



**COMMISSARIO AD ACTA**

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

**DECRETO**

**N. 86**

**IN DATA 30-04-2025**

**OGGETTO: PROGETTO SPERIMENTAZIONE CASE DI COMUNITÀ NEL TERRITORIO DELLA  
REGIONE MOLISE AI SENSI DEL DM 77/2022 E DEL PNRR – MISSIONE 6 SALUTE.  
PROVVEDIMENTI.**

---

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

---

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

**RICHIAMATA** la Delibera adottata in data 3 Agosto 2023 dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, con la quale:

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

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

**VISTA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che ha, tra l'altro:

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

**VISTI**

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

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*", che stabilisce i principi fondamentali per l'organizzazione dei servizi sanitari, sottolineando l'importanza di garantire l'accesso alle cure, la qualità dei servizi e l'efficienza del sistema sanitario, elementi essenziali per la gestione delle malattie croniche come il diabete e che

**VISTO**, altresì, l'art. 3 *quater* del citato Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, che definisce l'articolazione delle ASL in Distretti Sanitari;

**VISTO** il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio*

sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", che riafferma i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, tra cui l'universalismo dell'assistenza, l'uguaglianza di accesso e la solidarietà, e identifica i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale;

**VISTO** il d.l. del 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", che prevede misure per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, evidenziando l'urgenza di interventi strutturali per garantire un accesso equo e tempestivo alle cure, in particolare per le fasce più vulnerabili della popolazione;

**VISTO** il DPCM del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", e relativi allegati, che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), stabilendo le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini, inclusi l'elenco delle malattie e le modalità di erogazione delle prestazioni, con l'obiettivo di assicurare equità e uniformità nell'accesso alle cure su tutto il territorio nazionale;

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

**VISTO** il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, intitolato "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", che stabilisce i principi fondamentali per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e introduce le "Case di Comunità" come modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento;

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

**RICHIAMATO** il Decreto Interministeriale del 23.12.2022- Ministero della Salute di concerto con: Min. Economia e Finanze, rubricato "Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale", che ha autorizza una spesa massima per il potenziamento dell'assistenza territoriale, al fine di implementare standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto al PNRR ripartita, tra le Regioni e le Province Autonome;

**VISTA** la Legge Regionale n. 9 del 1° aprile 2005 recante 'Riordino del servizio sanitario regionale', che determina il Distretto come un'articolazione organizzativa che assume ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali;

**VISTO** il DCA n. 46 del 28.07.2016 recante 'Riordino e nuova articolazione dei distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise A.S.Re.M. Provvedimenti" che ha ridotto il numero dei Distretti sanitari regionali da n. 7 a n. 3;

**VISTO**, altresì, il DCA n. 43 del 06.07.2017 recante 'DCA 46 del 28 luglio 2016. Integrazioni" che ha individuato gli Ambiti Territoriali di ciascun Distretto Sanitario;

**VISTO**, poi, l'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04 aprile 2024, che prevede

- all'articolo 43, comma 7: "Il medico del ruolo unico di assistenza primaria nello svolgimento dell'attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari, con riferimento alle attività dell'AFT e dell'UCCP, nell'ambito del coordinamento funzionale ed organizzativo del Distretto, al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata ed allo svolgimento di ulteriori attività in favore dei cittadini";
- all'articolo 44, comma 1: "L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento";
- all'art. 44, comma 2: "Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti ed agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti";

**RICHIAMATE** le “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub” pubblicate da AGENAS in data 05.04.2024, che sottolineano l’importanza di garantire una governance efficace e integrata, al fine di promuovere la prossimità dei servizi sanitari e socio-assistenziali sul territorio, in coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché le indicazioni delle Regioni espresse nella seduta della Commissione Salute in data 15 maggio 2024 in accompagnamento alle “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub”;

**RICHIAMATO** il DCA n. 80 del 30.05.2024 recante “Documento di Programmazione della rete territoriale della Regione Molise”. Aggiornamenti” che ha previsto l’avvio di un piano strategico per l’attivazione di n. 13 Case di Comunità, articolate in una rete strutturata composta da 7 Hub, deputati a fungere da nodi centrali per l’erogazione di servizi sanitari e socio-assistenziali ad alta integrazione, e da 6 Spoke, finalizzati a garantire la capillarità e la prossimità delle prestazioni sul territorio regionale;

**VISTO** il DCA n. 26 del 13.02.2025 recante “Misure straordinarie per il rafforzamento della continuità assistenziale e la gestione delle carenze di personale medico nella regione Molise. Provvedimenti” che dà facoltà ad ASREM di pubblicare specifici avvisi utili alla predisposizione di graduatorie aziendali dedicate a incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione relativi al servizio di Continuità Assistenziale o ad altre progettualità a quota oraria a livello distrettuale;

**PRESO ATTO**, poi, che con DCA n.76 del 23.03.2025 recante “Istituzione e regolamentazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nel territorio della regione Molise ai sensi del DM77/2022 e del PNRR – Missione 6 Salute” è stato avviato un progetto di attivazione sperimentale dei modelli organizzativi UCA del DM 77/2022 attraverso le risorse del PNRR utilizzando le attività orarie dei Medici di Medicina Generale, nelle more della definizione del successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR);

