

**PRE INTESA DELL'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 23 luglio 2025 ha avuto luogo alle ore 12:00 l'incontro per la firma della pre-intesa dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale della regione Molise

Per la regione Molise:

Il Commissario ad Acta alla Sanità

Dott. Marco Bonamico

Il Sub-Commissario ad Acta alla Sanità

Dott. Ulisse di Giacomo

Il Direttore Generale della Salute

Dott.ssa Lolita Gallo

Per parte sindacale:

O.S. SNAMI dott. Federico Di Renzo

O.S. FIMMG dott. Cesare Mariotti

O.S. FMT dott. Ernesto La Vecchia

O.S. SMI dott. Giovanni Passarelli

PREMESSA:

Il presente Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.), in recepimento degli AACCNN 28 aprile 2022 e 04 aprile 2024,

rientra nella riorganizzazione 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 del servizio della Medicina Generale (M.G.) esistente sarà attuata mettendo in rete tutti i medici a ciclo fiduciario e ad attività oraria nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.) ed attivando le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.), attraverso un sistema di flussi informativi totalmente digitalizzato ed integrato con la rete degli specialisti territoriali e con quella ospedaliera.

Attraverso la riorganizzazione delle attività a ciclo orario dei M.M.G. verrà ottimizzata la continuità dell'assistenza per sette giorni la settimana, mediante un nuovo modello organizzativo flessibile in grado di potenziare l'offerta assistenziale nelle fasce orarie a maggiore domanda di salute, valorizzando al contempo le innovazioni introdotte dal Decreto del Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022 (Da qui DM77/2022), integrando ed armonizzando il ruolo imprescindibile degli studi medici a rapporto fiduciario dei M.M.G. diffusi capillarmente sul territorio regionale con le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e tutti i soggetti previsti dalla Missione 6 componente 1 del P.N.R.R.

CONTESTO DI RIFERIMENTO:

La regione Molise, al 1° gennaio 2024, ultima rilevazione ISTAT disponibile, conta una popolazione di 289.252 abitanti residenti, di cui 260.917 di età superiore ai 14 anni. Tale popolazione si distribuisce in modo disomogeneo, con una concentrazione di oltre 110.000 individui in soli quattro centri urbani principali: Campobasso, il capoluogo di regione con circa 50.000 abitanti; Termoli, il polo industriale e marittimo con 32.000 residenti circa, Isernia, capoluogo di provincia, con circa 21.000 residenti e Venafro, centro di riferimento della fascia occidentale con circa 11.000 residenti. Il restante 60% della popolazione si distribuisce in 132 comuni, prevalentemente di piccole dimensioni, con ben 107 centri che contano meno di 2.000 abitanti.

La regione soffre un progressivo e costante spopolamento, con un decremento medio di circa 2.000 abitanti l'anno, 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.

Tali caratteristiche demografiche si traducono in un'alta prevalenza di patologie croniche, e la regione presenta altresì alti livelli di condotte a rischio: il tabagismo, l'obesità, la scarsa attività fisica mostrano una incidenza in aumento, e la prevalenza di diabete mellito, di patologie cardiovascolari e respiratorie è sostanziale. Il quadro epidemiologico mostra anche una incidenza in aumento di patologie correlate all'età, come le patologie oncologiche e le demenze.

La regione presenta altresì criticità inerenti la condizione di isolamento sociale, diffusa soprattutto nei comuni di montagna e nelle aree rurali più distanti dai servizi essenziali.

Il sistema di Assistenza Territoriale, per quanto riguarda la M.G., è organizzato secondo modelli risalenti agli anni 2000 ed il servizio presenta una significativa eterogeneità, con la grande maggioranza dei medici che non è organizzato in forme associative e non è dotato 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, di cui 50 con doppio incarico nella Continuità Assistenziale (da qui C.A.), e circa 25 Medici titolari di C.A. senza concomitante incarico a ciclo fiduciario. Il servizio di C.A., direttamente ereditato nella sua organizzazione dalla Guardia Medica degli anni 1990 ed in attesa di riforma dal 2007, conta 44 sedi, con 48 medici in servizio per turno. Tale sistema, con un fabbisogno teorico di circa 192 Medici, genera uno dei più alti volumi di ore remunerati pro capite a livello nazionale, e non risulta più in grado di attrarre professionisti e di garantire un servizio adeguato, basato sui dati aggiornati e sulle esigenze del territorio, imponendo, anche in virtù delle nuove norme di riferimento, una riorganizzazione moderna, appropriata ed efficiente.

Alla luce di quanto premesso ed esposto, si ritiene imprescindibile riorganizzare il sistema sanitario territoriale in modo da garantire una medicina di prossimità efficace e capillare, valorizzando il ruolo della Medicina Generale e adottando strategie innovative per la gestione dell'assistenza nelle aree interne.

INDICE:

CAPO I PARTE GENERALE

- Art. 1: Entrata in Vigore e Durata dell'Accordo Integrativo
- Art. 2: Graduatoria Regionale e Graduatorie Aziendali
- Art. 3: Comitato Regionale
- Art. 4: Comitato Aziendale ed U.P.D.C.
- Art. 5: U.C.A.D.
- Art. 6: Il Sistema dell'Appropriatezza
- Art. 7: Rimborso Spese
- Art. 8: Formazione Continua ed Attività Didattica
- Art. 9: Piano di Formazione Aziendale
- Art. 10: Sistema di Flussi Informativi Regionale
- Art. 11: Deburocratizzazione e digitalizzazione dei processi
- Art. 12: Diritto di Sciopero nella Medicina Generale

CAPO II RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

- Art. 13: Massimale di Scelte e sue Limitazioni
- Art. 14: Tele-prenotazioni di Visite Specialistiche e di Esami (Cup-Pass)
- Art. 15: Quota del Fondo di Ponderazione
- Art. 16: Quota Variabile di Governo Clinico
- Art. 17: Cure Domiciliari

Art. 18: Prestazioni di Particolare Impegno Professionale
Art. 19: Fondo Aziendale Fattori Produttivi
Art. 20: Indennità Digitale
Art. 21: Indennità di Collaboratore di Studio
Art. 22: Indennità di Collaboratore Infermieristico
Art. 23: Indennità di partecipazione alle attività di A.F.T.
Art. 24: Gli spoke di A.F.T.
Art. 25: Indennità di Aree Disagiate
Art. 26: Requisiti degli Studi e Libera Professione
Art. 27: Assistenza Primaria a Ciclo Orario

CAPO III LE AFT E LE UCCP DELLA MEDICINA GENERALE

Art. 28: Le Aggregazioni Funzionali Territoriali A.F.T. della Medicina Generale
Art. 29: Rapporto Ottimale
Art. 30: Definizione degli Ambiti di Scelta e Rilevazione delle Zone Carenti
Art. 31: Procedure di Mobilità ed Assegnazione delle Zone Carenti
Art. 32: Il Servizio di Continuità Assistenziale Distrettuale
Art. 33: Attività a Ciclo Orario Diurno delle A.F.T.
Art. 34: Rapporti dei Medici di Ruolo Unico di Assistenza Primaria con il Sistema di Emergenza-Urgenza
Art. 35: Assegnazione di Attività Oraria e Sostituzioni
Art. 36: Sostituzioni in attività a ciclo di scelta nelle A.F.T.
Art. 37: Sospensione dagli incarichi
Art. 38: Individuazione del Referente di A.F.T.
Art. 39: Compiti e Remunerazione del Referente di A.F.T.
Art. 40: Le Unità Complesse di Cure Primarie U.C.C.P.
Art. 41: Il MMG Coordinatore o vice Coordinatore di U.C.C.P.
Art. 42: Compiti e Remunerazione del M.M.G. Coordinatore o vice Coordinatore di U.C.C.P.

CAPO IV ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 43 Tutela della Genitorialità e della Disabilità
Art. 44 Visite Occasionali ed Assistenza ai Turisti
Art. 45 Subentro nel rapporto convenzionale
Art. 46 Trattenimento in servizio oltre il 70 esimo anno di età
Art. 47 Medici iscritti al C.F.S.M.G. in Regione Molise
Art. 48 Disposizioni in caso di carenza di medici
Art. 49 Ricollocazione del medico non idoneo ai compiti propri dell'attività a ciclo orario dell'Assistenza Primaria
Art. 50 Case di Comunità

CAPO V MEDICINA PENITENZIARIA

Art. 51 Comitato Aziendale
Art. 52 Attribuzione degli incarichi di medicina penitenziaria

Art. 53 Incarichi di sostituzione negli istituti penitenziari
Art. 54 Responsabile di Presidio di Area Sanitaria
Art. 55 Compiti del Responsabile di Presidio di Area Sanitaria
Art. 56 Trattamento Economico
Art. 57 Permesso annuale retribuito - congedo matrimoniale
Art. 58 Assenze per malattia e gravidanza
Art. 59 Assenza non retribuite

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n.1
Norma Transitoria n.2
Norma Transitoria n.3
Norma Transitoria n.4

NORME FINALI

ALLEGATI:

Allegato 1: Protocollo condiviso con il 118 e codici colore

DICHIARAZIONI A VERBALE

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 (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 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) Fino all'effettiva attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (da qui A.F.T.) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (da qui U.C.C.P.), nonché della rimodulazione delle attività a quota oraria dei M.M.G., ivi compresa la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale (da qui C.A.), resta in vigore il precedente Accordo Decentratato Regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale 27 Febbraio 2007, numero 173 (da qui A.D.R. 2007) con le successive modificazioni ed integrazioni, fatte salve specifiche decorrenze e deroghe espressamente indicate per taluni istituti nel presente accordo.
- 5) Entro e non oltre 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, la struttura commissariale si impegna ad attuare, mediante apposito D.C.A., quanto previsto dall'Art. 44 comma 5 dell'A.C.N., in coerenza con l'Art. 29, commi 5 e 6, del presente accordo.
- 6) A seguito della pubblicazione del D.C.A. di cui al comma precedente, l'ASReM avvia immediatamente le procedure previste dalle norme transitorie n.1 e n.2. Entro e non oltre il trentesimo giorno dal termine delle stesse, sono attive le AFT, le U.C.C.P. ed il nuovo servizio di assistenza primaria ad attività oraria, ivi compresa la nuova rete di C.A.

