COMPITI E REMUNERAZIONE DEL REFERENTE DI AFT (Art. 30 A.C.N.)

1) Il Referente di A.F.T. ottempera a quanto previsto dall'Art. 30, commi 2, 3, 4, e 5 dell'ACN 04 aprile 2024, ed assicura le seguenti attività:

- a) Coordina l'attività di continuità dell'assistenza della A.F.T. nell'ambito delle attività a ciclo orario e ciclo fiduciario;
- b) Concorre all'integrazione della A.F.T. stessa con l'U.C.C.P. fungendo da soggetto di raccordo funzionale con i modelli organizzativi dell'Assistenza Territoriale di cui al DM n.77/2022;
- c) E' membro di diritto dell'U.C.A.D. e partecipa alle riunioni dello stesso;
- d) Collabora alla realizzazione di una efficace rete di relazione con tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria della A.F.T. condividendo con questi ultimi il monitoraggio e l'analisi sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse, sulla base dei dati rilevati dal sistema di monitoraggio regionale cui ha accesso;
- e) Propone strategie di promozione della qualità e momenti di verifica e revisione dei processi con l'obiettivo di favorire l'autovalutazione dei medici del ruolo unico attraverso "verifiche tra pari" (peer review) e "revisioni cliniche" (audit clinici) su problemi rilevanti della popolazione assistita di riferimento al fine di promuovere l'adesione a pratiche cliniche di provata efficacia e appropriatezza;
- f) Partecipa alla programmazione delle attività orarie dell' U.C.A.D. e raccoglie le preferenze dei M.M.G. di cui all'Art.35, comma 7 del presente accordo e collabora alla predisposizione dei turni;
- g) E' responsabile della produzione della reportistica trimestrale da trasmettere all'U.C.A.D. delle attività a ciclo orario degli Ambulatori Diurni della A.F.T., dei presidi di C.A. presenti nel territorio della A.F.T. e di ogni altra attività a ciclo orario prodotta nella A.F.T.;
- h) Partecipa al coordinamento dell'attività di formazione sul campo prevista per le attività di AFT promuovendo la partecipazione agli eventi formativi dei medici del ruolo unico di AP componenti dell'AFT;
- i) Ha accesso alla piattaforma dei flussi informativi per il monitoraggio dei dati e delle attività dei singoli medici della A.F.T. e concorre all'aggiornamento della piattaforma stessa raccogliendo feedback e suggerimenti da parte dei M.M.G. e collaborando attivamente con il soggetto sviluppatore;
- j) Promuove e coordina le attività della campagna vaccinale e di screening;
- k) Concorre al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e certificativa per la popolazione di competenza e si fa garante delle segnalazioni al coordinatore di U.C.C.P.;
- l) Effettua costantemente il monitoraggio e le verifiche di cui all'Art. 6 comma 4 A.C.N.;
- m) Convoca e conduce le riunioni di A.F.T. a cadenza almeno trimestrale e comunque in misura non inferiore a 3/anno, ed invia il relativo verbale al distretto;

- n) Semestralmente redige una relazione al Direttore di Distretto sull'attività espletata, la quale costituirà lo strumento di valutazione anche al fine del rinnovo dell'incarico.
- 2) Il Referente di A.F.T., per l'esercizio delle sue funzioni, può farsi coadiuvare dal suo sostituto o da un altro medico individuato all'occorrenza tra i medici dell'A.F.T. per specifiche necessità.
- 3) Il Referente di A.F.T. non è responsabile del venir meno della continuità dell'assistenza dovuta alla condotta del singolo medico o alla carenza di personale disponibile.
- 4) Il Referente assolve le proprie funzioni nella sede di A.F.T., salvo diverse indicazioni del Direttore di Distretto.
- 5) Per la sua attività, al Referente di A.F.T. viene corrisposta una indennità mensile fissa di € 750 a cui si aggiunge una indennità annuale di quota variabile pari ad € 3.000 per la realizzazione degli obiettivi di cui al comma 1 del presente articolo, da erogare in un'unica soluzione alla verifica dei risultati raggiunti per l'anno di riferimento.
- 6) Il Referente garantisce un minimo di 8 ore settimanali di attività di funzione specifica, eventualmente aumentabili per esigenze organizzative, previa autorizzazione del Direttore di Distretto.
- 7) Le ore di cui al comma precedente costituiscono attività di servizio e rendicontate e retribuite ai sensi dell'Art. 27 del presente accordo come assistenza primaria a ciclo orario.
- 8) Il Referente di A.F.T. che abbia un debito di attività orarie può utilizzare una parte o la totalità di tale quota oraria per abbattere tale debito.
- 9) Il compenso per l'eventuale sostituto nell'ambito della attività a ciclo di scelta del Referente di A.F.T. è liberamente determinato tra il titolare ed i sostituti in modalità libero-professionale.

Art. 40 - LE UNITA' COMPLESSE DI CURE PRIMARIE U.C.C.P. (Art. 9 A.C.N.)

- 1) La regione Molise e le O.O.S.S. firmatarie del presente accordo condividono la visione delle U.C.C.P., genericamente caratterizzate nell'Art.9 A.C.N., come soggetto deputato a quelle attività assistenziali che abbiano 3 caratteristiche fondamentali:
- L'ambito di competenza distrettuale;
 - L'alta complessità assistenziale, intendendo con tale definizione un livello clinico, organizzativo o sociale a maggior impegno di risorse o richiedente una formazione particolare;

- La necessità di una componente multiprofessionale nella gestione dei casi e nella realizzazione delle attività.

2) Le U.C.C.P. sono attivate in numero di una per Distretto come previsto dalla programmazione regionale, e sono un modello organizzativo multi-professionale di cui fanno parte i M.M.G., nell'ambito delle loro attività orarie ed a ciclo di scelta, Specialisti Ambulatoriali del S.S.R., Pediatri di Libera Scelta ed altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi appartenenti al Distretto di competenza, interconnessi in rete mediante la piattaforma unica regionale dei flussi informativi.

3) Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di procedere ad una implementazione graduale delle U.C.C.P. da sviluppare mediante specifici accordi, progettualità e sperimentazioni da programmare in sede di Comitato Regionale.

4) Le attività dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nell'ambito delle U.C.C.P. sono suddivise in:

- a) Attività di U.C.C.P. a ciclo orario, le quali sono ricondotte alle attività delle Unità di Continuità Assistenziale U.C.A., da implementare attraverso specifiche progettualità utili anche alla piena integrazione dei M.M.G. in tutte le strutture ed i modelli organizzativi del DM77/2022;
- b) Attività di U.C.C.P. a ciclo di scelta, che saranno definite a seguito dell'armonizzazione degli A.A.I.I.R.R. dei M.M.G., dei P.L.S. e dei S.A.I.;

5) I M.M.G. partecipano alle progettualità ed alle sperimentazioni dei U.C.C.P. nelle modalità determinate dalla programmazione regionale ed aziendale, fermo restando la possibilità da parte dell'U.C.A.D. di integrare processi e percorsi specifici funzionali ad una migliore realizzazione delle attività.

6) Le U.C.C.P. sono attivate, in prima istanza, all'entrata in vigore del presente accordo, attraverso le attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria mediante le U.C.A., le cui linee guida regionali sono determinate nel DCA n.158/2025.

7) Le U.C.A., sono attivate in numero di 1 per ogni Distretto, per un monte orario minimo pari a 10 ore al giorno dei giorni feriali, fatto salvo il monte ulteriori progettualità o successive integrazioni regionali.

8) Al fine di ottimizzare la risposta ai bisogni di salute e di potenziare le attività distrettuali, le U.C.A. potranno essere impiegate dal Direttore di Distretto per attività e progettualità Distrettuali, inerenti, a titolo di esempio:

- Il supporto alle attività mediche negli Ospedali di Comunità;
- Il supporto alla Centrale Operativa Territoriale C.O.T.;

- Interventi a supporto degli specialisti presso strutture di cure intermedie (Hospice, strutture di Riabilitazione, RSA, ecc.);
- Il supporto all'assistenza negli istituti penitenziari, centri di assistenza per immigrati, ecc. insistenti sul territorio del Distretto di appartenenza;
- La partecipazione alle U.V.M.D.;
- Il supporto alle attività Distrettuali inerenti i servizi di: Cure Domiciliari;
- L'attestazione dello stato di necessità dell'ausilio di presidi e di assistenza Protesica;
- Vaccinazioni e profilassi delle malattie infettive, l'attività certificativa, gli interventi per la famiglia e le attività sulle dipendenze.
- Servizi di presa in carico ed assistenza ai Migranti;
- Altri compiti e funzione proprie della Medicina dei Servizi.

L'attivazione e la partecipazione dei medici U.C.A. alle attività di cui al presente comma o ad altre progettualità o sperimentazioni è subordinata all'approvazione delle stesse da parte del Comitato Aziendale, il quale potrà individuare altresì le modalità di assegnazione degli incarichi definendo eventuali criteri di selezione, requisiti specifici di tipo esperienziale o formativo, oltre che approvare le modalità operative, le funzioni ed i compiti specifici dei medici.

9) Il potenziamento delle attività delle U.C.A./U.C.C.P. ovvero del monte orario totale deve essere autorizzato dalla Struttura Commissariale su proposta del comitato regionale o del comitato aziendale.

10) Le attività delle U.C.A. già attivate in via sperimentale mediante i DCA n.76 e n.86 del 2025 restano attive all'entrata in vigore del presente accordo mediante il personale già assegnato fino all'attivazione delle A.F.T. e del primo ciclo di programmazione delle attività a ciclo orario distrettuali.

11) Il compenso base per le attività orarie nell'ambito delle U.C.C.P. è determinato nell'Art. 27 del presente accordo, al pari delle altre attività a ciclo orario del Ruolo Unico della Regione Molise, fermo restando la possibilità di individuare indennità aggiuntive in sede di A.I.R.

12) Le attività di U.C.C.P. nell'ambito del ruolo unico a ciclo di scelta saranno determinati armonizzando per le parti di competenza gli A.A.I.I.R.R. dei M.M.G., dei P.L.S., dei S.A.I., entro 6 mesi dall'effettiva entrata in vigore di tutti i rispettivi accordi.

Art. 41 - IL MMG COORDINATORE O VICE COORDINATORE DI U.C.C.P. (Art. 10 A.C.N.)

1) Ogni U.C.C.P. si dota di una struttura di coordinamento, i cui membri sono parte integrante dell'U.C.A.D, costituita da un coordinatore ed un vice coordinatore incaricati, coerentemente con

quanto previsto dai commi successivi, tra i medici in servizio presso il distretto sede della U.C.C.P.;

2) Almeno uno tra il Coordinatore ed il vice Coordinatore di U.C.C.P. dovrà essere necessariamente un M.M.G.

3) Il Comitato Aziendale approva, nelle tempistiche, di cui all'Art.1, comma 4 del presente accordo, i requisiti curriculari ed i criteri di selezione utili ad individuare gli idonei al ruolo di Coordinatore o vice Coordinatore di U.C.C.P.

4) L'ASReM pubblica annualmente un avviso utile a predisporre elenchi distrettuali di M.M.G. incaricabili nelle strutture di coordinamento delle U.C.C.P.

5) Il M.M.G. di cui al comma precedente, in caso di sospensione dell'attività ai sensi dell'art. 22 A.C.N., o per temporanea ed improvvisa indisponibilità, può avvalersi di un vice vicario operante nel distretto da lui individuato tra i medici che abbiano risposto all'avviso di cui al comma 2 del presente articolo, il quale percepirà una quota del compenso proporzionale alla durata della sostituzione.

6) Le attività della struttura di coordinamento sono espletate, di norma, presso la sede indicata dal direttore di distretto.

Art. 42 - COMPITI E REMUNERAZIONE DEL MMG INCARICATO COME COORDINATORE O VICE COORDINATORE DI UCCP (Art. 10 A.C.N.)

1) Il M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento della U.C.C.P. è membro di diritto dell'U.C.A.D. e partecipa attivamente all'organizzazione delle riunioni, degli audit e degli eventi di formazione del Distretto.

2) Tra le attività specifiche M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento rientrano:

- a) La partecipazione alle riunioni ed alle attività dell'U.C.A.D., con particolare riferimento alle tematiche inerenti i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria;
- b) Il supporto alla direzione distrettuale nell'organizzazione dei percorsi assistenziali, nel coordinamento organizzativo e dell'attività clinica della U.C.C.P.;
- c) La rendicontazione di tutte le attività prodotte dall'U.C.C.P.;
- d) L'analisi dei dati e degli indicatori utili alla stratificazione della popolazione in carico ed all'analisi dei bisogni di salute;
- e) Il raccordo funzionale con la C.O.T. e gli altri modelli organizzativi del DM n.77/2022 riguardo l'integrazione dei M.M.G. nelle attività;

- f) La convocazione delle riunioni di U.C.C.P. a cadenza almeno trimestrale, e comunque non inferiore a 3 su base annuale;
- g) La partecipazione alla predisposizione dei turni delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico nell'U.C.C.P.;
- h) La supervisione ed il coordinamento delle attività a ciclo orario nell'ambito della U.C.C.P., anche in raccordo con i referenti di A.F.T. del Distretto;
- i) La relazione ed il confronto continuo con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- j) La valorizzazione dell'audit come strumento di confronto, risoluzione e miglioramento di eventuali criticità nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa, prescrittiva e clinico-assistenziale;
- k) Il supporto alla pianificazione ed alla realizzazione della attività di formazione;
- l) La redazione della relazione annuale delle attività per sull'attività espletata, la quale costituirà lo strumento di valutazione anche al fine del rinnovo dell'incarico, da consegnare al Direttore di Distretto.