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 a cadenza semestrale il bando per le graduatorie aziendali 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 possono indicare l'eventuale preferenza per l'esercizio delle attività a ciclo orario presso uno o più distretti.
6. 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.

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.
- 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, coerentemente con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria di cui all'Art. 4 A.C.N., 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. firmatarie del presente accordo.

- 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 AIR, con particolare riferimento alle potenziali difficoltà tecniche derivanti dall'attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. ed in relazione all'applicazione delle norme transitorie, al calcolo delle carenze assistenziali e dei fabbisogni.

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 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 al comma 4, Art. 3 del presente accordo.
- 3) Nell'ambito della procedura relativa i 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 DM77/2022 nell'ambito del distretto di riferimento.
- 2) L'U.C.A.D. assume il compito, al livello distrettuale, di coadiuvare il Direttore di Distretto relativamente il monitoraggio, la programmazione ed il controllo delle attività della Medicina

Generale concorrendo a definire i percorsi di presa in carico, le linee guida operative ed i protocolli delle A.F.T. del Distretto in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale.

- 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.
- 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 l’appropriatezza, ove viene valorizzato l’audit come strumento principale di governo e risoluzione delle controversie ed avviene il controllo delle attività;
 - b) definisce, con il Direttore di Distretto, in coerenza con quanto previsto dal presente AIR e con quanto approvato dal comitato aziendale, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi della Medicina Generale;
 - c) Effettua il monitoraggio costante dei flussi informativi in relazione alle attività delle AFT e delle UCCP;
 - d) Individua le iniziative di formazione, aggiornamento, revisione e verifica della qualità ritenute maggiormente utili ad armonizzare le attività della medicina generale in relazione al P.A.T. ed alle attività Distrettuali.
 - e) Provvede alla programmazione delle attività orarie della M.G. su base trimestrale, ed adempie a tutti i compiti correlati nei confronti delle stesse come descritto dal presente accordo.
- 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.
- 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; 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’atto aziendale ASReM sarà modificato nella parte relativa l’U.C.A.D. entro 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del 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 permanente 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, ed ha la funzione di implementare e monitorare quanto stabilito dal comitato regionale.
- 4) Entro 90 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo., ASReM individua i componenti della commissione di cui al comma precedente, tra cui almeno un M.M.G. come membro titolare ed un vice vicario, un rappresentante ed un vice vicario per gli specialisti dipendenti ed un rappresentante ed un vice vicario per gli specialisti ambulatoriali convenzionati, e ne definisce il regolamento per la commissione stessa.
- 5) Il comitato aziendale individua, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, il regolamento interno e le procedure relative l'U.C.A.D. per quanto concerne l'appropriatezza.

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, 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 ad attività oraria è considerata attività di servizio, parametrata ad un turno di 6 ore da retribuire, oltre al compenso di cui al comma precedente, ai sensi della quota oraria base di cui al presente accordo pari ad Euro 38,13, che potranno essere detratte dal debito orario del medico.

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

- 1) E' istituito presso l'ASReM, entro il 31 gennaio dell'anno successivo alla attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., 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, 3 dell'A.C.N.
- 2) Il C.F.R.M.G. ha mandato triennale ed è composto per il 50% da M.M.G. attivi convenzionati presso la regione Molise proposti dalle O.O.S.S. firmatarie del presente accordo secondo il criterio di rappresentanza per consistenza associativa, dotati di adeguato curriculum che attesti una comprovata esperienza di docenza, nell'ambito della formazione e/o della ricerca.
- 3) Il comitato Aziendale approva le nomine e gli eventuali subentri a seguito di dimissioni o cessazione dell'incarico per qualsiasi altro motivo.
- 4) Il C.F.R.M.G. è responsabile della stesura del Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.), coerentemente con le attività ed i progetti inerenti le attività e gli obiettivi delle A.F.T. e le U.C.C.P. previsti dalla programmazione regionale.
- 5) Il C.F.R.M.G. collabora altresì con le 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 dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Medicina Generale (Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.) nonché il rispetto da parte dei Provider 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, 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 al comma 4 dell'Art. 3 del presente accordo,, il C.F.R.M.G. redige il Piano di Formazione Aziendale (P.F.A.) in coerenza con gli obiettivi di salute e dalla programmazione regionale per l'anno di riferimento.
- 2) I contenuti dei corsi di cui al P.F.A. sono coerenti con gli obiettivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P. individuati dalla programmazione regionale per l'anno di riferimento, e la progettazione ed il coordinamento di ognuno di essi 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 un provider esterno, o altresì svolgere la funzione di co-provider con un provider esterno; in ogni caso devono essere rispettati i criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.
- 5) Le attività di formazione dei M.M.G., ovvero delle A.F.T. e delle U.C.C.P., individuate nel P.F.A. vengono erogate a livello distrettuale 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 previo parere positivo previo parere positivo dell'U.C.A.D. e secondo le modalità da questi individuate.
- 6) Le A.F.T. e le U.C.C.P. garantiscono la continuità dell'assistenza per gli assistiti dei medici che partecipano ai corsi attraverso i medici che vi operano a ciclo di scelta o in attività oraria, eventualmente rimodulata o rinforzata a tale scopo attraverso l'utilizzo di medici con incarico di sostituzione specificatamente dedicato alla copertura di tali ore.

Art. 10 - SISTEMA DEI FLUSSI INFORMATIVI REGIONALE (ART 6, 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 quanto previsto dal presente articolo, 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 si dotano, di norma, di sistemi gestionali, reti e piattaforme informatiche proprie, al fine di confluire i flussi-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., dai Coordinatori di U.C.C.P. e dai loro Vice su un apposito cruscotto virtuale, e la rete dovrà comprendere anche i punti erogativi di assistenza primaria a ciclo orario.

5) L'ASReM si impegna a sviluppare e mettere a disposizione, successivamente all'entrata in vigore del presente accordo, 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 A.F.T., e tra queste e le U.C.C.P., e gli specialisti territoriali ed ospedalieri per una presa in carico continuativa ed integrata;
- b) Ottimizzare i processi di presa in carico globale e ridurre il carico burocratico dei M.M.G. attraverso 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 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., con l'aggiornamento automatico del Patient Summary;
- e) Monitoraggio dello stato vaccinale e della partecipazione alle campagne di screening;
- f) Gestione dei processi dell'Assistenza Domiciliare;
- 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 e condivisa in sede di comitato regionale la piena operatività della piattaforma di cui al comma precedente, allo scopo di determinare mediante specifico A.I.R. gli obblighi di cui all'Art. 6, commi 1 e 3 dell'A.C.N. 04 aprile 2024.

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., con particolare riferimento ai medici ospedalieri all'atto delle dimissioni.

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) ASReM svilupperà, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, un sistema rapido di segnalazione delle eventuali inappropriatezze o omissioni riguardo l'attività prescrittiva e certificativa disponibile a tutti gli operatori, che sarà integrata 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 valutare l’acquisto di un software gestionale di studio unico da fornire gratuitamente ai M.M.G. di tutta la regione, e comunque a tutti i punti erogativi di assistenza primaria ad attività oraria secondo quanto previsto dal 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’ACN, dal presente accordo o condivisi ed approvati successivamente per specifiche intese sindacali a livello 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 contemplamento del diritto dell'utenza.
- 2) Il diritto di sciopero delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale 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.
- 6) Le azioni di cui ai commi 4 e 5, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale 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 medici di medicina generale 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 di continuità assistenziale, di medicina dei servizi territoriali 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) È 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 UCCP, e norma la parte organizzativa ed economica relativa alle attività dei medici di ruolo unico di assistenza primaria, suddivise in attività fiduciarie o a ciclo di scelta.

ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA 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 del'A.F.T., e sono orientate alla valorizzazione del ruolo fiduciario nell'ambito delle specifiche funzioni assistenziali previste dall'accordo collettivo nazionale.

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 indicata in sede di bando, previa l'individuazione 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 potrà essere espletato nelle attività di A.F.T., di U.C.C.P. e/o nel servizio di Continuità Assistenziale secondo quanto previsto dal presente accordo.
- 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) I Distretti, a cadenza semestrale, richiedono ai M.M.G. incaricati presso le A.F.T. di propria competenza di comunicare l'eventuale autolimitazione del massimale di scelte allo scopo di facilitare la programmazione delle attività orarie.
- 6) La riduzione del massimale è consentita in misura non inferiore a 1.200 assistiti, escluse le scelte di cui al comma 4 del presente articolo.
- 7) 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 AFT di appartenenza ovvero della zona territoriale 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 ciascun assistito che abbia effettuato una o più teleprenotazioni 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 e tutti gli iscritti del MMG qualora residenti in altra AFT.

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 pari ad Euro 3,08 per assistito, salvo le rideterminazioni annuali dovute ai pensionamenti.
- 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.