3) Il M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento, per l'esercizio delle sue funzioni, può farsi coadiuvare dal suo sostituto o da un altro medico individuato all'occorrenza tra i medici dell'U.C.C.P. per specifiche necessità.

4) Al M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento viene corrisposta una indennità di funzione pari a 2.000 euro mensili, di cui 1.500 erogati mensilmente mentre i 500 rimanenti erogati a fine anno (6.000 Euro cumulativi) da erogare a saldo in un'unica soluzione previa verifica del raggiungimento degli obiettivi per l'anno di riferimento, sulla base dei compiti di cui al comma 2 del presente articolo.

5) Il M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento garantisce un minimale di 10 ore settimanali di attività di funzione specifica, eventualmente aumentabili per esigenze organizzative, previa autorizzazione del Direttore di Distretto.

6) Le ore di cui al comma precedente costituiscono attività di servizio e rendicontate e retribuite ai sensi dell'Art. 27 del presente accordo come assistenza primaria a ciclo orario.

7) Il M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento che abbia un debito di attività orarie può utilizzare una parte o la totalità di tale quota oraria per abbattere il debito stesso.

8) Il compenso per l'eventuale sostituto nell'ambito della attività a ciclo di scelta del MMG incaricato nella struttura di coordinamento è liberamente determinato tra il titolare e gli eventuali sostituti in modalità libero-professionale.

CAPO IV ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 43 - TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ

1) Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in gravidanza o puerperio può mantenere l'attività oraria, svolta in orario diurno in via preferenziale secondo quanto previsto dal presente accordo, presso uno o più punti erogativi delle attività a ciclo orario diurne delle A.F.T. del distretto di appartenenza per tutto il periodo previsto dal D.Lgs 151/2001. Per tutte le altre sedi lavorative diverse da quanto sopra richiamato si rimanda alla normativa vigente.

2) Ogni mese di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art 20 comma 4 del vigente A.C.N. è da considerarsi ad orario pieno ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale.

3) Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ha diritto a usufruire di sospensione parziale ai sensi dell'articolo 22 comma 3 A.C.N. vigente. Per l'attività oraria la sospensione parziale è da intendersi come riduzione dell'orario mensile fino a un minimo di 48 ore al mese attraverso minor numero di turni ovvero, in accordo con l'U.C.A.D., minor numero di ore per ogni turno. Per l'attività a ciclo di scelta, il medico comunica all'ASReM le modalità e la percentuale di sostituzione, fino a un massimo del 50% dell'attività complessiva giornaliera.

4) Il medico in gravidanza che non sospende l'incarico può richiedere la sospensione parziale di cui al comma precedente anche nei 5 mesi precedenti la data presunta del parto, ferma restando la durata massima complessiva del periodo di part time previsto dall'art. 22 comma 3 A.C.N. e comprese le deroghe del presente A.I.R.

5) Come previsto dall'Art 22 comma 3 A.C.N., la sospensione parziale di cui al presente articolo può essere altresì richiesto dai medici padri o affidatari di minore per un massimo di 12 mesi dalla nascita o dall'adozione o affido.

6) La A.F.T. provvede alla sostituzione parziale del medico ad attività oraria di cui al presente articolo attraverso l'incremento temporaneo di ore dei medici in servizio che, interpellati, si rendano disponibili; in difetto di disponibilità, attraverso un incarico di sostituzione di massimo 48 ore mensili. La sostituzione parziale del medico a ciclo di scelta avviene attraverso incarico libero professionale tra titolare e sostituito.

7) Il part time di cui al presente articolo è applicabile su richiesta del medico anche in caso di handicap certificato ai sensi della legge 104/92 e in caso di disabilità ai sensi della legge 68/99.

Art. 44 - VISITE OCCASIONALI E ASSISTENZA AI TURISTI (Art. 46 A.C.N.)

1) Ai sensi dell'Art 46 A.C.N. 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 A.F.T. nel caso delle attività di cui all'Art. 33 del presente accordo, o in altra ASL nel caso del servizio di C.A. o dei servizi a quota oraria di U.C.C.P.

Si specifica che indipendentemente dalla A.F.T. di residenza, il cittadino non è mai inquadrato nell'ambito della visita occasionale per gli accessi al proprio medico di fiducia nell'ambito delle attività previste dall'A.C.N. come integrate dal presente A.I.R.

2) Nei casi di cui al comma 1, lettera a) il pagamento al medico avviene in modalità diretta in regime di libera professione per un importo a discrezione del medico, ed il medico rilascia apposita fattura a lui intestata.

3) Nei casi di cui al comma 1, lettera b) il pagamento al medico avviene in modalità diretta in regime di libera professione per le seguenti tariffe omnicomprehensive:

- 40,00 Euro per le visite domiciliari;
- 25,00 Euro per le visite ambulatoriali.

4) L'ASReM può rideterminare successivamente all'entrata in vigore del presente accordo le tariffe previste dal comma 3 del presente articolo.

5) Nell'ambito delle visite occasionali e dell'assistenza ai turisti, il medico di assistenza primaria ad attività oraria utilizza, in deroga alla piena realizzazione di quanto previsto dall'Allegato n.1 al presente accordo, il ricettario SSN per la prescrizione di visite, esami e terapia sia indifferibile sia abituale, fino a un fabbisogno massimo di 60 giorni;

6) Nei casi in cui, per ragioni tecniche legate allo status dell'assistito occasionale o alle non idonee condizioni tecniche e logistiche messe a disposizione dall'azienda, non sia possibile emettere a suo favore la ricetta elettronica, l'utilizzo del ricettario cartaceo non è considerata inadempimento ai sensi dell'Art 6 comma 4 A.C.N. vigente;

Art. 45 - SUBENTRO NEL RAPPORTO CONVENZIONALE (Allegato 5 A.C.N.)

- 1) Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di massimizzare l'utilizzo dell'A.P.P. come mezzo di ingresso nella professione a valorizzazione del rapporto fiduciario e garanzia della continuità delle cure e della tutela del patrimonio rappresentato dai dati clinico-anamnestici.
- 2) ASReM, entro il termine del 31 gennaio dell'anno di riferimento, pubblica l'elenco dei medici titolari di cui all'Art.3, Allegato n.5 A.C.N. che hanno trasmesso la domanda entro il 31 dicembre precedente (Cfr. Allegato 5, Art.2 A.C.N.), specificando le zone territoriali di titolarità sul sito istituzionale, ed emette avviso di apertura delle domande di cui all'Art. 4 dell'Allegato 5 dell'A.C.N.
- 3) Per i medici titolari, un numero di scelte in carico minimo pari a 1.300 assistiti, fatti salvi gli assistiti di cui all'Art. 39 commi 4,5,6,7 del vigente A.C.N., implica il persistere della carenza nell'ambito di scelta nel caso in cui i medici suddetti cessassero l'incarico all'avvio della procedura stessa.
- 4) Per i medici inseriti negli elenchi dei medici titolari, l'eventuale pensionamento per raggiunti limiti di età occorso prima dell'avvio del primo periodo di affiancamento per l'anno di riferimento, e dell'eventuale avvio dell'A.P.P. ai sensi dell'Art. 7 dell'allegato 5 dell'A.C.N., è sospeso fino all'instaurazione del rapporto convenzionale in A.P.P. nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria del medico da incaricare ai sensi dell'Art. 9 dell'allegato stesso.
- 5) Entro il 31 maggio dell'anno di riferimento l'ASReM pubblica l'elenco dei medici da incaricare come da Art. 4, Allegato n.5 A.C.N., ovvero dei medici che abbiano inviato domanda, nelle modalità previste dall'A.C.N., entro il 30 aprile dello stesso anno.
- 6) Entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma precedente, ASReM interpella a mezzo PEC i medici da incaricare, i quali indicano il medico titolare con cui avviare il periodo di affiancamento, anche secondo un ordine di preferenze.
- 7) Le graduatorie per gli affiancamenti vengono stilate per le diverse A.F.T. dei medici titolari dando precedenza ai medici da incaricare già residenti presso i comuni sedi di titolarità dei medici titolari, poi secondo la residenza nella A.F.T., infine secondo il punteggio nella graduatoria regionale.

- 8) L'inizio del periodo di affiancamento di cui all'Art. 6 dell'Allegato 5 A.C.N. viene comunicato con dichiarazione congiunta dal medico titolare e del medico da incaricare come da Art.6, Allegato 5 A.C.N. entro e non oltre il termine del 31 Luglio dell'anno di riferimento;
- 9) I medici titolari che non avviino un periodo di affiancamento entro 15 giorni dal termine di cui all'articolo precedente e che abbiano superato l'età pensionabile cessano l'incarico convenzionale per limiti di età, fatto salvo quanto previsto dalla norma transitoria n. 6 dell'A.C.N. o eventuali deroghe concesse dall'ASReM.
- 10) In ogni caso l'ASReM è tenuta a comunicare al medico titolare la data del pensionamento con almeno 60 giorni di anticipo, in modo che il medico stesso abbia il tempo di dare un congruo preavviso agli assistiti rispetto alla procedura di subentro indicando il nominativo del medico subentrante.
- 11) Gli assistiti, per tutto il periodo dell'A.P.P., possono comunicare al distretto la volontà di mantenere il rapporto fiduciario con il medico subentrante, mantenendo automaticamente la scelta alla data di iscrizione negli elenchi del medico stesso.
- 12) In assenza di comunicazioni di cui al comma precedente, alla data di pensionamento del medico titolare, il medico è iscritto nel comune della 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 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 personali 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.
- 16) Le domande per il subentro nello Spoke di A.F.T., per le indennità di personale studio e/o infermieristico, dovranno essere inviate a mezzo PEC entro il termine perentorio di tre mesi dalla data di cessazione del rapporto convenzionale per pensionamento del medico titolare, se non già

inviare precedentemente alla cessazione stessa. L'ASReM provvede a corrispondere eventuali arretrati a decorrere dalla data di effettivo subentro.

- 17) Il medico che subentri nel rapporto convenzionale trasmette ad ASReM, preferibilmente 30 giorni antecedenti e non oltre i 90 giorni successivi al subentro, tutta la documentazione relativa al contratto del personale di cui al comma precedente.

Art. 46 - TRATTENIMENTO IN SERVIZIO OLTRE IL SETTANTESIMO ANNO DI ETÀ E CESSAZIONE DELL'INCARICO

1) E' compito del Comitato Aziendale l'individuazione e l'approvazione degli ambiti carenti per il Ruolo Unico di Assistenza Primaria in relazione all'assetto assistenziale delle A.F.T. e della loro suddivisione in sub-ambiti e zone territoriali.

2) Il comitato Aziendale è altresì individuato come soggetto deputato all'eventuale approvazione del trattenimento in servizio oltre il settantesimo anno di età.

3) Il trattenimento in servizio oltre il settantesimo anno di età, come previsto dalla norma transitoria n.6 del vigente A.C.N., può essere approvato solo a seguito della conclusione di tutte le procedure per l'assegnazione degli incarichi, ivi compresa la mobilità interaziendale, in quanto solo terminate tali valutazioni è possibile per il comitato avere reale contezza dell'offerta o meno di personale medico convenzionato collocabile.

4) In caso di pensionamento per raggiunti limiti di età, l'ASReM comunica al medico del Ruolo Unico a ciclo di scelta la data dell'ultimo giorno di apertura dello studio con un preavviso di 60 giorni.

5) Per carenze assistenziali nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria, è possibile conferire ai MMG non ancora pensionati che diano disponibilità a restare in servizio, ma la cui zona carente risulti assegnata ad un nuovo medico, altri incarichi di medicina generale sia nel Ruolo Unico per eventuali territori per i quali non si riesca a reperire medici disponibili, ovvero negli altri settori dell'A.C.N. inerenti servizi in condizioni di carenza d'organico o per incarichi di sostituzione nell'ambito delle attività a ciclo orario.

6) L'ASReM pubblica specifico avviso sul sito istituzionale aperto e senza scadenza per raccogliere le disponibilità da parte dei medici di cui al comma precedente, che possono manifestare interesse con un preavviso minimo di 180 giorni dalla data di pensionamento prevista, fino al compimento dell'età limite prevista dalla legge vigente.

7) Non è consentito il trattenimento in servizio dei medici di cui all'Art. 49 del presente accordo.

Art. 47 - MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

1) Ogni anno, in seguito all'avvio del corso di formazione specifica in medicina generale (C.F.S.M.G.) presso la regione Molise, ASReM pubblica entro 30 giorni un avviso straordinario per la graduatoria aziendale ex. Art. 19 comma 6 A.C.N.

2) I medici iscritti al C.F.S.M.G. presso la regione molise che acquisiscono un incarico a tempo ai sensi del comma 4, Art. 33 A.C.N., possono far richiesta ed accedere a tutte le indennità di cui al presente accordo.

3) Per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che assumano un incarico temporaneo, è consentita, su base volontaria, l'elevazione del massimale di scelte fino al rapporto ottimale determinato per il sub-ambito di A.F.T. di incarico.

Art. 48 - DISPOSIZIONI EMERGENZIALI IN CASO DI CARENZA DI MEDICI A CICLO DI SCELTA

1) Nel caso in cui in un territorio si determini, a seguito della mancata assegnazione o della cessazione di un incarico, una carenza di assistenza a ciclo fiduciario, l'ASReM, nelle more dell'assegnazione della zona carente di un medico titolare o di un incarico determinato, può disporre l'apertura di un Ambulatorio Straordinario di Continuità dell'Assistenza (da qui A.S.C.O.T.).

2) L'A.S.C.O.T. avrà gli stessi standard minimi tecnologici e strutturali di ogni punto erogativo di assistenza primaria ad attività oraria, e garantirà i servizi e le attività di cui agli Art. 43 del vigente A.C.N., integrati dal presente A.I.R., alla popolazione afferente sprovvista di medico di fiducia nei giorni feriali secondo un orario individuato dall'ASReM sulla base della necessità determinata dal comitato aziendale.

3) Le attività dell'A.S.C.O.T. cessano contestualmente alla effettiva presa in servizio di un nuovo medico a ciclo di scelta, con incarico a tempo indeterminato o meno.

4) L'A.S.C.O.T. si configura come un punto erogativo di Assistenza Primaria pienamente integrato ed appartenente alla Casa di Comunità di riferimento, ed il distretto provvede ad individuare i medici disponibili per l'incarico orario secondo quanto previsto dall'Art. 35 del presente accordo.

5) Il compenso dei medici incaricati presso gli A.S.C.O.T. corrisposto da ASReM è pari a al compenso base di cui alla quota oraria regionale per l'attività di ruolo unico di assistenza primaria pari ad Euro 38,13, cui si sommano:

- Euro 20,00 per ogni visita ambulatoriale;
- Euro 35,00 per ogni visita domiciliare;
- Euro 5,00 per ogni accesso per prescrizioni o altre certificazioni obbligatorie previste dall'A.C.N.

6) Ai medici in servizio presso l'A.S.C.O.T. è corrisposta l'indennità aggiuntiva di utilizzo di mezzo di trasporto proprio pari ad Euro 1,70/ora.

7) L'A.S.C.O.T. è attivato per un minimo di 1 ora al giorno ogni 40 abitanti residenti nella Zona Territoriale di riferimento; il Comitato Aziendale determina sede e fasce orarie di attività.

Art. 49 - RICOLLOCAZIONE DEL MEDICO NON IDONEO AI COMPITI PROPRI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

1) L'ASReM ha l'obbligo di verificare, su richiesta del medico, l'idoneità psico fisica specifica al lavoro nell'ambito delle funzioni di diagnosi e cura dell'assistenza primaria come prevista dal presente accordo, e, in caso di inidoneità specifica, ricolloca il medico in altra articolazione organizzativa o in altra struttura distrettuale per attività di supporto ai servizi sanitari di base compatibili con il suo stato di salute.

2) La visita per l'accertamento dello stato di inidoneità viene effettuata, anche dietro richiesta dell'interessato, dalla Commissione Aziendale ex artt. 16 e 17 della legge 626/94.

3) Ai medici di cui al presente comma non è consentito il trattenimento in servizio oltre il settantesimo anno di età. Ai medici di cui all'Art. 30 del previgente A.D.R. Molise 2007 cui sia stato eventualmente già concesso il trattenimento in servizio prima dell'entrata in vigore del presente accordo l'ASReM notifica la cessazione dell'incarico a decorrere dal novantesimo giorno dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo.

Art. 50 CASE DI COMUNITA' (Art. 33 comma 10 A.C.N.)

1) L'ASReM può mettere a disposizione dei medici a ciclo di scelta presso le zone territoriali ricomprendenti una delle 13 Case di Comunità (CdC) della regione Molise spazi ed ambienti utilizzabili come sedi degli studi professionali presso le strutture delle CdC stesse, in applicazione dell'Art.33 comma 10 A.C.N.

2) Le assegnazioni avvengono a seguito di specifico avviso da parte dell'ASReM rivolto ai M.M.G. con incarico a tempo indeterminato o meno, prioritariamente assegnati alla Zona Territoriale sede della CdC, secondo i seguenti criteri di priorità:

a) Medici con incarico a tempo indeterminato del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'A.C.N. 04 aprile 2024, ordinati per numero di scelte decrescente presso la zona territoriale, poi per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea;

b) Medici con incarico a tempo indeterminato a ciclo di scelta precedente all'entrata in vigore del ruolo unico di assistenza primaria, ordinati per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea;

c) Medici con incarico temporaneo ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, ordinati per anno di corso, poi per minore età;

d) Medici con incarico di sostituzione secondo posizione nella relativa graduatoria;

3) I medici che attivano o spostano il proprio studio professionale presso una CdC possono costituire o spostare uno Spoke di A.F.T. secondo quanto previsto dall'Art. 24 del presente accordo e sono in ogni caso tenuti a ricercare, nell'interesse dei propri assistiti, la massima integrazione con le altre professionalità operanti nell'ambito della CdC stessa, nonché con gli altri servizi aziendali coinvolti nei vari processi e nelle varie progettualità, secondo le modalità individuate e monitorate dall'U.C.A.D.

4) I medici che attivano o spostano il proprio studio professionale presso una CdC usufruiscono del proprio personale di segreteria ed eventualmente del proprio personale infermieristico, i quali sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal codice di comportamento aziendale ASReM ed a coordinare le proprie attività con quelle della CdC nell'ottica dell'erogazione di un servizio di assistenza primaria in grado di garantire il più alto standard qualitativo all'utenza.

5) Ai sensi del Decreto Legislativo n. 81 del 2008, e successive modificazioni ed integrazioni, con riferimento alla valutazione del rischio incendio e del piano di emergenza, i M.M.G. ed il personale a loro afferente sono tenuti a collaborare con l'ASReM per garantire gli adempimenti previsti dal citato decreto legislativo, partecipando anche alle relative iniziative di formazione ed adeguandosi alle disposizioni in tema di sicurezza determinate dal responsabile aziendale della struttura. L'ASReM è deputata, in tal senso, all'erogazione della formazione dei medici e del loro personale e dell'aggiornamento in tal senso.

6) Ai M.M.G. che operino in studi professionali situati presso le CdC è concesso l'utilizzo dei locali della stessa, con arredi, attrezzature ed eventualmente hardware e software di proprietà o in locazione dell'ASReM, relativi beni di consumo e servizi. Per tale utilizzo, in ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 33 comma 10 dell'A.C.N. 04 aprile 2024, i medici, singolarmente o associati in cooperative o società di servizi, stipulano con ASReM un contratto di durata minima quinquennale, rinnovabile, per un canone annuo massimo di Euro 2.500,00 da corrispondere, di norma, a mezzo bonifico in 12 rate da Euro 200,00 ciascuna, cui si aggiungono Euro 2.00 di valori bollati da applicare alla ricevuta del pagamento della rata mensile, sempre a carico dei M.M.G.

7) L'ASReM si impegna a sviluppare un contratto-tipo di cui al comma precedente entro 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo e ad avviare contestualmente le procedure utili all'applicazione del presente articolo.

8) Il medico potrà utilizzare proprie apparecchiature ed applicativi informatici e digitali utili alla professione, purché certificate a norma di legge e, se necessario, allacciate agli impianti solo previa verifica della compatibilità e della sicurezza da parte del responsabile distrettuale della CdC.

9) I M.M.G. che operino in studi professionali situati presso le CdC si impegnano ad applicare le istruzioni dettate dall'ASReM merito ai servizi delegati correlati alle attività di cui all'A.C.N. ed al presente A.I.R., fermo restando il dovere dell'ASReM di vigilare sul corretto svolgimento dei servizi stessi al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento nei confronti di tutta l'utenza. I medici si impegnano altresì a rispettare i termini del presente accordo. Le parti si riservano la facoltà di recedere in ogni momento dall'accordo, qualora si verificano gravi inadempienze in merito alla gestione dei servizi, dandone comunicazione con un preavviso di almeno 60 giorni.

10) I M.M.G. che operino in studi professionali situati presso le CdC nominano un referente clinico-organizzativo che ha il compito di interfacciarsi con il responsabile aziendale della CdC allo scopo di coordinare e facilitare le attività. Tale referente può coincidere eventualmente con il responsabile dello Spoke di A.F.T.

11) Eventuali accordi o contratti già in essere rispetto quanto previsto dal presente articolo sono fatti salvi all'entrata in vigore del presente accordo.

CAPO V MEDICINA PENITENZIARIA

PREMESSA:

Il presente accordo integrativo regionale, con l'introduzione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., fornisce la possibilità e l'opportunità di sperimentare una metodologia integrata di assistenza alla residenzialità penitenziaria in grado di creare i necessari collegamenti tra gli ambulatori delle residenze carcerarie e le strutture ospedaliere e territoriali esterne, attraverso l'applicazione sistematica della medicina di iniziativa in un'ottica di prevenzione e di sistematica promozione della salute, mediante l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, rivolta soprattutto alle patologie prevalenti, anche mediante ambulatori dedicati.

Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di ricondurre le strutture penitenziarie della regione Molise ai modelli organizzativi delle U.C.C.P. e delle Case di Comunità Hub di Campobasso, Larino e Isernia, nell'ambito di una presa in carico assistenziale Distrettuale multidisciplinare ad alto livello di complessità, anche valorizzando gli strumenti di telemedicina allo scopo di potenziare la presa in carico e la continuità delle cure.

Art. 51 - COMITATO AZIENDALE (Art. 12 ACN)

- 1) Il comitato aziendale di cui all'Art. 12 A.C.N., per le attività inerenti la sanità penitenziaria, è integrato dal direttore della Unità Operativa Semplice di Tutela della Salute in Carcere (S.S.T.S.C.) e dai Responsabili di Presidio Sanitario Penitenziario (P.S.P.);
- 2) Il Comitato Aziendale, come definito nel comma precedente, è l'organo deputato a nominare i medici responsabili di presidio di sanità penitenziaria ed a valutarne le performance in relazione all'erogazione della parte variabile del compenso.

Art. 52 - ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICINA PENITENZIARIA

- 1) L'individuazione e la messa a bando degli incarichi vacanti a tempo indeterminato nei singoli presidi viene approvata dal Comitato Aziendale secondo quanto previsto dall'Art. 72 A.C.N..
- 2) L'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato avviene secondo le procedure di cui all'Art. 72 A.C.N. per 38 ore/settimanali.
- 3) L'incarico ai Medici di cui all'articolo 9, comma 2, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 nonché dall'articolo 12, comma

4 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, è assegnato per 24 ore/settimanali.

4) Per carenze di organico inferiori alle 38 ore settimanali, viene applicato l'articolo 3 del presente accordo.

5) Il direttore della S.S.T.S.C., per necessità organizzative, può autorizzare il M.M.G. con incarico nel settore contrattuale della medicina penitenziaria presso un istituto ad espletare il proprio monte ore, anche parzialmente, presso altri istituti della regione.

Art. 53 - INCARICHI DI SOSTITUZIONE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

1) Qualora in un istituto si verificasse la condizione di carenza assistenziale inferiore alle 38 ore settimanali, il Direttore della S.S.T.S.C. può autorizzare deroghe al massimale orario per i medici già incaricati a tempo indeterminato o determinato presso le carceri regionali ad espletare turni aggiuntivi.

2) In mancanza di disponibilità di medici di cui al comma precedente, il Direttore della S.S.T.S.C. può autorizzare medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria che diano la propria disponibilità ad espletare turni di attività oraria presso l'istituto.

3) I turni di cui al comma precedente non costituiscono incarichi di convenzione nel settore della medicina penitenziaria, e sono proposti ai medici del Distretto di riferimento, prima tra coloro che hanno una pregressa esperienza lavorativa presso gli istituti penitenziari regionali, poi extra-regionali, infine ai medici privi di pregressa esperienza lavorativa nell'ambito della sanità penitenziaria.

4) I turni dei medici del Ruolo Unico presso gli istituti penitenziari sono in deroga ai massimali di compatibilità ore-scelte di cui all'Art. 38 A.C.N. ed inquadrati come Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e valevoli, su base volontaria, per abbattere totalmente o parzialmente il debito orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, e retribuiti come tale.

5) In mancanza di disponibilità di medici di cui al comma precedente, si attinge alla graduatoria di cui all'Art. 19 comma 6 A.C.N., proponendo un incarico di sostituzione in via preferenziale tra coloro che hanno una pregressa esperienza lavorativa presso gli istituti penitenziari regionali, poi extra-regionali, infine i medici privi di pregressa esperienza lavorativa nell'ambito della sanità penitenziaria.