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 totale per la partecipazione ad attività di governo clinico, ex art. 47 comma 2, lettera B/I, dell'A.C.N. vigente 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 PFA relativamente all’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.
- 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 medici 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, variabile di governo clinico come rimodulata dal presente articolo sarà corrisposta per intero, pari ad Euro 6,64 a decorrere dall’entrata in vigore dell’A.C.N. 04 aprile 2024.
 - 7) Le risorse derivanti da 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, ed impiegate nelle modalità individuate dal Comitato Regionale nelle modalità individuate dal presente accordo.
 - 8) In caso dell’intervento di nuovi accordi collettivi nazionali che vadano a maggiorare la quota variabile del compenso, in assenza di specifica indicazione nazionale, 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 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 nella piattaforma unica regionale dei flussi informativi sanitari, valorizzando al contempo il ruolo delle Centrali Operative Territoriali (C.O.T.), 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 al comma 8, lett. A,B,C, dell'Art.13 dell'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale Molise 2007, per ogni accesso domiciliare al paziente in A.D.I. o A.D.P. sia esso effettuato in presenza o in forma di telemedicina.
- 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.
- 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 azioni aggiuntive previste all'Allegato 6 dell'A.C.N., eseguite in corso di A.D.I., sono retribuite in aggiunta al compenso previsto dal comma precedente. Per le altre attività vale quanto stabilito dall'A.C.N.

- 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) I compensi corrisposti al medico per le azioni di assistenza domiciliare programmata (A.D.P.) di cui all'Allegato 8 A.C.N. non possono comunque superare il 30% dei compensi mensili.

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

- 1) Sono confermate le prestazioni aggiuntive regionali già previste dall'articolo 19 dell'accordo decentrato regionale del 26 febbraio 2007, con le modificazioni ed integrazioni contenute nel presente comma, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 3.
- 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 azioni aggiuntive che integrano quelle previste dall'A.C.N. e già contrattualizzate nell'accordo decentrato regionale del 26 febbraio 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.
 - b) Spirometria con spirometro anche collegato ai servizi di telemedicina per la telerefertazione.
 - c) Holter E.C.G. e Pressorio con apparecchi anche collegati ai servizi di telemedicina per la telerefertazione.
 - 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, eseguite mediante fattori di produzione a carico dei singoli M.M.G., potranno essere eseguite a completamento diagnostico, nell'ambito della presa in carico e del monitoraggio del malato cronico, ed essere eventualmente inserite nell'ambito di progettualità specifiche previo accordo in sede di comitato aziendale.

- 3) 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 precedente attraverso specifici accordi decentrati con il personale medico dipendente e convenzionato.
- 4) Successivamente alla definizione degli accordi di cui al comma precedente, viene immediatamente riaperto il tavolo di trattativa per la rimodulazione 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.
- 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 della attività a ciclo di scelta eventualmente eseguite a carico di assistiti appartenenti ad altre A.F.T. saranno eseguite in regime di libera professione.
- 8) I compensi per le prestazioni aggiuntive di cui al presente articolo rientrano nelle prestazioni di cui all'Art. 47, comma 2, lettera E dell'A.C.N. e non possono superare il 20% della retribuzione mensile considerata sulla quota capitaria comprensiva delle relative indennità aggiuntive.

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 12, 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 dalla data di attivazione delle A.F.T., e le percentuali minimali degli aventi diritto alle indennità di collaboratore di studio e di collaboratore infermieristico sono stabilite rispettivamente in quote pari al 90% ed al 30% della popolazione assistibile, e per le indennità di Spoke di A.F.T. del 40% della popolazione assistibile, con erogazione delle stesse da parte di ASReM a decorrere dalla stessa data;

- 5) Qualora dall'utilizzo delle risorse di cui al comma precedente risultasse un disavanzo per una sola delle categorie di collaboratore di studio o di collaboratore infermieristico, si applica una compensazione da sottoutilizzo, aumentando la percentuale degli aventi diritto relativi all'altra categoria.
- 6) Qualora risulti un ulteriore avanzo delle risorse, le stesse sono vincolate e saranno utilizzate nell'ambito del 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 fino all'100% degli aventi diritto alle indennità di personale di studio, ed in subordine per il personale infermieristico fino al 40% della popolazione assistibile e di Spoke di A.F.T. fino al 50%.

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 un collaboratore di studio medico, assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, 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 3,5 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 al comma successivo.
- 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 copia del contratto di lavoro del collaboratore stesso.
- 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 un collaboratore infermieristico, Assunzione secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, e/o fornito da società, 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 al comma successivo.
- 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 copia del contratto di lavoro del collaboratore stesso.
- 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 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.:

- a) Assistono in maniera coordinata attraverso le attività a ciclo di scelta ed a quota oraria la popolazione residente nel territorio di riferimento garantendo le prestazioni previste dall’A.C.N.;
 - b) Condividono i percorsi di presa in carico, le linee guida operative, i protocolli individuati dall’U.C.A.D. in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale;
 - c) Partecipano obbligatoriamente alle attività relative al raggiungimento di un obiettivo sul miglioramento della presa in carico della cronicità, secondo il modello 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;
 - e) Concorrono ad una presa in carico integrata con l’U.C.C.P. distrettuale nelle modalità individuate dall’U.C.A.D.;
 - f) Garantiscono la rintracciabilità telefonica in maniera articolata tra gli studi, anche attraverso i collaboratori studio o altre figure di supporto all’accesso, dalle ore 08:30 alle ore 12:00 e dalle ore 15:30 alle ore 19:00 dei giorni feriali;
 - g) Assicurano la gestione informatizzata della scheda sanitaria, l’adesione al sistema tessera sanitaria, la ricetta elettronica ivi compresa la dematerializzata;
 - h) Partecipano alle attività di aggiornamento e di formazione determinati dalla programmazione regionale ed aziendale nelle modalità previste dal presente accordo;
 - i) Partecipano alle attività di promozione della salute e counseling individuate dalla regione e dall’azienda nelle modalità individuate dal comitato aziendale.
- 4) Le attività di cui ai punti a,b,c,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:
- Che tale termine non ricomprende i contatti tentati mediante applicazioni digitali di messaggistica istantanea, S.M.S. o e-mail;
 - Che essa non è da intendersi come pronta disponibilità alla visita domiciliare non programmata;
 - 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;
 - 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 eventuali i giorni festivi e superfestivi infrasettimanali 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 interni alle A.F.T. a maggiore complessità organizzativa, che subentrano alle previgenti medicine di gruppo alla data di attivazione delle A.F.T., e sono considerati punti di erogazione appartenenti a pieno titolo al modello organizzativo della Casa di Comunità sede funzionale della A.F.T.
2. Gli Spoke di A.F.T. possono essere costituiti da un minimo di 3 M.M.G. titolari di scelte ed aventi uno studio professionale nel territorio del comune 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 assistito pari ad 8 Euro l'anno, corrisposta 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:
 - a. I medici partecipanti e l'indirizzo della sede dello Spoke;
 - b. Gli aspetti organizzativi;
 - c. Le modalità concordate per la suddivisione delle spese di gestione dello studio ed eventualmente per il personale;
 - d. Il medico delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con ASReM ed il Distretto;

- e. Le modalità di erogazione condivisa e coordinata delle azioni incentivanti e / o aggiuntive previste da Accordi nazionali, regionali e / o aziendali.
7. 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.ii., e per le medicine di gruppo già attive in regione 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, come previsto dalla norma transitoria n. 3 del presente accordo.
8. 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.
9. 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 7 ore nei giorni feriali;
 - b. Presenza di una organizzazione atta ad assicurare 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;
 - f. Disponibilità di collaboratore di studio presente per almeno 15 ore/settimanali;
 - g. Obbligo di partecipazione ai programmi di screening concordati con ASReM;
 - h. Obbligo di garantire accesso alla popolazione della AFT in carico ai medici nelle condizioni di cui al successivo Art.26 comma 3 del presente accordo;
 - i. Obbligo di partecipazione alle attività specifiche con specialisti dipendenti/convenzionati per progetti concordati con ASReM 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.
10. 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.

11. 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.
12. Le medicine di gruppo già esistenti, previgenti all'entrata in vigore del presente accordo sono riconvertite a Spoke di A.F.T. alla data di attivazione delle A.F.T. stesse.

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

- 1) La regione si impegna a reperire, 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 qualitativamente e quantitativamente la specifica indennità 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, del presente accordo, secondo i minimi 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.
- 3) L'espletamento del debito di attività oraria in A.F.T. o U.C.C.P. e dell'attività formativa obbligatoria aziendale è motivo di esenzione dall'obbligo di cui al comma 1 del presente articolo per la durata del turno. 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.
- 4) 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.
- 5) 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 di assistenza primaria o anche per attività in regime di libera professione, o da altri professionisti.

- 6) 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 con soggetti erogatori di attività sanitarie accreditate presso la regione Molise.
- 7) Nell'ambito degli Spoke di A.F.T. è consentita l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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.
- 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.

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

- 1) Il modello organizzativo regionale dell'attività a ciclo orario di Assistenza Primaria prevede, all'entrata in vigore del presente accordo, i seguenti servizi:
 - 2)
 - a) Attività a ciclo orario diurna e feriale di A.F.T, di cui all'Art. 31 del presente accordo;
 - b) Attività a ciclo orario di U.C.C.P., di cui all'Art. 39 del presente accordo.
 - c) Attività nel servizio di Continuità Assistenziale, di cui all'Art. 30 del presente accordo.
 - 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, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.
 - 4) Il compenso del Medico di Assistenza Primaria a ciclo orario, al netto degli oneri fiscali a carico dell'Azienda, si articola in:
 - quota oraria di Euro 24,25;
 - quota oraria di Euro 0,26;
 - quota oraria di Euro 13,62.

per un valore 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) Ogni medico incaricato nelle attività orarie viene dotato di specifiche credenziali identificative per l'utilizzo dello strumentario digitale di cui all'Allegato n.1 del presente accordo.