Art. 54 - RESPONSABILE DI PRESIDIO AREA SANITARIA

- 1) I medici interessati al ruolo di Responsabile di P.S.P., di cui all'Art. 71 comma 5 A.C.N., inviano ad ASReM a mezzo PEC specifica istanza entro il 31 dicembre di ogni anno, allegando il curriculum vitae
- 2) Il medico Responsabile di P.S.P. è un medico a tempo indeterminato incaricato nella M.Penitenziaria che dovrà avere una anzianità di servizio nell'ambito della sanità penitenziaria minima di anni 3 con qualsiasi tipo di incarico. La pregressa esperienza come Responsabile costituisce titolo preferenziale.
- 3) Il medico Responsabile di P.S.P., di cui all'Art. 71 comma 5 A.C.N., viene nominato dal D.G. su proposta del direttore della S.S.T.S.C. entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo.
- 4) L'incarico ha durata triennale, eventualmente rinnovabile.

ART. 55 - COMPITI DEL RESPONSABILE DI PRESIDIO DI SANITA' PENITENZIARIA

- 1) Fermo restando gli obblighi previsti dall'A.C.N., in Responsabile di P.S.P. ha come compiti aggiuntivi e specifici:
 - a) Il costante Coordinamento tecnico-organizzativo con il Distretto e con la S.S.T.S.C.;
 - b) Si rapporta con la struttura di coordinamento della U.C.C.P. per l'effettiva ed efficace erogazione delle azioni di cure primarie;
 - c) E' membro dell'U.C.A.D. e partecipa alle riunioni periodiche dello stesso;
 - d) Mantiene i rapporti con gli altri soggetti dell'equipe sanitaria, titolari e sostituti, verificando comportamenti e fornendo suggerimenti rispetto le linee guida clinico-organizzative adottate ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
 - e) predispone la turnistica dell'istituto, secondo il principio dell'equità distributiva ed in ragione del monte ore individuato per ciascun medico
 - f) Predispone ed organizza attività di formazione, anche per i medici privi di pregressa esperienza lavorativa nell'ambito della M.Penitenziaria;

- g) Propone alla S.S.T.S.C. e/o al Distretto azioni utili al miglioramento del servizio;
- h) garantisce altresì le certificazioni mediche in uso nell'ambito penitenziario e le azioni medico-legali a favore della Polizia Penitenziaria e della popolazione detenuta;
- i) Definisce i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
- j) Sovrintende alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;
- k) Relaziona prontamente all'Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;

Art. 56 - TRATTAMENTO ECONOMICO;

1) Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al capo IV dell'A.C.N., in relazione ai compiti di cui all'articolo 71 dello stesso Accordo e alla complessità della struttura penitenziaria, nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale.

2) Per lo svolgimento delle attività previste ai sensi dell'art. 71 A.C.N. e del presente A.I.R., ai medici di assistenza penitenziaria è corrisposto, fatti salvi gli aumenti contrattuali dei successivi A.A.C.C.N.N., un compenso orario omnicomprensivo di euro 38,13, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico della Azienda, così suddiviso:

- € 24,25 quota oraria di cui all'art. 75 A.C.N.;

- € 0,26 quota oraria di cui all'art. 75 A.C.N.;

- € 13,62 quota oraria di indennità di rischio specifico di sanità penitenziaria di U.C.C.P.

3) Per ogni turno di reperibilità di 6 ore è prevista una retribuzione di € 12.

4) Per ogni turno di reperibilità di 12 ore è prevista una retribuzione di € 24.

5) Al medico Responsabile viene riconosciuta una indennità fissa mensile aggiuntiva pari ad Euro 500 commisurato alle funzioni espletate ed ai risultati ottenuti, valutati dal Comitato Aziendale. Tale retribuzione si compone di una parte fissa pari ad Euro 400 da erogare su base mensile, ed una parte variabile di Euro 100 da erogare a saldo su base semestrale in base ai risultati ottenuti.

Art. 57 - PERMESSO ANNUALE RETRIBUITO - CONGEDO MATRIMONIALE

- 1) Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico incaricato a tempo indeterminato nella M.Penitenziaria spetta un periodo di permesso retribuito di 30 (trenta) giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore pari a cinque volte l'orario di incarico settimanale.
- 2) Il permesso viene trasmesso al Direttore della S.S.T.S.C., ed è fruito in uno o più periodi, con un preavviso, di norma, di 30 (trenta) giorni. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso esso è concesso a condizione che siano disponibili medici sostituiti da incaricare.
- 3) Ai fini del computo del permesso retribuito sono considerate attività di servizio il congedo matrimoniale di cui al successivo comma 6 ed i periodi retribuiti di assenza per malattia e gravidanza di cui all'articolo successivo. Non sono considerate attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti.
- 4) Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito quanti sono i mesi di servizio prestati.
- 5) Al medico titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito non frazionabile di quindici giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.
- 6) Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale è corrisposto il normale trattamento di servizio.

Art. 58 - ASSENZE PER MALATTIE E GRAVIDANZA

- 1) Al medico incaricato a tempo indeterminato che si assenta per comprovata malattia o infortunio, anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi, che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, ASReM corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi, senza retribuzione.
- 2) L'ASReM può disporre controlli sanitari, in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati, secondo le modalità e le procedure previste dalla normativa vigente.

3) Al medico incaricato a tempo indeterminato in caso di gravidanza o puerperio, ASReM mantiene l'incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

Art. 59 – ASSENZE NON RETRIBUITE

1) Il medico è sospeso dall'incarico, con conservazione dello stesso, e dalle attività con le modalità e per i motivi di cui all'articolo 22 dell'A.C.N.

2) Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve dare all'Azienda un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni per l'ottenimento del relativo permesso.

3) In caso di svolgimento degli incarichi, ai sensi del presente Capo, in più posti di lavoro o in più Aziende il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente

4) Nessun compenso è dovuto al medico per i periodi di assenza di cui al presente articolo.

CAPO VI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

PREMESSA

Il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (EST) della regione Molise si compone di 16 Unità Operative Territoriali (UOT), per un organico teorico, a capienza piena, di 96 Medici di Emergenza Territoriale incaricati.

Nel corso degli ultimi anni il servizio ha visto ridursi progressivamente il numero di medici incaricati fino a raggiungere, alla data di entrata in vigore del presente accordo, un organico inferiore alle 28 unità, con il ricorso ai turni aggiuntivi ed alle reperibilità aggiuntive che

rappresentano, al momento, l'unico strumento per garantire l'erogazione del servizio stesso al massimo delle possibilità.

Con il presente accordo la regione e le OOSS si pongono l'obiettivo di rendere di nuovo attrattivo l'impiego nell'ambito del servizio EST 118 della regione Molise, nelle more di una riorganizzazione complessiva dell'infrastruttura e del modello organizzativo coerente con quanto previsto dall'ACN vigente.

Art. 60 - PROCEDURE DI INDIVIDUAZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

- 1) L'ASReM procede - alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno - alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicare per consentire la successiva copertura.
- 2) L'ASReM rende pubblici gli elenchi delle sedi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118 mediante affissione all'albo per quindici giorni dalla pubblicazione.
- 3) Ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'espletamento del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118 (da qui MET 118) viene data la possibilità di spostarsi dalla sede nella quale prestano servizio ad altra sede resasi vacante, a condizione che facciano pervenire domanda in carta semplice, alla Zona ASReM territorialmente competente, entro il termine di 20 (venti) giorni dalla data di affissione.
- 4) Verificati gli incarichi in dotazione e individuati gli incarichi vacanti, l'ASReM ne dà comunicazione alla Regione per la pubblicazione sul B.U.R.M.
- 5) Gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria devono essere pubblicati sul B.U.R.M. entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno.
- 6) I medici interessati, entro il termine di 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 5, presentano domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la vigente normativa, per uno o più incarichi vacanti.
- 7) I medici, per poter concorrere al conferimento degli incarichi vacanti, devono essere in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato al termine dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 66 dell'A.C.N.

8) Per quanto riguarda i requisiti necessari al conferimento dell'incarico e per le modalità da utilizzare per la relativa graduatoria si fa rinvio all'art. 63, commi 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 del vigente ACN.

9) L'ASReM, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, in caso di trasferimento da altra regione, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico. Il medico che accetta il trasferimento decade dall'incarico di provenienza.

10) L'ASReM conferisce gli incarichi a tempo indeterminato o a tempo determinato con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

Art. 62 - COMPITI DEL MEDICO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E SERVIZI AGGIUNTIVI IN FAVORE DI SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI

1) Per l'identificazione dei compiti generali del medico di emergenza sanitaria territoriale si fa espresso rinvio alla normativa nazionale di cui all'art. 65 ACN dell'ACN 04 aprile 2024.

2) I medici di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118, gli Infermieri Professionali assegnati al servizio, i Volontari Soccorritori e le automediche ed ambulanze possono essere utilizzati in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc., nonché per assicurare l'emergenza sanitaria territoriale in occasione di attività di pubblica utilità.

3) La summenzionata attività deve essere espletata in conformità alle seguenti regole:

a) I soggetti pubblici e privati, che abbiano bisogno del Servizio Aggiuntivo di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118 con presidio in sede, devono farne richiesta alla Centrale Operativa 118, indicando il tipo di manifestazione, la sede, la data e l'orario di impegno.

b) La Centrale Operativa 118, di concerto con la Struttura Amministrativa competente, trasmette al richiedente la proposta di convenzione da sottoscrivere e il preventivo dei costi.

c) Il richiedente trasmette alla Centrale Operativa 118 la convenzione sottoscritta; di seguito la Centrale Operativa reperisce il personale necessario da un elenco di disponibili predisposto sia per i medici e gli infermieri che per le Associazioni di

Volontariato, contattandoli per iscritto o telefonicamente, qualora i tempi siano ristretti, per ottenere la conferma della disponibilità.

d) La scelta del personale da impiegare sarà effettuata tra quello dipendente e già convenzionato con il criterio della rotazione, dando la preferenza a coloro che operano nelle postazioni U.O.T. che afferiscono all'area in cui è richiesta la prestazione extra e a quelle che hanno la sede nella stessa area, sulla base della disponibilità offerta.

e) L'attività dei Medici e degli Infermieri del "118" deve essere espletata al di fuori del regolare orario di servizio.

f) Le Associazioni di Volontariato da impiegare vengono scelte, seguendo il criterio della rotazione, fra quelle convenzionate con il "118". Il relativo compenso orario verrà rapportato alle tariffe applicate per il regolare convenzionamento per le attività del "118".

g) Il Direttore della Centrale Operativa 118, in conformità alle esigenze operative, individua la tipologia dei mezzi che dovranno essere utilizzati.

h) La Centrale Operativa 118 deve essere edotta preventivamente sull'organizzazione della sicurezza sul luogo della manifestazione e delle vie di fuga e dei mezzi che andranno utilizzati e declina ogni tipo di responsabilità per problemi derivanti da malfunzionamenti dell'organizzazione non dipendenti da essa.

4) Al termine della prestazione il richiedente versa l'importo concordato alla Zona territoriale di Campobasso dell'A.S.Re.M., sede della Centrale Operativa, che provvederà a corrispondere ai singoli partecipanti, tramite le Zone A.S.Re.M. territorialmente competenti, gli importi lordi per ogni ora di servizio secondo il seguente schema:

- Medico € 21 ,00 + 25,00 rimborso una tantum per spese di trasferta
- Infermiere € 11,00 + 25,00 rimborso una tantum per spese di trasferta
- Volontari Soccorritori € 5,19 + 25,00 rimborso una tantum per spese di trasferta
- Automedica € 1,73 + 25,00 rimborso una tantum per spese di trasferta

- Ambulanza € 1,73 + 25,00 rimborso una tantum per spese di trasferta
- COSTI DERIVATI 10% dei sopraindicati costi complessivi.

5) E' confermato lo schema allegato al previgente AIR del 2007 inerente la convenzione tra i soggetti pubblici o privati richiedenti e la Centrale Operativa 118.

Art. 62 - MASSIMALE ORARIO

- 1) In attuazione di quanto disposto dall'art. 64 del vigente A.C.N. gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali e comportano l'esclusività del rapporto di lavoro.
- 2) Per ragioni eccezionali e contingenti specifiche della tipologia dell'attività, qualora il servizio debba essere prolungato oltre il turno prestabilito, l'attività continuativa non può superare le 15 ore.
- 3) Le ore lavorative in soprannumero, ove adeguatamente motivate e documentate, vengono retribuite secondo quanto disposto dall'Art.66, comma 2 del presente accordo;

Art. 63 - REPERIBILITA'

- 1) Secondo il dettato normativo di cui all'art. 67, co. 10 del vigente ACN, i turni mensili di reperibilità eccedenti il numero di 4 vengono retribuiti con un compenso di € 5 per ogni ora;
- 2) Nel caso in cui il medico di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118 venga chiamato in turno di reperibilità scatta la normale tariffazione oraria.

Art. 64 - INDENNITA' DI RISCHIO

- 1) L'indennità oraria di rischio di cui all'Art. 39 del previgente Accordo Decentrato Regionale del 2007 è rideterminata in Euro 22,49 euro nelle more di quanto previsto dall'Art.66 comma 4 del presente accordo.