- 7) 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.
- 8) 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;
- 9) La reperibilità deve essere attivata entro l’inizio del turno.
- 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.
- 11) 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.
- 11) Il modello organizzativo determinato nel presente articolo, nonché la parte economica, entra in vigore con la riorganizzazione del servizio di C.A. e l’attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. Fino ad allora restano in vigore le disposizioni di cui al previgente accordo regionale, fatto salvo quanto previsto dal comma 8, Art. 29 del presente accordo

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, convenzionati 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.
- 2) Le A.F.T., come determinate nel relativo documento di programmazione regionale, sono attivate al termine delle fasi transitorie n.1 e n.2 del presente accordo, e comunque non oltre 30 giorni dal termine delle stesse.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 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.
- 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 definito dal presente accordo.
- 7) Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria sono in rete tra loro, con le A.F.T. degli specialisti ambulatoriali, dei pediatri di libera scelta, e con la U.C.C.P. di riferimento, ovvero con il Servizio Sanitario Regionale, attraverso una piattaforma informatica unica 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.
- 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 garantisce prioritariamente l'attività di coordinamento ed integrazione funzionale tra i medici e l'attività a ciclo orario.

- 9) La sede della A.F.T. è, di norma, il luogo delle attività di funzione specifica del referente di A.F.T., salvo diverse determinazioni del direttore di distretto.
- 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, sulla base di determinazioni del comitato regionale, in sub-ambiti di A.F.T., territori limitrofi i quali possono avere un rapporto ottimale differente.
- 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., un correttivo di aggiuntivo di 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 che il 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 comma 3 dell’A.C.N, sia ridefinito in modo coerente con il seguente standard minimo:
 - a) Per gli ambulatori diurni di M.G. di A.F.T. 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 M.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, dalle ore 08:00 alle 24:00 dei giorni prefestivi e festivi è previsto lo stesso organico 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 2 per le sedi con una utenza maggiore di 20.000 ab, o che abbiano in carico un O.S.C.O. o una Casa Circondariale (es. Campobasso, Larino, Isernia, Venafro).

- e) Per i punti erogativi di assistenza primaria a ciclo orario nelle aree disagiate 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 raggiungibile entro 30 minuti per almeno il 90% della popolazione regionale.

6) La regione si impegna a riorganizzare il proprio sistema di assistenza primaria a ciclo orario in coerenza con l'Art. 44 A.C.N. e con i commi 5 e 6 del presente articolo mediante specifico D.C.A. di attuazione.

8) L'atto di programmazione delle attività orarie di cui al comma precedente è condizione imprescindibile per l'avvio delle norme transitorie n.1 e n.2, ovvero per l'effettiva l'entrata in vigore del presente accordo.

9) A seguito dell'avvio delle attività del nuovo servizio regionale di assistenza primaria a ciclo orario, sarà istituito presso la regione Molise un osservatorio tecnico per le attività orarie di assistenza primaria comprendente, oltre il Commissario ad Acta ed il Sub-Commissario ad acta ed il Direttore Generale Salute o suo delegato, almeno 3 rappresentanti dei M.M.G., nominati dal comitato regionale, ed un pari numero di rappresentanti nominati dalla conferenza dei sindaci.

10) 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, con particolare riferimento alle necessità delle aree interne e disagiate.

11) Modificazioni ed integrazioni del servizio, a carattere definitivo o temporaneo, saranno attuati mediante specifici D.C.A.

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, come normata nell'Art. 39 dell'A.C.N. commi 1 e 2, 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.
- 3) In ottemperanza all'Art. 32 comma 7 A.C.N, le zone territoriali, ovverosia le località delle AFT messe a bando come zone carenti, sono individuate, di norma, aggregando i comuni, le frazioni, le borgate ed i quartieri limitrofi per una popolazione totale pari all'incirca al rapporto ottimale del relativo sub-ambito di A.F.T.

- 4) L'ASReM indica nell'atto di pubblicazione della zona territoriale carente la località 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.
- 5) L'apertura di uno studio secondario al di fuori del territorio della zona territoriale di assegnazione subordinato al parere positivo del comitato aziendale il quale valuta l'eventuale autorizzazione alla luce dell'assetto organizzativo-assistenziale generale dell'A.F.T.
- 6) Al fine di consentire 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, 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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 delle carenze, l'ASReM tiene conto, oltre che del rapporto ottimale, anche delle eventuali autolimitazioni del massimale dei medici già incaricati. 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 delle zone territoriali carenti definitive per l'anno di riferimento, l'ASReM individua le zone carenti provvisorie e mette in atto, se necessario, le procedure di cui all'Art. 32 comma 8 dell'A.C.N.
- 4) Successivamente alle procedure di cui al comma precedente, l'ASReM rivaluta il fabbisogno assistenziale delle AFT ed eventualmente ridefinisce la partizione in zone territoriali dei sub-ambiti. Nel caso permangano situazioni di carenza assistenziale, l'azienda attiva le procedure di mobilità intra aziendale di cui all'Art. 32 comma 9 A.C.N., pubblicando un avviso rivolto ai medici già titolari di incarico a ciclo di scelta in regione, Molise.
- 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 presso l'ASReM e, in subordine, dei criteri della minore età di laurea e del voto di laurea.
- 7) Qualora, sulla base della valutazione del distretto di riferimento, 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, l'ASReM procede ad una ulteriore rivalutazione dell'assetto assistenziale ed organizzativo delle AFT, ed eventualmente ridefinisce la partizione in zone territoriali dei sub-ambiti.
- 9) Qualora, al termine delle procedure di cui ai commi precedenti, siano individuate ulteriori carenze assistenziali, l'ASReM procede alla pubblicazione sul B.U.R.M. delle zone territoriali carenti definitive per l'anno di riferimento, fermo restando l'obbligo di garantire ai medici da inserire almeno 38 ore di attività a ciclo orario, siano esse attività di A.F.T., di U.C.C.P. o attività di Continuità Assistenziale.
- 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'UCAD, 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 CONTINUITÀ 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 al termine delle procedure di cui alle norme transitorie n.1 e n.2. Fino a tale data resta in vigore il servizio di C.A. previgente, ivi compresa la parte economica.
- 2) Il servizio di C.A. garantisce le prestazioni di natura assistenziale non differibili, da espletare entro il termine del turno di lavoro, come codificate nell'allegato 1 di cui al presente accordo, nei giorni feriali e nei giorni prefestivi e festivi secondo le fasce orarie descritte nei commi successivi.
- 3) Il servizio è attivo nelle sedi indicate dall'ASReM in attuazione della programmazione regionale, secondo il seguente modello organizzativo:
 - 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.
 - Il servizio è attivo per tutta la settimana dalle ore 00:00 alle ore 08:00 in fascia notturna "avanzata".
- 4) Il servizio di C.A. rivolto alle popolazioni delle aree territoriali di fuori dell'ambito di competenza dei punti erogativi posti all'interno delle Case di Comunità previste dalla programmazione regionale è attivo dalle ore 20:00 alle ore 08:00 nei giorni feriali e per 24 ore nei giorni prefestivi e festivi.
- 5) Tutti i punti di erogazione di attività a ciclo orario della regione, compresa la C.A., fanno parte a pieno titolo nel modello organizzativo delle Case di Comunità come determinato nella programmazione regionale, a garanzia degli standard di attività previsti dal DM77/2022 per ognuna di queste.
- 6) A tutti i punti di erogazione di attività a ciclo orario dell'ASReM si accede attraverso videocitofono, e le sedi sono dotate di sistema di videosorveglianza.
- 7) L'accesso diretto al servizio è preso in carico dal medico di turno e gestito dal PC della sede, secondo quanto descritto nell'Allegato n.1 al presente accordo.

- 8) L'accesso indiretto al servizio, dettagliato nell'Allegato n.1 al presente accordo, è mediato, di norma, dal numero unico di C.A. aziendale ovvero, quando attivo, il NUE 116-117, dalla C.O.T. o dalla centrale operativa 118 secondo le modalità previste dall'Allegato n.1 al presente accordo.
- 9) Il medico che ha già in carico un utente trasmette al 116-117 attraverso la piattaforma informatica di servizio la propria disponibilità o indisponibilità a ricevere ulteriori chiamate o a prendere in carico ulteriori visite domiciliari.
- 10) Le azioni assistenziali ad attività oraria del medico di ruolo unico di assistenza primaria vanno espletate entro la fine del turno di lavoro e 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) Le disposizioni di cui ai commi 11 e 12 del presente articolo sono valide per tutti i punti erogativi di assistenza primaria ad attività oraria, ivi comprese le guardie turistiche.

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

- 1) Le A.F.T. integrano e potenziano l'attività fiduciaria mediante gli ambulatori diurni di medicina generale, attivi nei giorni feriali dalle ore 08:00 alle ore 18:00, in tutte le Case di Comunità Hub ed eventualmente nelle case di comunità Spoke individuate dalla programmazione regionale, o in altri punti erogativi della A.F.T. sulla base delle necessità assistenziali individuate dai distretti.

- 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.
- 3) I turni di servizio, di 5 o 10 ore, sono predisposti dal referente di A.F.T., sulla base della disponibilità oraria dei medici della A.F.T., nelle modalità previste dal presente accordo.
- 4) I medici della A.F.T., nell'ambito della loro attività a ciclo di scelta, si interfacciano con il servizio attraverso le modalità individuate dall'U.C.A.D.
- 5) I medici, nei punti erogativi individuati dall'ASReM in coerenza con la programmazione regionale, sono dotati di tutti gli standard minimi organizzativi, strutturali e tecnologici già previsti per ciascun punto erogativo di assistenza primaria a ciclo orario, per i quali si rimanda 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 funzioni o progettualità a quota oraria diurna è subordinata a specifico accordo regionale o aziendale.

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) I medici di Ruolo Unico di Assistenza Primaria hanno la funzione, in ottemperanza all'Art. 43 comma 7, lettera a) A.C.N., di garantire alla popolazione in carico le prestazioni di natura assistenziale non differibile, intendendosi con tale definizione quelle prestazioni riferite a condizioni non tempo-dipendenti, ovverosia i codici bianchi e verdi come codificati nell'Allegato n.1 del presente accordo, da espletare 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 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 i casi di attivazione da parte del 118 per interventi su codici di gravità superiore al verde, è corrisposto un compenso forfettario al medico di assistenza primaria ad attività oraria un compenso pari ad euro 50, non soggetto al limite di cui all'Art. 18, comma 6 del presente accordo.
- 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) Per il verificarsi di attivazioni abituali da parte del 118 o da parte del 116-117 per codici finali rossi e gialli superiori a 4 in un mese per 3 mesi anche non consecutivi, viene disposta, a decorrere dal mese successivo al primo mese di attivazione abituale, una indennità oraria aggiuntiva pari ad 1) Euro 5 per tutti i medici del servizio interessato, in considerazione del fatto che i medici sono abitualmente esposti non solo agli oneri propri del servizio di natura assistenziale non differibile, ma anche a quelli aggiuntivi derivanti del servizio 118, caratterizzati dalla potenziale tempo-dipendenza delle patologie sospettate o diagnosticate.
- 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. a seguito dell'analisi dei flussi informativi dedicati del servizio e del punto erogativo.
- 8) L'indennità aggiuntiva è corrisposta fino al termine del primo mese successivo al termine dell'abitualità.
- 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 alcun caso è consentita l'attivazione del medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria da parte della centrale operativa 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 1501 assistiti.
- 2) I medici già titolari di incarico di incarichi a ciclo orario ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. che non effettuino il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria hanno un debito orario di 24 ore settimanali da espletare nell'ambito del servizio di C.A. come determinato dalla norma transitoria n.2 del presente accordo, cui si possono aggiungere 4 ore di plus-orario eventualmente espletabili anche nell'ambito delle attività diurne di A.F.T. o di U.C.C.P.

- 3) Le parti firmatarie del presente accordo riconoscono nell’U.C.A.D. l’organo deputato ad individuare ed adottare 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) L’U.C.A.D. predispone a cadenza trimestrale la programmazione di tutte le attività orarie.
- 5) Il debito orario di ciascun medico è quantificato dal Distretto di appartenenza, che lo aggiorna a cadenza trimestrale sulla base delle variazioni del numero di scelte e di eventuali autolimitazioni dei massimali, dandone comunicazione ai medici stessi.
- 6) Il debito orario è valevole e spendibile per tutte le attività a ciclo orario nell’ambito della A.F.T. di appartenenza, del servizio di C.A. e/o della U.C.C.P. distrettuale.
- 7) E’ facoltà dei medici comunicare eventuali preferenze riguardo la distribuzione del proprio monte ore nelle diverse attività orarie e per fascia oraria, entro il ventesimo giorno del mese precedente.
- 8) Nell’attribuzione del monte ore a ciascun medico, fermo restando quanto previsto dal comma 2 del presente articolo, le preferenze vengono ordinate secondo i seguenti criteri di precedenza:
 - a) Medici con incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria di cui all’Art. 31 comma 1 dell’A.C.N. 04 aprile 2024, ordinati per numero di scelte decrescente, poi per anzianità di servizio presso ASReM, poi per minore età e voto di laurea;
 - 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, 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 come previsto dall’A.C.N., Art. 34, comma 11.
 - d) Medici con incarico di sostituzione secondo posizione nella relativa graduatoria;
- 9) Per quanto riguarda le attività a ciclo orario diurno di A.F.T., viene data la precedenza ai medici già appartenenti alla A.F.T. stessa.
- 10) Per i casi di Gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino è data la precedenza nella scelta di cui all’Art. 6 del presente articolo.
- 11) I turni delle attività orarie sono predisposti dall’U.C.A.D. ed approvati dal Distretto.
- 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 azioni 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 sono detratte su base annuale. Il M.M.G. che intende usufruirne fornisce preventiva comunicazione all'U.C.A.D. nell'ambito della comunicazione delle preferenze di cui al comma 6 del presente articolo. 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) I medici possono cedere il proprio debito orario o parte di esso a medici già incaricati presso il distretto di riferimento che diano disponibilità a garantire la continuità del servizio, dandone comunicazione congiunta all'U.C.A.D. prima della programmazione delle attività orarie del trimestre di riferimento.
- 16) 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 presso, l'A.F.T. di riferimento o presso il Distretto a coprire le ore residue in deroga ai massimali per sopperire parzialmente o totalmente alla carenza suddetta.
- 17) Espletate le procedure di cui ai commi precedenti viene definita la programmazione trimestrale delle attività orarie e per ogni carenza residua si attinge, di norma, alla graduatoria aziendale per gli incarichi di sostituzione mettendo a bando le ore residue suddivise per tipologia di attività e per punto erogativo attingendo dalla graduatoria aziendale di cui al comma 6 dell'Art. 19 A.C.N.
- 18) In caso di improvvisa impossibilità a svolgere il proprio turno, il medico interessato ha la possibilità di scambiare o cedere il turno ai colleghi della medesima A.F.T., o, in subordine, ad altri medici del Distretto che diano disponibilità dandone comunicazione al referente di A.F.T. 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 o comunque in ultima istanza di avvisare il referente di sede e l'Azienda sanitaria.
- 19) In caso di cambi turno o di cambio di reperibilità o di cessioni di turni o monte orario, i medici interessati sono tenuti a darne comunicazione via mail, in base al servizio interessato, all'U.C.A.D. (per il servizio di C.A.), al medico referente di AFT (per le attività a ciclo orario diurno di A.F.T.), o alla struttura di coordinamento delle U.C.C.P. per le relative attività. Alla fine di ogni mese l'U.C.A.D. provvederà a sua volta a trasmettere all'ASReM una specifica nota riassuntiva dei turni effettivamente eseguiti dai medici.

20) 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.

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

- 1) Le sostituzioni per le attività a ciclo di scelta sono regolamentate dall’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.
- 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 sostituti 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 il referente di A.F.T.
- 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) 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.

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 di incarico, 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 15 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente accordo, il comitato aziendale provvede ad individuare i criteri di individuazione e selezione del referente di A.F.T.
- 4) Ogni referente che accetta l’incarico provvede a nominare un proprio sostituto non retribuito tra i medici nominabili 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 AFT, 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 un proprio sostituto tra i medici della A.F.T.
- 8) In mancanza di un numero di candidature sufficienti o di medici disponibili ad accettare il ruolo, il ruolo di referente di A.F.T. può essere delegato 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:
 - Coordina l'attività di continuità dell'assistenza della A.F.T. nell'ambito delle attività a ciclo orario e ciclo fiduciario, e garantisce l'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 DM77/2022;
 - E' membro di diritto dell'U.C.A.D. e partecipa alle riunioni dello stesso;
 - Coadiuga le attività dei medici della A.F.T. sui progetti e le attività assistenziali e collabora all'organizzazione delle attività di formazione;
 - Ha accesso alla piattaforma dei flussi informativi per il monitoraggio dei dati e delle attività dei singoli medici della A.F.T.;
 - Concorre all'aggiornamento della piattaforma stessa raccogliendo feedback e suggerimenti da parte dei M.M.G. e collaborando attivamente con il soggetto sviluppatore;
 - 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.;
 - Effettua costantemente il monitoraggio e le verifiche di cui all'Art. 6 comma 4 A.C.N.;
 - 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;

- E' responsabile della gestione dei turni delle attività a ciclo orario diurno della A.F.T., anche in raccordo con la struttura di coordinamento della U.C.C.P.;
 - Favorisce l'attuazione dei percorsi di continuità nel raccordo tra ospedale e territorio sia nelle fasi di dimissione che in quelle di presa in carico dei pazienti cronici in collaborazione con gli Specialisti Ambulatoriali e i PLS;
 - 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 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 alla verifica dei risultati raggiunti per l'anno di riferimento.
 - 6) Il referente garantisce un minimale di 8 ore settimanali di attività di funzione specifica presso la sede della A.F.T., eventualmente aumentabili per esigenze organizzative, previa autorizzazione del Direttore di Distretto.
 - 7) Le ore di cui al comma precedente vengono inquadrati come attività di assistenza primaria a ciclo orario in deroga ai massimali e retribuite ai sensi dell'Art. 27 del presente accordo.
 - 8) Il referente di A.F.T. che abbia un debito di attività orarie ai sensi dei massimali di cui all'Art. 38 dell'A.C.N., può utilizzare una parte o la totalità di tale quota oraria per le attività di funzione specifica.
 - 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 UCCP (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;
 - La necessità di una componente multiprofessionale nella gestione dei casi e nella realizzazione delle attività.
- 2) Le U.C.C.P., il cui fabbisogno è stabilito in numero di una per Distretto con sede funzionale presso le Case di Comunità di Campobasso, Termoli ed Isernia, sono un modello organizzativo multiprofessionale 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.
- 3) Le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di procedere ad una implementazione graduale delle U.C.C.P. integrando tutte le professionalità disponibili attraverso specifici accordi, progetti di salute ed obiettivi di assistenza alla popolazione.
- 4) Attraverso le U.C.C.P. avvengono in maniera integrata e coordinata tra tutte le figure previste, le seguenti attività:
- a) Iniziative di aggiornamento e formazione;
 - b) Attività di analisi dei dati clinici e sanitari e di stratificazione della popolazione;
 - c) L'elaborazione multidimensionale e multidisciplinare del Piano di Assistenza Individuale del paziente complesso;
 - d) L'erogazione di visite ambulatoriali svolte in comune da M.M.G., P.L.S. e specialisti ambulatoriali, anche attraverso gli strumenti di telemedicina ovvero la televisita, il teleconsulto e la teleconsulenza sanitaria;
 - e) La partecipazione ai progetti aziendali relativi alla gestione dei pazienti cronici, in particolare con bisogni assistenziali complessi e dei pazienti in condizione di fragilità, con particolare riferimento alle attività di cure sanitarie domiciliari;
 - f) La promozione di iniziative di formazione e ricerca, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
 - g) Audit clinici ed organizzativi coinvolgenti tutte le professionalità coinvolte;
 - h) Ottimizzazione dei processi di presa in carico e cura;
 - i) Supporto alle attività di coordinamento/ottimizzazione degli interventi;
 - j) Coordinamento con i M.M.G. nel tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- 5) Le A.F.T. del distretto di riferimento sono connesse alla U.C.C.P. mediante la piattaforma dei flussi informativi di cui all'Art. 10 del presente accordo.
- 6) I M.M.G. partecipano alle attività di U.C.C.P. secondo le modalità individuate dal distretto in sede di U.C.A.D. in coerenza con l'Art. 4 del presente accordo.