Art. 65 - INDENNITA' DIGITALE

1) Per la compilazione della scheda sanitaria informatizzata e le prestazioni in forma di telemedicina relative al servizio di Emergenza Territoriale determinate dall'ASReM è corrisposta una indennità oraria aggiuntiva pari ad Euro 3,00;

Art. 66 - TRATTAMENTO ECONOMICO

1) In linea con quanto disposto dall'art. 68 del vigente ACN, come integrato dal presente accordo, si precisa che il trattamento economico del medico di emergenza sanitaria territoriale è costituito, fatti salvi gli incrementi contrattuali dei successivi A.A.C.C.N.N. da:

- a) un compenso orario pari a euro 24.25 per ogni ora di attività svolta ai sensi del Capo III del vigente ACN;
- b) una quota oraria (derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010) pari a euro 0,26 per ogni ora di incarico.
- c) Indennità di rischio di cui all'Art. 8 del presente accordo pari ad Euro 22,49;
- d) Indennità digitale pari ad Euro 3;

Per un totale orario complessivo pari ad Euro 50,00.

2) Le ore aggiuntive di cui all'art. 68, comma 4, ACN, vengono retribuite a fronte di una tariffazione oraria complessiva maggiorata parametrata come segue rispetto l'organico teorico completo dei medici convenzionati a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale della regione Molise, pari a n.96 unità:

- a) maggiorazione del 30% fino alla copertura di almeno 48 incarichi EST 118;
- b) maggiorazione del 20% per una copertura di incarichi EST compresa tra n.49 e n.76;
- c) maggiorazione del 10% per numero di incarichi EST superiore a 76;

3) Il finanziamento per la retribuzione di cui al comma precedente è corrisposto nei limiti delle risorse non utilizzate per la retribuzione della massa salariale dell'organico

teorico completo di 96 medici del servizio regionale calcolato ai sensi del comma 1 del presente articolo.

4) Qualora, a seguito delle procedure di reclutamento di cui all'Art. 60 del presente accordo, venisse raggiunto il numero di 48 medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'ASReM ne dà immediata notifica alla regione per l'immediata riapertura delle trattative sulla parte economica.

5) I turni di cui al successivo Articolo 68 non sono considerabili incarichi convenzionali nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Art. 67 - SUPER FESTIVI E RIPOSO ANNUALE

- 1) L'attività di emergenza sanitaria territoriale 118 prestata nei giorni cd. "superfestivi" (24, 25, 26, 31 dicembre; 1° gennaio; 6 gennaio; 25 aprile; Pasqua; lunedì in Albis; 1° maggio; 15 agosto) è retribuita con una maggiorazione di € 5.00 l'ora;
- 2) I turni da liquidare quale "superfestivo" decorrono dalle ore 20.00 del giorno precedente alle ore 8.00 del giorno successivo al "superfestivo"
- 3) Al MET 118 titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un periodo di astensione dal lavoro retribuito pari a 168 ore su base annuale.

Art. 68 - DISPOSIZIONI EMERGENZIALI PER CARENZA DI MEDICI TITOLARI DA INCARICARE NELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1) Ai medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale è consentito, su base volontaria ed esclusivamente nei casi acclarati di carenza di medici da incaricare, svolgere turni nel servizio di Emergenza-Urgenza Territoriale 118 (SET 118).

2) I turni di cui al comma precedente:

- a) non costituiscono né comportano l'instaurazione di un rapporto convenzionale nel SET 118 regionale;

b) sono in deroga ai massimali orari e di compatibilità ore/scelte per i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria già titolari di incarico a ciclo di scelta;

c) sono in deroga ai massimali orari per i medici incaricati nei servizi ad attività oraria e senza concomitante incarico nel Ruolo Unico a ciclo di scelta;

d) possono, su base volontaria, essere detratti dal debito orario del medico eventualmente incaricato nei servizi a ciclo orario dell'Assistenza Primaria (ad esempio il servizio di Continuità Assistenziale).

3) L'ASReM pubblica sul proprio sito istituzionale un avviso aperto e senza scadenza rivolto a medici in possesso del titolo MET per formare un elenco di disponibilità ove i medici possono inviare la propria manifestazione di interesse per le attività di cui al presente articolo. I medici già titolari di incarico a ciclo di scelta forniscono la disponibilità in base al Distretto Socio-Sanitario di convenzionamento nell'Assistenza Primaria, fermo restando la possibilità di dare disponibilità anche presso altri Distretti.

4) I medici del Ruolo Unico forniscono la disponibilità in base al Distretto Socio-Sanitario di convenzionamento nell'Assistenza Primaria e/o di Continuità Assistenziale, fermo restando la possibilità di dare disponibilità anche presso altri Distretti.

5) I Medici del Ruolo Unico a ciclo di scelta, in caso di turno notturno che preceda un giorno feriale, sono esentati dall'obbligo di apertura dello studio di Assistenza Primaria per la fascia oraria mattutina successiva ed autorizzati a posticipare l'attività fiduciaria alla fascia oraria pomeridiana.

6) A garanzia della continuità dell'assistenza, il medico già titolare di incarico a ciclo di scelta provvede, in caso di turno concomitante una fascia oraria di attività a ciclo di scelta, ad incaricare un sostituto come previsto dall'A.C.N., fatto salvo la possibilità di essere supportato dall'eventuale medicina di gruppo/Spoke di A.F.T.

7) Le ore lavorate ai sensi del presente articolo sono considerate ore aggiuntive e remunerate ai sensi dell'Art. 66, comma 2, del presente accordo.

8) L'ASReM provvede agli adempimenti di cui all'Art. 69, commi da 4 a 7, dell'A.C.N. 04 aprile 2024.

9) L'ASReM, determinata l'eventuale carenza di medici di cui al comma 1 del presente articolo, individua mensilmente le postazioni ed i servizi ove sussiste la necessità di garantire in via prioritaria la presenza medica mediante i turni di cui al presente articolo.

10) L'ASReM, effettuate le operazioni di cui al comma precedente, comunica ai medici disponibili ai turni aggiuntivi le postazioni necessitanti di supporto ovvero di copertura dei turni mediante il personale di cui al presente articolo.

11) I medici, di norma entro il mese precedente, comunicano le proprie disponibilità.

12) I medici di cui al presente articolo non sono tenuti a garantire la reperibilità.

13) I medici che intendano avvalersi dei turni di cui al presente articolo allo scopo di ridurre o eliminare il debito orario del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria o del doppio incarico nel servizio di Continuità Assistenziale o di altri incarichi a ciclo orario comunicano tempestivamente tale opzione al U.C.A.D., allo scopo di consentire la messa in atto tutti gli adempimenti organizzativi conseguenti utili a garantire la continuità dell'assistenza nei servizi a ciclo orario distrettuali.

14) Il Comitato Aziendale è individuato come organo funzionale a risolvere e dirimere eventuali problematiche organizzative o gestionali derivanti dall'applicazione del presente articolo.

Art. 69 - FORMAZIONE DEI MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1) In attuazione di quanto previsto dall'art. 66 dell'ACN 2019-2021 e dall'Allegato 10 dello stesso, ASReM organizza con cadenza annuale il Corso di Aggiornamento per i Medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (MET), finalizzato al mantenimento e al potenziamento delle competenze cliniche, operative e gestionali dei professionisti convenzionati nel servizio 118.

2) Il corso, della durata minima di 30 ore, si svolge secondo moduli teorico-pratici e simulazioni in linea con le linee guida nazionali, comprendendo almeno:

- aggiornamenti sulle procedure rianimatorie e sui protocolli di soccorso avanzato;
- gestione del trauma, emergenze cardiovascolari, respiratorie e neurologiche;
- triage, maxi-emergenze e gestione integrata con le centrali operative;
- utilizzo dei sistemi digitali, di telemedicina e compilazione della scheda sanitaria informatizzata.

3) ASReM garantisce il riconoscimento dei crediti ECM e la registrazione nel sistema regionale della formazione continua.

4) I costi organizzativi del corso sono coperti nell'ambito delle risorse destinate alla formazione obbligatoria del personale convenzionato di cui all'art. 22, comma 1, lettera c) dell'A.C.N.

5) Il calendario annuale dei corsi MET è pubblicato sul sito istituzionale dell'ASReM entro il 31 gennaio di ogni anno, con l'indicazione delle sedi, dei contenuti e delle modalità di iscrizione.

NORME TRANSITORIE E FINALI

NORMA TRANSITORIA N.1

1) Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, l'ASReM convoca il comitato aziendale allo scopo di valutare l'assetto assistenziale delle A.F.T.; Nella prima seduta il Comitato effettua le seguenti azioni:

a) Per ogni A.F.T., è determinata la suddivisione in prima istanza delle Zone Territoriali ai sensi dell'Art. 30 comma 5 del presente accordo, aggregando località limitrofe fino a raggiungere la popolazione assistibile minima pari almeno a 1.300 residenti, o comunque in un ordine di grandezza ritenuto congruo rispetto al rapporto ottimale determinato per il Sub-Ambito di A.F.T. di riferimento;

b) Viene definita la mappatura degli studi dei medici già incaricati a ciclo di scelta;

c) Viene determinata la ripartizione territoriale tra le A.F.T. previste sui comuni di Campobasso e Termoli, ed il Comitato definisce i criteri di assegnazione in prima istanza alle stesse dei medici già titolari presso i comuni stessi e dei medici di cui alla successiva lettera d), tenendo conto di fattori come la distribuzione degli assistiti, eventuali studi secondari, appartenenza a Spoke di A.F.T (ex medicine di gruppo) o altri elementi ritenuti utili;

d) E' stilato, per ogni Distretto, l'elenco dei medici a ciclo di scelta che si trovano ad avere già studi presso più A.F.T., o presso Zone Territoriali diverse della stessa A.F.T.

2) terminate le determinazioni di cui al comma precedente, i medici a ciclo di scelta già incaricati nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui all'A.C.N. 04 aprile 2024 o di cui agli A.A.C.C.N.N. previgenti che si trovano ad avere già studi presso più A.F.T., o presso Zone Territoriali diverse della stessa A.F.T.:

a) Sono iscritti negli elenchi di scelta della A.F.T. comprendente il comune già sede di titolarità o, nel caso dei comuni di Campobasso e Termoli, in una delle A.F.T. presenti sul comune determinata dal Comitato Aziendale sulla base dei criteri individuati ai sensi del precedente comma 1, lett.c), e vengono cancellati dagli elenchi di scelta delle altre A.F.T.:

b) Sono assegnati come titolarità di incarico alle Zone Territoriali individuate dall'ASReM per le località già sede di incarico a ciclo di scelta a tempo indeterminato;

c) Conservano le scelte in carico ed il diritto al mantenimento degli studi professionali presso i comuni che vadano ad essere ricompresi in altre A.F.T. o zone territoriali della stessa A.F.T., ma non possono aprire ulteriori studi al di fuori della zona territoriale di assegnazione di cui al punto precedente.

3) Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, l'ASReM delibera le assegnazioni in prima istanza dei medici alle A.F.T., ed attiva contestualmente una procedura di mobilità intraaziendale straordinaria aperta a tutti i medici già incaricati a ciclo di scelta che:

- si trovino ad avere studi professionali presso diverse A.F.T.;
- si trovino ad avere studi presso Zone Territoriali diverse della stessa A.F.T.;
- siano titolari presso i comuni di Campobasso e Termoli ma interessati a cambiare A.F.T. di assegnazione.

4) I medici di cui al comma precedente possono produrre istanza di spostamento della titolarità di incarico nella A.F.T. o nella Zona Territoriale all'interno della stessa A.F.T. che essi ritengano maggiormente funzionale alla loro attività, indicando una preferenza o un ordine di preferenze, secondo quanto determinato nei punti successivi.

- a) Per i comuni di Campobasso e Termoli, possono produrre istanza di spostamento tutti i medici già titolari presso i comuni stessi;
- b) Per i comuni o le Zone Territoriali dalla popolazione assistibile maggiore di 10.000 abitanti residenti, possono produrre istanza di spostamento i medici che detengano un numero di scelte presso la destinazione desiderata pari almeno alla metà del rapporto ottimale individuato per il Sub-Ambito di riferimento, escludendo i temporanei, le scelte in deroga ed i ricongiungimenti.
- c) Per i comuni o le zone territoriali dalla popolazione assistibile minore di 10.000 abitanti residenti, possono produrre istanza di spostamento i medici che detengano un numero di scelte presso la destinazione desiderata pari ad almeno 400 scelte, escludendo i temporanei, le scelte in deroga ed i ricongiungimenti.

I medici al di sotto delle 400 scelte presso la Zona Territoriale desiderata di destinazione, esclusi i temporanei, le scelte in deroga ed i ricongiungimenti, possono produrre istanza con la possibilità di acquisire il diritto allo spostamento, valido anche negli anni successivi, in subordine

all'inserimento nella Zona Territoriale di origine di un nuovo medico a seguito delle prime procedure di cui all'Art.31 del presente accordo, fermo restando il termine di 2 anni di cui all'Art.34 comma 3 A.C.N.