- 7) Il comitato aziendale può individuare ulteriori funzioni o modelli organizzativi da integrare nelle attività dei M.M.G. nelle U.C.C.P. mediante specifici accordi con le O.O.S.S.
- 8) All' entrata in vigore del presente accordo, nelle more dello sviluppo graduale delle attività delle U.C.C.P. di cui al comma 4 del presente articolo, al termine delle norme transitorie n.1 e n.2 saranno attive le U.C.C.P. mediante i medici di ruolo unico ad attività oraria sottoforma:
 - Delle U.C.A., per le funzioni di cui al DM77/2022, in servizio dalle ore 08:00 alle ore 18:00 dei giorni feriali e secondo il modello organizzativo determinato a livello distrettuale in sede di U.C.A.D;
 - Di supporto alla medicina penitenziaria, secondo le modalità previste dal presente accordo;
 - Di ulteriori forme di attività a quota oraria individuate dai distretti ed approvate in sede di comitato aziendale.
- 9) Il compenso base per le attività orarie nell'ambito delle U.C.C.P. è determinato nell'Art. 27 del presente accordo.
- 10) I compensi e le modalità di coinvolgimento nelle U.C.C.P. nell'ambito del ruolo unico di Assistenza Primaria nelle attività ciclo di scelta è demandato a specifiche progettualità da definire in sede i A.A.I.I.R.R.

Art. 41 - IL MMG COORDINATORE O VICE COORDINATORE DI UCCP (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. e dovrà essere necessariamente un M.M.G.
- 3) ASReM emette specifico bando su base distrettuale per predisporre le graduatorie dei M.M.G. incaricabili nelle strutture di coordinamento delle U.C.C.P., secondo i criteri individuati dal comitato aziendale entro 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo.
- 4) 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.

- 5) 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:
 - Il supporto alla direzione distrettuale nell'organizzazione dei percorsi assistenziali, nel coordinamento organizzativo e dell'attività clinica della U.C.C.P.;
 - L'analisi dei dati e degli indicatori utili alla stratificazione della popolazione in carico ed all'analisi dei bisogni di salute;
 - Il raccordo funzionale con la C.O.T. e gli altri modelli organizzativi del DM77/2022 riguardo l'integrazione dei M.M.G. nelle attività;
 - La convocazione delle riunioni di U.C.C.P. a cadenza almeno trimestrale, e comunque non inferiore a 3 su base annuale;
 - La supervisione ed il coordinamento delle attività a ciclo orario diurno nell'ambito della U.C.C.P., anche in raccordo con i referenti di A.F.T. del distretto;
 - La relazione ed il confronto continuo con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
 - La valorizzazione dell'audit come strumento di confronto, risoluzione e miglioramento di eventuali criticità nell'ambito dell'appropriatezza organizzativa, prescrittiva e clinico-assistenziale;
 - 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 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 di coordinamento presso la sede individuata dal direttore di distretto, eventualmente aumentabile su autorizzazione del direttore stesso per esigenze organizzative.

- 6) Le ore di cui al comma precedente vengono inquadrare come attività di assistenza primaria a ciclo orario in deroga ai massimali e retribuite ai sensi dell'Art. 27 del presente accordo.
- 7) Il M.M.G. incaricato nella struttura di coordinamento che abbia un debito di attività orarie ai sensi dei massimali di cui all'Art. 38 dell'A.C.N., può utilizzare parte o la totalità di tale quota per le attività di funzione specifica.
- 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 dall'Art. 35 del 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 part time ai sensi dell'articolo 22 comma 3 A.C.N. vigente. Per l'attività oraria il part-time 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 il referente di A.F.T., 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 il part time 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., il part-time 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 in part time 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 di cui all’Art. 27 comma 1 del presente accordo in favore dei cittadini residenti in altra AFT nel caso delle attività di cui all’Art. 33 del presente accordo, o in altra altra ASL nel caso del servizio di C.A. o dei servizi a quota oraria di U.C.C.P.
- 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) si applicano le tariffe previste dall’Art. 46 comma 3 A.C.N., il pagamento al medico avviene in modalità diretta in regime di libera professione per le seguenti tariffe omnicomprensive:
 - 40,00 Euro per le visite domiciliari;
 - 25,00 Euro per le visite ambulatoriali.
- 4) I compensi di cui al comma precedente sono rendicontati nell’ambito delle prestazioni di particolare impegno professionale e, fino all’attivazione dell’apparato hardware e software di cui all’allegato 1 del presente accordo, il medico provvederà a rilasciare allegato M con annessa scansione anche del documento di riconoscimento dell’utente.
- 5) ASReM può rideterminare successivamente all’entrata in vigore del presente accordo le tariffe previste dal comma 3 del presente articolo.
- 6) 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;

- 7) 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 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 titolari 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 del medico da incaricare ai sensi dell'art. 9 dell'allegato stesso, in deroga a quanto previsto dall'Art. 24 comma 1 lettera B dell'A.C.N.;
- 5) Entro il 31 maggio ASReM pubblica l'elenco dei medici da incaricare.
- 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 da incaricare entro il 31 luglio;
- 9) I medici titolari che non avviino un periodo di affiancamento entro 15 giorni dal termine di cui all'articolo precedente cessano l'incarico convenzionale per limiti di età, fatto salvo quanto previsto dalla norma transitoria n. 6 dell'A.C.N.
- 10) Il medico titolare è tenuto a dare un preavviso agli assistiti di almeno 60 giorni rispetto la data del pensionamento, 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, alla data di pensionamento del medico titolare, il medico è iscritto nella zona territoriale del medico pensionato partendo da zero scelte.
- 13) Il medico che subentra nel rapporto convenzionale, qualora optasse per l'autolimitazione del massimale, possibile in misura non inferiore a 1.300 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 nel termine perentorio di tre mesi dalla data di cessazione del rapporto convenzionale per pensionamento del medico titolare, se non già inviate precedentemente alla cessazione stessa.
- 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 ETA'

- 1) Come previsto dal presente accordo, è compito del comitato aziendale la rilevazione delle carenze assistenziali in relazione all'organizzazione delle A.F.T. e della loro suddivisione in sub-ambiti.
- 2) Per quanto concerne il personale convenzionato nella M.G., il comitato Aziendale di cui all'Art. 12 dell'A.C.N. è l'organo 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 dal comitato Aziendale solo a seguito delle procedure di rilevazione delle carenze previste dal presente accordo.
- 4) 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) Ai medici iscritti al C.F.S.M.G. che acquisiscono un incarico di sostituzione di attività oraria viene assegnato un incarico di durata annuale presso una A.F.T. o presso le attività orarie di un distretto, e si applica quanto previsto dall'Art. 35 del presente accordo.
- 3) 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.
- 4) 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

- 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 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 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 accesso ambulatoriale;
 - Euro 35,00 per ogni prestazione domiciliare;
- 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.

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 sono posizionati in quiescenza a decorrere dal sessantesimo giorno dalla pubblicazione sul B.U.R.M. dello stesso.

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

- 1) L'ASReM può mettere a disposizione dei medici a ciclo di scelta incaricati presso le zone territoriali ricomprensenti una delle 13 Case di Comunità (C.d.C.) della regione Molise spazi ed ambienti utilizzabili come sedi degli studi professionali presso le strutture delle C.d.C. stesse, in applicazione dell'Art.33 comma 10 A.C.N.
- 2) Le assegnazioni avvengono a seguito di specifico avviso da parte di ASReM, una volta completate le procedure di cui alle norme transitorie n.1 e n.2 del presente accordo, rivolto ai M.M.G. con incarico a tempo indeterminato o meno assegnati alla zona territoriale sede della CdC, secondo i seguenti criteri di priorità:
 - a) Medici con incarico a tempo indeterminato di 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 di cui all'Art. 31 comma 1 dell'A.C.N. 04 aprile 2024, 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 aprano il proprio studio professionale presso una C.d.C possono costituire 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 C.d.C. stessa, nonché con gli altri servizi aziendali coinvolti nei vari processi e nelle varie progettualità, secondo modalità condivise ed approvate in sede di U.C.A.D.
- 4) I medici che aprano il proprio studio professionale presso una C.d.C. 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 C.d.C. 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.
- 6) Ai M.M.G. che operino in studi professionali situati presso le C.d.C 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 C.d.C.
- 9) I M.M.G. che operino in studi professionali situati presso le C.d.C. 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 verifichino 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 C.d.C. nominano un referente clinico-organizzativo che ha il compito di interfacciarsi con il referente distrettuale delle attività della C.d.C. allo scopo di coordinare e facilitare le attività.
- 11) Eventuali accordi o contratti già in essere rispetto quanto previsto dal presente articolo sono fatti salvi.

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, anche mediante telemedicina e telerefertazione e che applichi stabilmente la medicina di iniziativa, la prevenzione e la 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.

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) La determinazione 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 a espletare attività assistenziale presso l’istituto attraverso un incarico di sostituzione a ciclo orario.
- 3) L’incarico di cui al comma precedente è proposto 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) 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., 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.
- 5) Gli incarichi di sostituzione presso gli istituti penitenziari sono inquadrati come Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e valevoli per il debito orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, e retribuiti come dall’Art. 53 del presente accordo.
- 6) Allo scopo di garantire la continuità dell’assistenza, il direttore di distretto può autorizzare deroghe al massimale ore/scelte dei medici disponibili alla attività di cui al presente comma.

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) Partecipa alle riunioni periodiche dell'U.C.A.D. come membro di diritto;
 - d) Mantiene i rapporti con gli altri M.M.G. 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) predisponde la turnistica dell'istituto, secondo il principio dell'equità distributiva ed in ragione del monte ore individuato per ciascun medico
 - f) Predisponde ed organizza attività di formazione 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) Sovraintende 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 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 350 da erogare su base mensile, ed una parte variabile di Euro 150 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 ato, 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 frutto 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 sostituti 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.

NORME TRANSITORIE E FINALI

NORMA TRANSITORIA N.1

- 1) Alla 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. attraverso le seguenti azioni:
 - a) Per ogni A.F.T., è determinata la suddivisione in zone territoriali ai sensi del comma 3 dell'Art. 30 del presente accordo, aggregando località limitrofe fino a raggiungere la popolazione assistibile minima pari almeno a 1.300 residenti, o al rapporto ottimale determinato per il sub-ambito di A.F.T. di appartenenza;
 - b) Viene definita la mappatura degli studi dei medici già incaricati a ciclo di scelta;
 - c) E' stilato l'elenco dei medici a ciclo di scelta già incaricati ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. che si trovino ad avere già studi presso A.F.T. diverse con la relativa distribuzione degli assistiti, o presso zone territoriali diverse della stessa A.F.T.;
- 2) I medici di cui al punto c) del comma precedente:
 - a) Sono iscritti negli elenchi di scelta presso la A.F.T. comprendente il comune già sede di titolarità e vengono cancellati dagli elenchi di scelta di 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, fermo restando quanto previsto dall'Art. 39 comma 2 A.C.N.
- 3) L'ASReM, nelle tempistiche previste dall'Art. 1 comma 6 del presente accordo, pubblica un avviso rivolto ai medici di cui alla lettera c), comma 1, ai quali è data la possibilità di spostare la propria titolarità nella zona territoriale che essi ritengano maggiormente funzionale alla loro attività, anche indicando un ordine di preferenze, secondo quanto determinato nei punti successivi.
 - a) Per i comuni o le zone territoriali dalla popolazione assistibile maggiore di 10.000 abitanti residenti, possono produrre domanda di spostamento i medici che detengano un numero di scelte presso la destinazione indicata pari ad almeno 650 assistiti, escludendo i temporanei, le scelte in deroga ed i ricongiungimenti.
 - b) Per i comuni o le zone territoriali dalla popolazione assistibile minore di 10.000 abitanti residenti, possono produrre domanda di spostamento i medici che abbiano almeno 400 scelte escludendo i temporanei, le scelte in deroga ed i ricongiungimenti.
- 6) L'ASReM formula le graduatorie per la procedura di mobilità straordinaria di cui alla presente norma transitoria secondo i criteri di cui all'Art. 32, comma 9 A.C.N.

7) L'ASReM autorizza gli 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.

8) Qualora dallo spostamento vada a generarsi nel territorio di provenienza una carenza di assistenza, l'autorizzazione allo spostamento stesso è sospesa fino all'inserimento di un nuovo medico titolare nella zona territoriale di provenienza.

9) Per i medici titolari di doppio incarico, già incaricati a ciclo fiduciario e ad attività oraria, che usufruiscono della mobilità straordinaria, riguardo l'incarico a tempo indeterminato a quota oraria, si applica quanto previsto dalla norma transitoria n.2.

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

11) Il comitato Aziendale è l'organo deputato ad autorizzare eventuali deroghe ed individuare le migliori soluzioni organizzative utili ad ottimizzare il processo di riequilibrio della rete assistenziale di cui alla presente norma transitoria ed alla norma transitoria n.2., le quali debbono terminare entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo.

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) incaricati ai sensi dei previgenti A.A.C.C.N.N. i punti erogativi del servizio di C.A. che, alla data di attivazione delle A.F.T., costituiranno la nuova rete del servizio stesso, con la relativa sede di assegnazione sulla base delle modificazioni e delle integrazioni introdotte dalla programmazione regionale in coerenza con quanto previsto dall'Art. 44 dell'A.C.N. come recepito dal presente accordo.
- 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 invia ai medici di cui al comma precedente, contestualmente alla comunicazione di cui al comma 1 della presente norma, specifico avviso contenente l'elenco dei punti erogativi di C.A.

del distretto disponibili per lo spostamento, a cui i medici possono dare riscontro, anche attraverso un ordine di preferenze, entro 15 gg.

- 4) In caso di A.F.T. con più punti erogativi di C.A., è facoltà dei medici indicare il punto erogativo di C.A. preferito, anche secondo un ordine di preferenze.
- 5) Le graduatorie per gli spostamenti sono formulate secondo l'anzianità di incarico a ciclo orario presso l'ASReM, poi per minore età di laurea e voto di laurea.
- 6) La priorità nello spostamento della sede di C.A. viene data per anzianità di servizio presso l'ASReM, poi per età al momento della laurea e successivamente al voto di laurea.
- 7) 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.
- 8) Qualora dall'applicazione della presente norma transitoria, o per altre dinamiche verificatesi successivamente, risultasse una eccedenza di debito orario rispetto il 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..
- 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 A.F.T. subentra alle indennità di medicina di rete e di associazione per tutti i medici a ciclo di scelta.
- 3) Alla data di attivazione delle A.F.T., la decadenza per numero di medici inferiore a 3 delle medicine di gruppo esistenti è bloccata, e le stesse vengono convertite a Spoke di A.F.T. con una deroga di 24 mesi ai requisiti di cui all'Art. 24 del presente accordo per conformarsi agli stessi e con la preservazione dell'indennità per i medici già aventi diritto, convertita ed adeguata all'indennità di Spoke di A.F.T. come da Art. 24 del presente accordo.
- 4) Le domande relative l'ingresso in medicina di gruppo alla data di entrata in vigore del presente accordo, e le rispettive graduatorie, sono salvaguardate ed è possibile l'integrazione delle stesse con nuovi medici che vadano ad aprire studi professionali nel sub-ambito di riferimento.

- 5) Decorso il limite temporale di cui al comma 3 del presente articolo, la medicina di gruppo 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 30 giorni dalla data di individuazione del regolamento di cui all'Art. 29 comma 10, il comitato aziendale provvede alla nomina dei Referenti di A.F.T. ed alla ratifica dei sostituti, e delle strutture di Coordinamento delle U.C.C.P.
- 2) Contestualmente alla nomina, vengono rideterminati per i distretti dell'ASReM i membri dell'U.C.A.D. in modo coerente con quanto previsto dal presente accordo.
- 3) Gli U.C.A.D. dell'ASReM provvedono, entro la data di attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. a predisporre in via straordinaria, la prima programmazione trimestrale delle attività orarie.
- 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.

NORMA TRANSITORIA N.5

- 1) Al termine delle procedure di cui alle norme transitorie n.1 e n.2 del presente accordo, prima dell'avvio delle procedure di rilevazione delle carenze, il comitato aziendale rivaluta la posizione di tutti i medici a ciclo di scelta 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.

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 o di sostituzione presso le carceri molisane, vengono interpellati prioritariamente rispetto gli altri candidati, secondo l'anzianità di incarico calcolata in numero di mesi o frazione di mese di servizio effettivo;

NORME FINALI

- 1) L'ASReM provvede allo smaltimento dei rifiuti pericolosi 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) Entro 30 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.M. del presente accordo, il comitato aziendale provvede ad istituire il C.F.R.M.G. di cui all'Art. 8 del presente accordo. Il C.F.R.M.G., una volta istituito, provvede entro i successivi 30 giorni alle determinazioni di cui all'Art. 27 comma 2 A.C.N.
- 5) Le disposizioni di cui all'Articolo 1 del DCA n. 26 del 13/02/2025 sono prorogate per 12 mesi dall'attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P. ovvero fino a revoca da parte del tavolo permanente regionale per la medicina generale.
- 6) L'ASReM si impegna a fornire mezzi 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.
- 7) 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.
- 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 viene vincolato come finanziamento aggiuntivo per l'accordo dell'anno successivo.
- 10) Le parti condividono la necessità di istituire presso ASReM come organo di supporto strategico, programmazione e coordinamento, il Dipartimento Aziendale di Cure Primarie. Questo sarà assimilato ad una U.O.C. ed inserito nella direzione sanitaria ASReM, 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, resterà in carica per 3 anni, eventualmente rinnovabili. Il direttore potrà optare per un incarico a tempo pieno o parziale, il quale sarà regolato da apposito contratto di diritto privato, redatto secondo uno schema tipo approvato dalla struttura commissariale.
- 11) Il comitato Aziendale è l'organo deputato a garantire l'attuazione efficiente delle norme transitorie del presente accordo allo scopo di attivare le A.F.T. e le U.C.C.P. entro le tempistiche da esso stabilite, individuando le migliori determinazioni e soluzioni utili a risolvere eventuali controversie di tipo organizzativo.
- 12) 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.
- 13) Gli incarichi di sostituzione nelle attività orarie vengono attribuiti, per ogni trimestre di programmazione, seguendo l'ordine della relativa graduatoria.
- 14) 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.
- 15) L'ASReM si impegna a trasmettere alle O.O.S.S. annualmente la consistenza associativa aggiornata alle ultime rilevazioni trasmesse alla SISAC.
- 16) 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, nonchè 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, nonchè 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., ad integrazione di quanto quanto già esposto nell'articolato del presente A.I.R. riguardo 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, attivi nei servizi:
 - a) Continuità Assistenziale (C.A.);
 - b) Ambulatorio diurno di M.G. di A.F.T.;
 - c) Unità di Continuità Assistenziale (U.C.A.).
- 2) Successive integrazioni e modificazioni del presente allegato sono approvate da parte del Comitato Regionale a seguito di 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 ed è connesso ad una Casa di Comunità Hub o Spoke, determinata dall'ASReM in coerenza con la programmazione regionale, cui attinge e si integra per la dotazione di personale infermieristico, hardware, software, per l'auto di servizio e per le altre dotazioni necessarie allo svolgimento delle attività assistenziali.
- 4) L'ASReM fornisce ogni punto di erogazione di assistenza primaria ad attività oraria di rete Wifi, PC di servizio e tablet, dotati di apposito software gestionale connesso in rete con il sistema dei flussi informativi secondo quanto previsto dall'Art. 10 del presente accordo, il quale consentirà al medico 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
- 5) Ogni medico incaricato nei servizi a ciclo orario è dotato di credenziali personali per accedere ai gestionali installati sui PC e sui tablet di servizio, alla piattaforma dei flussi informativi regionali, al registro digitale della sede.
- 6) 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 dei medici di ruolo unico di assistenza primaria.