6) L'ASReM formula le graduatorie per la procedura di mobilità straordinaria di cui alla presente norma transitoria secondo il criterio del maggior numero di scelte presso la zona di destinazione desiderata calcolata all'ultimo giorno del mese precedente, poi per anzianità di incarico nell'Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso l'ASReM, poi per minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

7) Il Comitato Aziendale è convocato per le seguenti determinazioni:

- a) Autorizzazione degli spostamenti con effetto immediato nei casi in cui dallo spostamento stesso non vada a generarsi nel territorio di provenienza una carenza di assistenza, ovvero qualora nel medesimo territorio sia garantita, sulla base degli effetti della presente norma transitoria, la presenza di un numero di medici sufficienti ad acquisire la popolazione assistibile presente;
- b) Sospensione dello spostamento, con preservazione del diritto allo stesso, fino all'inserimento di un nuovo medico titolare nella Zona Territoriale di Provenienza;
- c) Eventuale autorizzazione al cambio di A.F.T. per i medici dei casi specifici di Campobasso e di Termoli.

8) Allo scopo di garantire il miglior riequilibrio dell'assetto assistenziale della rete di Assistenza Primaria regionale e valorizzare al massimo il criterio di prossimità allineando quanto più possibile gli studi dei medici con la residenza dei reali assistiti, l'autorizzazione allo spostamento dei medici dei medici di cui al punto a) del comma precedente alle A.F.T. può prevedere, nella prima fase di entrata in vigore del presente accordo, deroghe rispetto al massimale teorico del numero di assistibili e di medici iscrivibile alla A.F.T. stessa.

9) I medici di cui al punto b) del precedente comma 7 che abbiano maturato il diritto allo spostamento, al momento dell'autorizzazione ovvero del successivo inserimento di un nuovo medico nella Zona Territoriale di origine, vengono altresì inseriti in deroga al massimale teorico della A.F.T. di destinazione.

10) Per i medici titolari di doppio incarico a ciclo fiduciario e ad attività oraria non aderenti al Ruolo Unico di Assistenza Primaria, per quanto concerne l'incarico a quota oraria, si applica quanto previsto dalla norma transitoria n.2.

11) Lo spostamento della titolarità secondo le procedure di cui ai commi precedenti è da considerarsi nell'ambito di una procedura straordinaria di mobilità intra-aziendale e pertanto non comporta il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

12) Terminate le procedure di cui ai commi precedenti e di cui alla norma transitoria n.2 del presente accordo, ASReM effettua una rivalutazione della rete assistenziale ed avvia in forma straordinaria le procedure di cui all'Art. 31 del presente accordo.

NORMA TRANSITORIA N.2

1) Contestualmente alle procedure di cui alla norma transitoria n.1, l'ASReM comunica ai medici già titolari di attività di assistenza primaria a ciclo orario (ex-Continuità Assistenziale) l'eventuale sede di nuova assegnazione ai sensi del relativo documento di riorganizzazione regionale.

2) Ai medici già titolari presso punti erogativi di C.A. (ex-sedi di titolarità di Continuità Assistenziale) che a seguito della riorganizzazione del servizio dovessero essere modificati è data la possibilità di spostare la titolarità presso un altro punto erogativo del servizio nell'ambito del Distretto.

3) L'ASReM trasmette ai medici di cui al comma precedente l'elenco dei punti erogativi di C.A. del Distretto di appartenenza disponibili per lo spostamento, a cui i medici possono dare riscontro selezionando la sede di spostamento, anche indicando un ordine di preferenze, entro 15 gg.

4) La priorità nello spostamento della sede di C.A. viene data per anzianità di servizio presso il servizio di Ruolo Unico a ciclo orario (Ex Continuità Assistenziale) dell'ASReM, poi per età al momento della laurea e successivamente al voto di laurea.

5) Lo spostamento è da considerarsi una procedura straordinaria di mobilità interaziendale e non comporta il passaggio al ruolo unico di Assistenza Primaria di cui all'A.C.N. 04 aprile 2024, ed è approvato dal Comitato Aziendale.

6) Qualora dall'applicazione della presente norma transitoria, o per altre dinamiche verificatesi successivamente, risultasse una eccedenza di debito orario rispetto al fabbisogno, allo scopo di garantire lo spettante ai medici incaricati, si applica quanto previsto dal comma 10 dell'Art. 31 del presente accordo.

NORMA TRANSITORIA N.3

1) Le forme associative previgenti già in essere alla data di entrata in vigore del presente accordo, ovvero le medicine di associazione, di rete e di gruppo, sono fatte salve fino all'attivazione delle A.F.T. con l'erogazione delle relative indennità.

- 2) Alla data di attivazione delle A.F.T., le medicine di associazione e di rete sono abolite in virtù del passaggio alle A.F.T. come forma associativa a complessità minima standard, e l'indennità di partecipazione alle attività di A.F.T. subentra alle indennità di medicina di rete e di associazione.
- 3) Alla data di attivazione delle A.F.T., le previgenti medicine di Gruppo esistenti in regione sono convertite a Spoke di A.F.T.
- 4) A decorrere dalla data di attivazione delle A.F.T., la decadenza per numero di medici inferiore a 3 degli Spoke evoluti da previgenti medicine di gruppo già esistenti è bloccata per 24 mesi, con la preservazione dell'indennità per i medici già aventi diritto, convertita ed adeguata all'indennità di Spoke di A.F.T. ed erogata per le modalità previste dall'Art. 24 del presente accordo.
- 5) Nel caso in cui uno Spoke di A.F.T., al termine delle norme transitorie n.1 e n.2 del presente accordo, contenga un medico già titolare di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta che risulti titolare presso un'altra A.F.T., quel medico potrà continuare a far parte dello Spoke, ma potrà percepire la relativa indennità solo per gli assistiti appartenenti alla Zona Territoriale sede dello Spoke. In seguito, potranno far parte degli Spoke solo i medici iscritti all'A.F.T. in cui lo Spoke ha sede.
- 6) Le domande per l'ingresso in medicina di gruppo e per la relativa indennità economica già inviate all'ASReM precedentemente all'entrata in vigore del presente accordo sono salvaguardate ed integrate nei relativi elenchi per le indennità di Spoke.
- 7) Dalla data di pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo e fino all'effettiva attivazione delle A.F.T., le domande di costituzione di nuove medicine di gruppo sono convertite in domande di costituzione di Spoke di A.F.T., e l'effettiva attivazione dei nuovi Spoke, con la relativa indennità, decorre dalla data di attivazione delle A.F.T.
- 8) Nel caso di domanda di costituzione di nuovi Spoke di A.F.T. o di ingresso in M.Gruppo/Spoke pervenuta da parte di medici già facenti parte di M.Associazione o M.Rete, l'attivazione dei nuovi Spoke o l'ingresso in Spoke già esistenti, con l'erogazione delle relative indennità, decorre dalla data di attivazione delle A.F.T., e fino ad allora viene erogata l'indennità delle forme associative previgenti.
- 9) In via eccezionale l'elenco degli Spoke di A.F.T. e degli aventi diritto alle relative indennità è aggiornato entro 60 giorni dall'attivazione delle A.F.T., successivamente è aggiornato a cadenza annuale entro il 31 gennaio dell'anno successivo.
- 10) Decorso il limite temporale di cui al comma 4 del presente articolo, lo Spoke di A.F.T. che non si conformi agli standard di cui all'Art. 24 del presente accordo decade, fatte salve specifiche deroghe ammesse dal comitato aziendale per comprovati motivi e necessità tecniche.

NORMA TRANSITORIA N.4

- 1) Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, il comitato aziendale provvede ad approvare il regolamento interno delle A.F.T. di cui all'articolo 29, comma 12 A.C.N., ivi compresi i criteri di selezione e nomina dei Referenti di A.F.T. e delle strutture di Coordinamento delle U.C.C.P.
- 2) Entro 15 giorni dal termine di cui al comma precedente, l'ASReM predispone e pubblica sul sito un apposito avviso per le candidature.
- 3) Gli U.C.A.D. dell'ASReM provvedono nella seduta di insediamento a predisporre la prima programmazione trimestrale delle attività orarie e determinare un regolamento interno per gli audit e per le procedure organizzative interne.
- 4) Tutti gli incarichi di sostituzione di Continuità Assistenziale in essere terminano alla data di attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., fatte salve eventuali deroghe individuate dai Distretti necessarie a garantire la continuità del servizio.

NORMA TRANSITORIA N.5

- 1) Contestualmente all'avvio delle norme transitorie n.1 e n.2, il comitato aziendale rivaluta la posizione di tutti i medici a ciclo di scelta e ad attività oraria già trattenuti in servizio oltre il compimento del settantesimo anno di età prima dell'entrata in vigore del presente accordo.
- 2) Ai medici di cui al comma precedente è confermato il trattenimento in servizio solo nel caso in cui permanga una carenza nelle zone territoriali di titolarità a seguito del primo ciclo delle procedure di cui all'Art.31 del presente accordo, ed in coerenza con quanto previsto dall'Art.46.

NORMA TRANSITORIA N.6

- 1) I medici con pregressa esperienza di medicina penitenziaria nella regione molise mediante contratto di medicina dei servizi (Ex-SIAS), nell'ambito delle attribuzioni degli incarichi a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione o per turni presso le carceri molisane, vengono interpellati prioritariamente rispetto agli altri candidati, secondo l'anzianità di incarico calcolata in numero di mesi o frazione di mese di servizio effettivo;

NORMA TRANSITORIA N.7

L'ASReM, entro 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, recepisce ed avvia l'implementazione del D.C.A. inerente la nuova programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza, il quale determina la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale regionale in coerenza con quanto previsto dall'Art. 29 comma 5 del presente accordo. Il termine massimo per l'attuazione del citato D.C.A. è stabilito in 90 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo.

NORME FINALI

1) L'ASReM provvede allo smaltimento dei rifiuti pericolosi e/o speciali prodotti negli ambulatori di tutti i medici di medicina generale, senza oneri a carico dei medici.

2) Entro 90 giorni dall'attivazione della piattaforma regionale dei flussi informativi prevista dal presente accordo, la struttura commissariale si impegna a convocare un tavolo tecnico con le O.O.S.S. dei MMG per la stipula di un protocollo d'intesa per favorire la completa fruizione e l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ovvero del *patient summary* da parte dei MMG, come prevista dall'art. 3 del DPCM 29 settembre 2015, n. 78 e S.S.M.M.I.I. Le parti firmatarie del presente accordo concordano sulla necessità che le modalità di fruizione e di alimentazione dei dati che saranno individuati non vadano ad aggravare ulteriormente il carico burocratico dei M.M.G.

3) Alla data di attivazione delle A.F.T., i compiti dei medici di cui all'Art. 30 del previgente A.D.R. Molise 2007 vengono ricondotti ai referenti di A.F.T.

4) Le disposizioni di cui all'Articolo 1 del DCA n. 26 del 13/02/2025 sono prorogate fino a revoca da parte del tavolo permanente regionale per la medicina generale.

5) L'ASReM si impegna a fornire, entro la data di attivazione delle A.F.T., un'auto di servizio a tutti i medici impegnati nelle attività a ciclo orario in condizioni di sicurezza e con caratteri distintivi che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso.

6) L'ASReM istituirà entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo un servizio specifico rivolto ai medici di Assistenza Primaria a ciclo orario, ma anche a ciclo di scelta, utile ad attivare rapidamente il trasporto sicuro degli utenti verso le strutture per la gestione delle emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, in caso di aggravamento delle

condizioni cliniche inizialmente manifestate all'ingresso in struttura territoriali per urgenze a bassa complessità.

7) Ai sensi della Risposta n. 73/2025 dell'Agenzia delle Entrate con oggetto: "Regime fiscale degli emolumenti corrisposti ai medici di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale, ex guardia medica) a seguito dell'istituzione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria – Articolo 53 del Testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917", gli emolumenti corrisposti dall'ASReM ai medici titolari del Ruolo Unico di Assistenza Primaria incaricati ai sensi dell'Art.31 ACN 04 aprile 2024 titolari di scelte e di attività oraria sono corrisposti in un unico cedolino ed inquadrati fra i redditi di lavoro autonomo di cui all'articolo 53 del Tuir.

8) Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità che presso ogni Comitato Tecnico, Commissione, Gruppo di lavoro e Organismo inerente a progetti e/o sperimentazioni riguardanti l'assistenza sanitaria territoriale a livello regionale o aziendale debba prevedere la presenza di medici di medicina generale come membri di diritto, designati rispettivamente dal Comitato Regionale o dal Comitato Aziendale, con particolare attenzione riguardo la contrattualizzazione della Telemedicina, il NUE 116117, le Centrali Operative Territoriali C.O.T. e gli altri contenuti del DM n.77/2022

9) Entro il 30 agosto dell'anno di riferimento, la regione e le O.O.S.S. siglano l'accordo integrativo regionale per la campagna vaccinale antinfluenzale. Il budget residuo derivante dalle quote incentivanti per obiettivi non raggiunti nell'anno precedente vengono vincolati come finanziamento aggiuntivo per l'accordo dell'anno successivo.

10) Le parti condividono la necessità di istituire presso l'ASReM, come organo di supporto strategico, programmazione e coordinamento, il Dipartimento Aziendale di Cure Primarie. Questo sarà assimilato ad una U.O.C. ed avrà l'obiettivo di favorire tutti i processi e le attività caratterizzate dall'elevata necessità di integrazione e direzione tecnica, con particolare attenzione allo specifico settore della Medicina Generale nelle sue forme e nelle sue strutture. Il dipartimento sarà diretto da un Medico di Medicina Generale operante in regione dall'adeguato curriculum e dalle comprovate capacità manageriali, nominato dal D.G. ASReM tra una rosa di 3 candidati proposti dal Comitato Aziendale e resterà in carica per 3 anni, eventualmente rinnovabili. Il Direttore del Dipartimento potrà optare per un incarico a tempo pieno o parziale, il quale sarà retribuito e regolato da un apposito contratto di diritto privato, redatto secondo uno schema tipo approvato dalla Struttura Commissariale.

11) La partecipazione dei M.M.G. a progettualità di integrazione con le farmacie territoriali viene demandata a specifici Accordi Regionali.

12) Il Comitato Aziendale è il soggetto deputato a garantire la migliore applicazione delle norme transitorie del presente accordo e ad individuare le migliori soluzioni utili a dirimere eventuali

controversie e chiarire eventuali dubbi interpretativi che si verificassero nell'ambito della applicazione delle stesse, adottando le determinazioni necessarie a garantire nel più breve tempo possibile il riequilibrio della rete assistenziale e l'entrata in vigore del nuovo modello organizzativo di Continuità dell'Assistenza e della A.F.T. e delle U.C.C.P.

13) La popolazione assistibile della regione Molise utile al calcolo delle carenze e delle quote dei medici aventi diritto alle indennità di collaboratore di studio, di collaboratore infermieristico e degli spoke di A.F.T. è calcolata sulla base delle rilevazioni ISTAT riguardo i residenti in regione Molise al 01 gennaio dell'anno di riferimento di età maggiore di 14 anni.

14) Gli incarichi di sostituzione nelle attività orarie vengono attribuiti, per ogni trimestre di programmazione, seguendo l'ordine della relativa graduatoria.

15) Le parti precisano che il presente A.I.R. comporta numerose iniziative di digitalizzazione dei sistemi di comunicazione tra i medici e le parti Distrettuali ed Aziendali, che necessitano dello sviluppo di sistemi di interfaccia e interoperabilità. Nelle more del loro pieno sviluppo, il Comitato Aziendale determina le modalità alternative e provvisorie utili ai suddetti adempimenti.

16) Tutti i compensi e le indennità di cui al presente accordo sono intesi al netto degli oneri a carico dell'ASReM e soggetti a contribuzione ENPAM nelle modalità previste dall'A.C.N.

17) L'ASReM si impegna a trasmettere alle O.O.S.S. annualmente la consistenza associativa aggiornata alle ultime rilevazioni trasmesse alla SISAC.

18) Per quanto non richiamato espressamente dal presente Accordo si fa riferimento a quanto previsto dall'Accordo Decentrato Regionale 2007, fatti salvi eventuali ulteriori e successivi accordi.

DICHIARAZIONI A VERBALE

DICHIARAZIONE A VERBALE N.1

Allo scopo di garantire il pieno rispetto dei contenuti del piano nazionale liste d'attesa e delle disposizioni conseguenti della Regione Molise e dell'ASReM, nonché del codice deontologico, a tutela della attività clinica propria del M.M.G., le parti condividono che in alcun caso il medico di ruolo unico di assistenza primaria è tenuto ed effettuare prescrizioni o certificazioni spettanti ai medici specialisti convenzionati o dipendenti dell'ASReM, nonché a trascrivere o inserire referti

o ad eseguire qualsiasi altra funzione derivante da condotte omissive da parte di altri soggetti sanitari. In particolare, con specifico riferimento alle prescrizioni di visite specialistiche ed accertamenti successivi al primo, si sottolinea come queste debbano essere prescritte dal professionista che ha visitato il paziente senza che questi sia rimandato al M.M.G. per la prescrizione/prenotazione. Stesso dicasi per le terapie ed i presidi.

DICHIARAZIONE A VERBALE N.2

Le parti condividono la necessità di rimodulare lo z-score sulla base dell'evoluzione delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione Molise, oltre che sulla base del nuovo assetto costituito dalle A.F.T. e dalle U.C.C.P.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: STANDARD DEI SERVIZI A QUOTA ORARIA DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA E PROTOCOLLO OPERATIVO CONDIVISO CON IL 118 (Art. 44 A.C.N.)

Articolo 1

1) Il presente allegato rientra nell'applicazione di quanto previsto dall'Art. 44 dell'A.C.N. e 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 e dalla Province Autonome in data 9 settembre 2025, ed entra in vigore alla data di attivazione delle A.F.T. e del nuovo modello organizzativo regionale di continuità dell'assistenza.

2) Ad integrazione di quanto già esposto nell'articolato del presente A.I.R., il presente allegato dettaglia gli standard minimi organizzativi, tecnologici e le tipologie di problematiche cliniche ed amministrative di competenza specifica dei servizi erogati dai MMG di Ruolo Unico di Assistenza

Primaria a ciclo orario delle A.F.T. nell'ambito del modello organizzativo regionale di Continuità dell'Assistenza, presso i nei servizi:

- a) Degli Ambulatori diurni di M.G. di A.F.T. delle Case di Comunità;
- b) Dei punti erogativi del servizio di Continuità Assistenziale (C.A.).

2) Successive integrazioni e modificazioni del presente allegato sono approvate da parte del Comitato Regionale a seguito di ulteriori provvedimenti di natura progettuale, di sperimentazioni, di evidenze frutto della una periodica analisi dei dati e delle casistiche effettuata, di norma, a cadenza annuale.

3) Ogni punto di erogazione di Assistenza Primaria ad attività oraria appartiene pienamente ad una A.F.T. ed è dunque interconnesso ad una Casa di Comunità in coerenza con quanto determinato dalla programmazione regionale.

4) Ogni punto di erogazione di Assistenza Primaria ad attività oraria attinge alla Casa di Comunità di appartenenza per le prestazioni del personale infermieristico e per le altre dotazioni necessarie allo svolgimento delle attività assistenziali.

5) L'ASReM fornisce ogni punto di erogazione di assistenza primaria ad attività oraria rete Wifi, PC con stampante e tablet di servizio dotati di dispositivi di firma grafometrica ed apposito software gestionale connesso in rete con il sistema dei flussi informativi regionale e con le schede sanitarie di tutti gli assistiti del S.S.R., il quale consentirà al medico di turno di accedere alla scheda sanitaria del paziente e visionarne i dati clinico-anamnestici, gli accertamenti effettuati o in attesa, e la terapia. Il software consentirà di stilare per ogni visita una relazione clinica dell'intervento, prescrivere terapie o accertamenti, definire e codificare l'esito secondo l'Art. 6 del presente allegato.

6) L'ASReM provvede a fornire ogni punto erogativo di telefono fisso e, se possibile, smartphone di servizio. In caso di impossibilità a garantire lo smartphone di servizio il telefono fisso dovrà essere obbligatoriamente dotato della funzione di trasferimento di chiamata per consentire di deviare le chiamate in arrivo.

7) Ogni medico incaricato nei servizi a ciclo orario è dotato dall'ASReM di credenziali personali o comunque di un identificativo per accedere ai gestionali installati sui PC e sui tablet di servizio, alla piattaforma dei flussi informativi regionali, al registro digitale della sede.

8) Nell'ottica dell'utilizzo appropriato di ciascun servizio, l'ASReM si impegna a produrre specifico materiale informativo concordato con le O.O.S.S., rivolto ai cittadini, riguardante le specificità dei servizi a ciclo orario.

Articolo 2

1) I medici di Ruolo Unico di Assistenza Primaria, nell'ambito delle loro attività a ciclo orario, si interfacciano con l'utenza:

- a) Attraverso gli accessi diretti e liberi agli ambulatori diurni di M.G. di A.F.T. o alle sedi di C.A.;
- b) Attraverso l'attivazione da parte del terminale territoriale del servizio 116117 per le richieste di visite domiciliari;
- c) Attraverso le richieste pervenute dai M.M.G. a ciclo fiduciario, per quanto concerne le attività degli ambulatori diurni di M.G., nelle modalità approvate dall'U.C.A.D. distrettuale.

2) Per quanto riguarda gli accessi mediati di cui alla lettera b) del comma precedente, fermo restando successive determinazioni regionali, il triage è competenza specifica ed esclusiva del soggetto attivatore, a seguito del contatto telefonico diretto degli stessi con l'utente, nelle specifiche modalità individuate dalla programmazione regionale.

3) Non è consentito in alcun caso il trasferimento diretto della chiamata al medico di turno da parte del soggetto attivatore nella fase di triage, fatto salvo diverse determinazioni regionali da determinare in sede di A.I.R.; il contatto telefonico diretto del medico di turno è utilizzabile esclusivamente per la gestione successiva all'attivazione ovvero alla presa in carico della visita e per il coordinamento con gli altri attori del servizio assistenziale e di intervento, previa conferma dell'accettazione della stessa mediante il PC di sede o il Tablet di servizio. In nessun caso è previsto il trasferimento della chiamata al medico di ruolo unico a ciclo di scelta.

4) Il terminale territoriale del servizio 116117, ricevuta la chiamata diretta del paziente, qualora non fosse possibile la gestione diretta del caso, attua le seguenti procedure:

- a. Nel caso di paziente autonomo, deambulante, pediatrico, o comunque ritenuto trasferibile, si procede ad indicare al paziente il presidio di competenza o disponibile ove recarsi con mezzi propri.
- b. Nel caso di paziente ritenuto meritevole di accesso domiciliare, è effettuato il triage da cui è generato un sommario digitale di presentazione composto da:
 - Nome e Cognome del paziente;
 - Indirizzo e numero di telefono;
 - Breve sommario anamnestico;

- Sospetto diagnostico;
- Eventuali ulteriori annotazioni ritenute utili.

5) Tale sommario è trasmesso come richiesta di visita domiciliare che al servizio territorialmente competente dell'ambulatorio diurno di M.G. di A.F.T. o del punto erogativo di C.A.

6) Il medico apre la notifica e conferma la presa in carico della visita, la quale è espletata mediante il software gestionale del PC di studio, o mediante il tablet. Il software consentirà altresì al medico di determinare il codice colore finale, e di registrare e rendicontare in automatico le eventuali prestazioni aggiuntive effettuate.

7) Il medico che ha già in carico un utente trasmette alla Centrale Operativa U.C.A. attraverso la piattaforma informatica di servizio la propria disponibilità o indisponibilità a ricevere ulteriori chiamate o a prendere in carico ulteriori visite domiciliari.

8) Ogni visita domiciliare viene chiusa e codificata attraverso il tablet del medico ed è successivamente annotata sinteticamente sul registro di sede.

9) La relazione clinica digitale sarà modificabile fino al termine del turno del medico, quando sarà protocollata e trasmessa al sistema dei flussi informativi regionale e caricata automaticamente sul F.S.E. , alimentando il patient summary.

10) La relazione clinica, una volta trasmessa, viene notificata al M.M.G. titolare del rapporto fiduciario dell'assistito attraverso mail o mediante notifica sul gestionale personale.

11) Gli accessi e le prestazioni dei servizi a quota oraria alimentano un database distrettuale ed aziendale accessibili ai membri degli U.C.A.D., allo scopo di favorire un monitoraggio continuo delle attività utile ad intraprendere iniziative di potenziamento ed efficientamento del sistema di cure primarie regionale.

12) Per quanto concerne le attività orarie delle U.C.C.P./U.C.A., non è previsto l'accesso diretto dei pazienti, e le modalità di attivazione sono concordate a livello Distrettuale in base alle funzioni specifiche del servizio.

Articolo 3

1) Ad ogni punto erogativo di assistenza primaria ad attività oraria si accede attraverso videocitofono, ed è garantito un servizio di videosorveglianza.

2) Gli ambulatori di qualsiasi livello sono dotati di sala attesa, sala visita, sala per osservazione breve post visita, servizi igienici separati per il personale in servizio e per l'utenza.

3) Il personale sanitario addetto non può prevedere, di norma, meno di 1 Infermiere del distretto ed 1 Medico del Ruolo Unico nell'attività oraria.

4) L'allestimento minimo per ogni punto di erogazione di assistenza primaria ad attività oraria è il seguente:

- Scrivanie, poltrone e sedie, arredi ed armadi, armadietti farmaceutici adeguati anche per il conservazione degli stupefacenti, strumentario di piccola chirurgia (rimozione punti di sutura in filo e metallici, medicazioni), lettino da visita, sgabello girevole, predellino a due gradini, portarifiuti a pedale e carrello per medicazione in acciaio;
- Lampada a lente circolare, scialitica, bilancia digitale;
- Kit strumentario otoscopio, kit per lavaggio oculare, materiale per fleboclisi e terapia intramuscolare;
- Dotazione farmacologica minima standardizzata (da concordare al livello distrettuale);
- PC con stampante, rete Wireless, Telefoni sede e Tablet per le visite in numero pari almeno a quello dei medici in servizio nelle attività di C.A. serale, prefestiva e festiva.