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 agli ambulatori diurni di M.G. di A.F.T. o alle sedi di C.A.;
 - b) Attraverso la mediazione delle Centrali Operative Territoriali C.O.T, del NUE 116-117 e della Centrale 118, 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.
- 2) Per quanto riguarda gli accessi mediati di cui alla lettera b) del comma precedente, il triage è competenza specifica ed esclusiva dei soggetti indicati, a seguito del contatto telefonico diretto degli stessi con l'utente.
- 3) Non è consentito in alcun caso il trasferimento diretto della chiamata al medico di turno da parte della COT, del NUE 116-117 e della Centrale 118. Il telefono di servizio del medico di ruolo unico di assistenza primaria impegnato nei servizi a ciclo orario è utilizzabile esclusivamente per la gestione successiva all'attivazione ovvero alla presa in carico della visita, previa conferma dell'accettazione della stessa mediante il PC di sede o il Tablet di servizio.
- 4) La centrale NUE 116-117 o gli altri soggetti attivatori di cui alla lettera b) del comma 1 del presente articolo, ricevuta la chiamata diretta del paziente, qualora non fosse possibile la gestione telefonica della richiesta, attuano le seguenti procedure:
 - a) Nel caso di paziente autonomo, deambulante, pediatrico, o comunque ritenuto trasportabile, 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, attraverso il software messo a disposizione dall'ASReM effettuano il triage mediante cui è predisposto un sommario digitale di presentazione composto da:
 - Nome e Cognome del paziente;
 - Indirizzo e numero di telefono;
 - Breve sommario anamnestico;
 - Sospetto diagnostico, da selezionare tra le casistiche dei codici-colore descritti successivamente;
 - Eventuali ulteriori annotazioni ritenute utili.

Tale sommario genera una richiesta di visita domiciliare telematica che viene trasmessa al servizio territorialmente competente (ad esempio ambulatorio diurno di M.G. di A.F.T., U.C.A., A.S.C.O.T., servizio di C.A.) e notificata sul PC e sul tablet di servizio.

- 5) Il medico di turno 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 di cui all'Art. 18 del presente accordo.
- 6) Ogni visita domiciliare viene chiusa e codificata attraverso il tablet del medico ed è successivamente annotata sinteticamente sul registro telematico di sede.
- 7) La relazione clinica digitale sul registro di sede 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) Le modalità di attivazione da parte dei medici a ciclo di scelta nell'ambito delle attività a ciclo orario diurno e feriale di A.F.T. sono determinate in sede di U.C.A.D.
- 11) Per quanto concerne le U.C.A., non è previsto l'accesso diretto dei pazienti, e le modalità di attivazione sono concordate a livello distrettuale nel rispetto del modello organizzativo regionale ed aziendale.

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 M.M.G.
- 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 cellulari di 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 il 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:
 - Elettrocardiografo “rapido” ad 1 derivazione o, per le sedi dotate di personale infermieristico, a 12 derivazioni, con obbligo di pronta telerefertazione specialistica fornita dall'ASReM;
 - Pulsossimetro di livello ospedaliero per adulti e pediatrico;
 - Sfigmomanometro per adulti, obesi, pediatrico;
 - Termometro;
 - Glucometro;
 - Steto-fonendoscopio;
 - Otoscopio;
- 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) I servizi di Assistenza Primaria a ciclo orario sono dedicati, 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 ed 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) L'attività prescrittiva è effettuata mediante dematerializzazione.
- 3) L'attivazione per codici di gravità superiore al verde, come codificati di seguito nel presente allegato, è regolamentata nell'Art. 34 del presente accordo, 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.
- 4) 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.
- 5) Nei casi in cui vi sia una richiesta d'intervento alla centrale 118 per un codice colore bianco o verde, la centrale operativa stessa è autorizzata a trasmettere la chiamata esclusivamente al NUE 116-117 per la gestione successiva, in coerenza con quanto previsto dall'Art.2 del presente allegato.

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;
 - Febbricola 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 sterilstreen;
 - 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;
 - Otiti acute, 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:
- Toracoalgia aspecifica in assenza di fattori di rischio;
 - Crisi ipertensiva di lieve entità in paziente con anamnesi positiva per episodi simili, in assenza di alterazioni del ritmo;
 - Crisi asmatica acuta senza desaturazione in anamnesi positiva per analoghi episodi pregressi;
 - Epigastralgia nel paziente giovane o privo di fattori di rischio noti;
 - Febbre inferiore a TC di 39;
 - 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 acuta diffusa;
 - Dispnea lieve entità in assenza di insufficienza respiratoria rilevabile alla pulsossimetria;
 - Episodio lipotimico risoltosi spontaneamente;
 - Traumi e 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;
 - Trauma del capo in paziente sano senza perdita di coscienza o segni neurologici;
 - 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 maggiori o i traumi nei soggetti fragili, o comunque qualsiasi caso che 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:

- Arresto cardiaco e/o respiratorio;
- Stroke;
- Addome acuto;
- Sindrome da ostruzione acuta delle vie aeree;
- Coma o stato soporoso;
- Aritmia ipo o ipercinetica;
- Anafilassi;
- Avvelenamento;
- Pneumotorace;
- Trauma toracico o addominale;
- Sospetta embolia polmonare;
- Travaglio di parto;
- Metrorragia con alterazione dei parametri vitali;
- Emorragie significative;
- Ferite necessitanti punti di sutura;
- Trauma dell'occhio con o senza corpo estraneo;
- Otorrea o otorragia;
- Ischemia acuta di un arto;
- Cecità improvvisa;
- Torsione del funicolo spermatico;
- Ipotermia o congelamento;
- Colpo di sole o di calore con TC maggiore di 40;
- Ipertermia severa, TC maggiore di 41;
- Ustioni severe;
- Emoflato severo, Ematemesi o Rettorragia significativa con alterazione dei Parametri Vitali;
- Ipostenia o deficit sensitivo-motorio acuto;
- Epilessia;
- Cefalea con segni neurologici;
- Tentativo di suicidio;
- Dolore toracico;
- Allucinazioni con o senza delirio;
- Crisi d'astinenza;
- Intossicazione acuta da alcolici, farmaci o sostanze stupefacenti;
- Edema polmonare;
- Colica addominale o renale;
- Ernia con sospetto di intasamento, strozzamento o complicata;
- Algia testicolare acuta;
- Priapismo acuto;
- Algia pelvica acuta;
- Ferita estesa con perdita ematica attiva da sospetta rottura di vaso arterioso;

- Ferita penetrante o trapassante;
 - Alterazione acuta della vista (es. Diplopia, emianopsia);
 - Cefalea con vomito espulsivo;
 - Lussazione o distorsione di arto o articolazione;
 - Trauma cranico, toracico o addominale;
 - Trauma degli arti o delle articolazioni con sospetta frattura;
 - Frattura;
 - Trombosi e tromboembolismi;
 - Iperglycemia severa o ipoglicemia;
 - Disfagia acuta;
 - Perdita ematica in gravidanza;
 - Ittero o subittero;
 - Glaucoma acuto o occhio rosso dolente;
 - Sincop;
 - Crisi ipertensiva severa;
 - Oliguria o anuria;
 - Nevralgie severe di nuova insorgenza;
 - Stato di Agitazione Acuta;
 - Reazione allergica severa o con segni di interessamento respiratorio;
 - Edemi declivi insorti acutamente o nell'ambito di congestione polmonare diagnosticata clinicamente;
 - Stato di Shock;
 - Celluliti, Ascessi, Fasciti;
 - Ascite;
- 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 la 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 dei medici referenti di A.F.T. 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., la regione e le O.O.S.S. si impegnano ad elaborare 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 delle U.C.A., generalmente descritte nell'Art. 40 del presente accordo in coerenza con quanto previsto dall'Art. 7 del DM n.77/2022, vengono declinate a livello distrettuale nelle modalità individuate dall'U.C.A.D.
- 2) L'U.C.A.D. può individuare ulteriori aree funzionali di attività per le U.C.A. da sottoporre al comitato regionale per l'approvazione.

Articolo 9

- 1) Alla data di attivazione del NUE 116117 o comunque a seguito dell'implementazione del numero unico di C.A., le parti firmatarie del presente accordo condividono la necessità di valutare l'inserimento di tale attività nell'ambito delle funzioni del medico di ruolo unico a ciclo orario, mediante specifico accordo.
- 2) Fino alla piena operatività della piattaforma informatica e dell'infrastruttura digitale hardware e software prevista dal presente accordo, la rendicontazione delle attività sarà effettuata dai referenti di A.F.T. e di U.C.C.P.
- 3) Fino alla piena operatività della piattaforma informatica e dell'infrastruttura digitale hardware e software prevista dal presente accordo, restano in vigore l'allegato M per quanto riguarda le prestazioni effettuate nei servizi di assistenza primaria a ciclo orario ed i modelli di riepilogo di cui ai previgenti A.A.C.C.N.N. ed A.D.R.