5) L'ASReM provvederà a dotare le sedi di parcheggi riservati per le auto private del personale, appositi locali ad uso spogliatoio, area di ristoro con letti, e provvederà alla pulizia, alla sanificazione ed allo smaltimento rifiuti ordinari e speciali, a fornire gli indumenti di lavoro, lenzuola, asciugamani e coperte con annesso servizio di lavaggio per ogni turno.

Articolo 4

1) Ogni punto di erogazione di Assistenza Primaria ad attività oraria della regione Molise è dotato della seguente strumentazione diagnostica minima, in coerenza con quanto previsto dagli standard di cui al DCA n.161 del 16 ottobre 2025:

- a) Elettrocardiografo "rapido" ad 1 derivazione o, per le sedi dotate di personale infermieristico, a 12 derivazioni, con obbligo di pronta telerefertazione specialistica;

- b) Pulsossimetro di livello ospedaliero per adulti e pediatrico;
- c) Sfigmomanometro per adulti, obesi, pediatrico;
- d) Termometro;
- e) Glucometro con relativi consumabili;
- f) Steto-fonendoscopio;
- g) Otoscopio;
- h) Martelletto per riflessi neurologici.
- i) Piattaforma PoCT con set di test minimo da determinare al livello regionale ed aziendale;
- j) Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria;
- k) Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la sindrome metabolica;

L'ASReM assicura una dotazione delle strumentazioni dalla lettera a) a i) in un numero congruo rispetto al personale assegnato alla sede per ogni turno e funzionale a garantire la continuità delle prestazioni sia domiciliari che ambulatoriali.

2) Previa disponibilità di personale formato attraverso corsi specifici organizzati da ASReM, i M.M.G. che ne diano disponibilità potranno potenziare il servizio di diagnostica di primo livello anche attraverso:

- Ecografo;
- Spirometro con obbligo di telerefertazione specialistica fornita dall'ASReM;
- Oftalmoscopio;
- Dermatoscopio con obbligo di telerefertazione specialistica fornita dall'ASReM;

3) Qualora il presidio si trovi presso una struttura dotata di servizi specialistici, di radiologia o punto prelievi, saranno stilati dei protocolli specificatamente dedicati al potenziamento del servizio.

Articolo 5

1) Le prestazioni assistenziali non differibili del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario sono dedicate per la parte clinica, ai codici bianchi e verdi, ovverosia a quelle condizioni morbose a bassa complessità in cui non sussistano segni di pericolo di vita e che non siano sospette di patologie tempo dipendenti, ove non siano in atto alterazioni gravi delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa, tali per cui la visita sia programmabile in modo da essere espletata entro la fine del turno di lavoro.

2) Sono criteri di esclusione assoluta di accesso appropriato ai servizi, a titolo di esempio:

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

3) L'attività prescrittiva è effettuata mediante dematerializzazione.

4) L'attivazione per codici di gravità superiore al verde, come codificati di seguito nel presente allegato, è regolamentata nell'Art. 34 del presente accordo e consentita esclusivamente nell'ambito territoriale di competenza, soltanto nel caso in cui gli equipaggi 118 siano momentaneamente occupati in servizi di uguale o superiore codice di gravità.

5) Nelle eventualità di cui al comma precedente il medico è tenuto ad eseguire il monitoraggio stretto dei parametri vitali, e se necessario le manovre salvavita essenziali B.L.S. e, se disponibile il defibrillatore, B.L.S.-D. fino all'arrivo del mezzo di soccorso appropriato. In alcun caso il medico di assistenza primaria è tenuto ad effettuare manovre o compiti propri del medico di emergenza-urgenza.

Articolo 6

1) La codificazione delle casistiche di intervento da parte dei Medici del Ruolo Unico, utili alla rendicontazione delle attività, avviene sulla base di quanto esposto dal presente articolo e dalle sue successive modificazioni ed integrazioni.

2) Elenco dei codici bianchi:

- Artromialgie di lieve entità di nuova insorgenza o riacutizzazioni croniche delle stesse, in ogni caso non secondarie a trauma;

- Febricola lieve o ricorrente non superiore a 38° in paziente altrimenti sano, esclusi pazienti pediatrici ed anziani di età maggiore di 75 anni;
- Faringiti, tonsilliti, rinosinusiti;
- Sindromi influenzali o parainfluenzali;
- Sindromi gastroenteriche minori, come diarrea acuta non ematica, dispepsia, nausea e vomito in assenza di segni neurologici;
- Sindromi vertiginose note in anamnesi, di origine periferica;
- Riacutizzazione di stati ansiosi o episodi depressivi minori con anamnesi nota;
- Medicazioni semplici e rimozione di punti di sutura;
- Escoriazioni, ustioni minori, ferite superficiali trattabili con compressione o steriltreep;
- Odontalgie;
- Dermatiti croniche, allergiche, micosi, Eczemi, Dermatite Seborroica, Cheratosi, Psoriasi, Balaniti;
- Mastiti;
- Punture di insetto senza segni di reazione allergica;
- Reazione allergica lieve in paziente con anamnesi negativa per reazioni anafilattiche;
- Cefalea cronica riacutizzata in assenza di segni neurologici;
- Infezione del tratto urinario inferiore, difficoltà minzionale;
- Sintomatologia compatibile con calcolosi delle vie urinarie, nota in anamnesi;
- Congiuntiviti;
- Sindromi dispeptiche, nausea, MRGE riacutizzata;
- Otitis acute senza segno di suppurazione, Tappi di cerume;
- Fibromialgia;
- Dismenorrea;

3) Elenco codici verdi, intendendo con tale definizione quelle condizioni cliniche in cui non vi sono condizioni clinico anamnestiche note tali da terminare la necessità breve di interventi o accertamenti diagnostici:

- Crisi ipertensiva di lieve entità in paziente con anamnesi positiva per episodi simili, in assenza di alterazioni del ritmo;
- Episodio asmatico lieve senza desaturazione o peggioramento progressivo in anamnesi positiva per analoghi episodi pregressi;
- Epigastralgia con segni suggestivi di origine gastrica o esofagea senza sanguinamento;
- Febbre inferiore a 39 di TC;
- Dolore addominale di lieve entità associato ad alterazione dell'alvo in paziente con anamnesi negativa di patologia vascolare o trombotica;
- Occhio rosso non dolente;
- Calazio;
- Dacriocistite;
- Epistassi di lieve entità;
- Orticaria diffusa;
- Dispnea lieve entità in assenza di insufficienza respiratoria rilevabile alla pulsossimetria;
- Contusioni minori degli arti e delle articolazioni, senza funzione lesa e senza segni di frattura;
- Herpes Zoster ed altre infezioni erpetiche minori;
- Nevralgie lievi periferiche;
- Paralisi del VII nervo;
- Reazioni allergiche di lieve entità senza segni di coinvolgimento respiratorio;
- Scompenso glicemico minore;
- Ematuria non sintomatica;
- Prostatiti;

- Artrite acuta, Atrite acuta gottosa;

4) Sono codificati come codici superiori al verde tutti i casi di instabilità emodinamica, di alterazione significativa delle funzioni cardiaca, respiratoria, neurologica, i traumi, o comunque qualsiasi condizioni che comporti una alterazione delle funzioni vitali di tale entità o evolutività potenziale tale da necessitare immediatamente, o comunque nel minor tempo possibile, procedure diagnostiche e terapeutiche, o osservazione stretta in ambiente protetto. Tra i casi specifici, rientrano dei codici superiori al verde:

- Dolore Toracico o epigastrico;
- Arresto cardiaco e/o respiratorio;
- Aritmia ipo o ipercinetica;
- Crisi ipertensiva severa;
- Ipotensione;
- Insufficienza Cardiaca Acutao scompenso cardiaco cronico riacutizzato;
- Edemi declivi insorti acutamente o nell'ambito di congestione polmonare diagnosticata clinicamente;
- Shock;
- Emorragie significative;
- Metrorragia con alterazione dei parametri vitali;
- Perdita ematica in gravidanza;
- Travaglio di parto;
- Emofetoe severo, Ematemesi o Rettorraggia significativa con alterazione dei Parametri Vitali;
- Ferite necessitanti punti di sutura;
- Ferita estesa con perdita ematica attiva da sospetta rottura di vaso arterioso;
- Ferita penetrante o trapassante;
- Ustioni severe;

- Sospetto stroke ischemico o emorragico;
- Ischemia acuta di un arto;
- Sospetta embolia polmonare;
- Trombosi e tromboembolismi;
- Edema polmonare;
- Insufficienza respiratoria;
- Sindrome da ostruzione acuta delle vie aeree;
- Pneumotorace;
- Sincope o episodio presincopale o lipotimico;
- Coma o stato soporoso;
- Ipostenia o deficit sensitivo-motorio acuto;
- Epilessia;
- Cecità improvvisa;
- Alterazione acuta della vista (es. Diplopia, emianopsia);
- Glaucoma acuto o occhio rosso dolente;
- Perdita acuta dell'udito, otorrea o otorragia;
- Cefalea acuta, cefalea con segni neurologici, cefalea con vomito espulsivo;
- Nevralgie severe di nuova insorgenza;
- Stato di Agitazione Acuta;
- Allucinazioni con o senza delirio;
- Tentativo di suicidio;
- Crisi d'astinenza;
- Intossicazione acuta da alcolici, farmaci o sostanze stupefacenti;

- Trauma dell'occhio con o senza corpo estraneo;
- Trauma cranico, toracico o addominale;
- Trauma degli arti o delle articolazioni con sospetta frattura;
- Frattura;
- Lussazione o distorsione di arto o articolazione;
- Addome acuto;
- Colica addominale o renale;
- Ernia con sospetto di intasamento, strozzamento o complicata;
- Algia testicolare acuta;
- Priapismo acuto;
- Algia pelvica acuta;
- Torsione del funicolo spermatico;
- Disfagia acuta;
- Ittero o subittero;
- Insufficienza epatica;
- Ascite;
- Avvelenamento;
- Reazione allergica severa o con segni di interessamento respiratorio;
- Anafilassi;
- Ipertermia severa, febbre con TC maggiore di 40;
- Colpo di sole o di calore con TC maggiore di 40;
- Ipotermia o congelamento;
- Oliguria o anuria;

- Iperglicemia severa o ipoglicemia;
- Celluliti, Ascessi, Fasciti;

5) L'accesso ai pazienti Oncologici o in cure palliative è considerato codice giallo. La regione e le O.O.S.S. condividono la necessità di stipulare specifici protocolli di gestione per questa tipologia di pazienti.

6) Tutta l'attività prescrittiva o certificativa è considerata codice bianco.

Articolo 7

1) Il presente allegato sarà periodicamente aggiornato ed integrato in sede di comitato regionale, valorizzando il ruolo degli U.C.A.D. nell'ambito dell'analisi dei dati e della reportistica delle attività.

2) Attraverso i database di accesso al servizio, integrato con il flusso informativo dei locali P.S., saranno elaborati strumenti organizzativo gestionali atti a gestire la problematica degli accessi impropri al P.S., ivi compresa la dinamica dei cd. "Frequent-users".

3) Le prescrizioni di farmaci con note A.I.F.A. e/o soggetti a Piano Terapeutico potranno essere effettuate previa presentazione da parte dell'utente della relativa documentazione, e comunque previa verifica sul software gestionale del punto di erogazione dell'effettivo diritto ed appropriatezza;

4) Il rilascio di certificazioni non obbligatorie previste dall'A.C.N. è consentito in forma di Libera Professione.

5) Non sono obblighi del medico a quota oraria:

- la prescrizione di esami diagnostici, di laboratorio e strumentali, salvo percorsi e P.D.T. oggetto di specifici accordi regionali o aziendali;
- la ripetizione di prescrizioni farmaceutiche, salvo i casi che rivestono carattere di urgenza;
- la trascrizione su ricettario regionale di farmaci prescritti dai medici dei D.E.A. o del P.S. e dai medici ospedalieri e/o universitari e di liberi professionisti ;
- la prescrizione di ricoveri programmati;
- il rilascio di certificazione non obbligatoria.

Articolo 8

1) Le attività specifiche a ciclo orario delle U.C.C.P./U.C.A. sono determinate al livello Distrettuale secondo quanto previsto dal presente accordo.

2) Entro la data di attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., i Direttori di Distretto dell'ASReM presentano al Comitato Aziendale, ognuno per il proprio ambito e sulla base delle specifiche necessità individuate, il Piano delle Attività Distrettuali delle U.C.A. (P.A.D.-U.C.A.), il quale contiene:

- a) La tipologia specifica di attività e funzioni;
- b) Il metodo di reclutamento ed assegnazione dei medici al servizio, anche in base a specifici requisiti formativi;
- c) La gestione del monte orario delle U.C.A. distrettuali , secondo i massimali definiti dalla programmazione regionale ed aziendale;

3) Il Comitato Aziendale ha facoltà di approvare integralmente il P.A.D.-U.C.A. e di proporre modifiche o integrazione.

4) L'eventuale potenziamento del monte ore delle U.C.A. deve essere approvato dalla Struttura Commissariale.