**DATO ATTO** che il Comitato Aziendale ASREM per i rapporti con i Medici di Medicina Generale in data 19.03.2025, giusto verbale acquisito al protocollo RM al n. 52314 del 07.04.2025, ha proposto l’attivazione di modelli organizzativi, di Case di Comunità in via sperimentale, nelle more della definizione del successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale;

**RILEVATA** l’utilità di avviare la sperimentazione dell’attività oraria diurna multiprofessionale, ritenuta propedeutica all’attivazione delle A.F.T. e delle U.C.C.P., nelle more della stipula dei relativi Accordi integrativi regionali con i medici di medicina generale, con gli specialisti ambulatoriali, nonché pediatri di libera scelta;

**RITENUTO**, quindi, nelle more della completa realizzazione delle Case di Comunità previste per la regione Molise, nonché dell’entrata in vigore dei successivi AAIRR, sopra descritti, di procedere all’attivazione sperimentale di n. 3 Case di Comunità, ovvero di n. 3 ambulatori diurni di Medicina Generale, giusto ACN Medici di Medicina Generale del 04.04.2024, nell’ambito dei modelli organizzativi delle Case di Comunità, in n.1 per ogni distretto sanitario dell’ASReM;

**CONSIDERATA** la necessità di stabilire che la sede di ogni singolo ambulatorio diurno di Medicina Generale è determinata dal Direttore Generale dell’ASReM su proposta del singolo Direttore di Distretto;

**CONSIDERATO** che è stabilito che:

- gli ambulatori di cui punto precedente saranno operativi mediante un medico di medicina generale a ciclo orario ed un infermiere del distretto, nei giorni feriali, per un massimo di 10 ore al giorno, preferibilmente a garanzia di una fascia oraria mattutina ed una fascia oraria pomeridiana, secondo determinazioni distrettuali;
- gli ambulatori diurni di Medicina Generale operano sul territorio di riferimento in coordinamento con le UCA, anche attraverso l’utilizzo della telemedicina e devono essere dotate, altresì, di un sistema integrato di telemedicina collegato alle COT afferenti al Distretto di competenza;

**CONSIDERATO** di stabilire, altresì, che:

- il reclutamento dei medici avverrà attraverso specifico avviso interno da parte dell’ ASReM, rivolto ai medici di medicina generale già titolari e sostituiti presso i distretti con disponibilità di attività oraria ai sensi dell’art. 1 del DCA 26/2025; qualora ritenuto opportuno, allo scopo di garantire un più rapido avvio delle attività, è facoltà dell’ASReM predisporre un unico avviso anche rispetto al reclutamento dei medici di cui al DCA n.76 del 25 marzo 2025;
- le graduatorie saranno stilate su base distrettuale, dando precedenza ai medici già titolari a ciclo di scelta, successivamente ai medici titolari a quota oraria e infine con incarico di sostituzione presso il distretto secondo la relativa graduatoria aziendale di cui all’art. 19, comma 6, dell’ACN del 04.04.2024;
- per i medici già titolari di incarico a ciclo di scelta, l’attività in oggetto non dovrà interferire con gli obblighi

previsti dal vigente accordo decentrato regionale riguardo gli orari di studio (Cfr. Art. 12 Accordo Decentrato Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2007 - Supplemento Ordinario n. 2 al BURM del 16 marzo 2007, n. 7); pertanto i Distretti modulano il monte ore dei M.M.G. disponibili ad attività oraria allo scopo di garantire la massima copertura sia del servizio di Continuità Assistenziale, sia delle sperimentazioni di cui alle U.C.A., nonché del Progetto di cui al presente atto;

- il compenso orario per le attività è quello previsto dall'art. 47, comma 3 dell'ACN del 04 aprile 2024 di Medicina Generale, lett. a), b), c);
- le risorse per la remunerazione dei medici di medicina generale incaricati negli ambulatori diurni di medicina generale allocati presso i modelli organizzativi delle Case di Comunità sono individuate nell'ambito dei fondi PNRR ai sensi del Decreto interministeriale del 23/12/2022- Ministero della Salute, recante "*Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale*", Tab. A;
- l'incarico sarà inquadrato come completamento orario nella continuità assistenziale, e per i medici già titolari a ciclo di scelta l'attività in oggetto, non dovrà interferire con gli obblighi previsti dal vigente accordo decentrato regionale riguardo gli orari di studio;
- la sperimentazione di cui al presente decreto ha durata fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale (M.M.G.) e comunque nell'ambito delle risorse di cui al citato Decreto Interministeriale del 23.12.2022- Ministero della Salute di concerto con: Min. Economia e Finanze 23/12/2022 nella misura pari ad € 1.001.838, per il 2025, ed € 1.575.771, per il 2026 e successivi;

**RITENUTO** di stabilire che le funzioni della Case di Comunità saranno riconducibili a 4 macroaree, che devono interagire tra loro, tra le quali:

- area di accesso e dei servizi amministrativi, che comprende gli sportelli informativi polifunzionali, il PUA, il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
- area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC;
- area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla Case di Comunità che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello;
- area della prevenzione e promozione della salute;
- area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei comuni e degli ambiti sociali;

**CONSIDERATO** che occorre stabilire che il Medico di Medicina Generale incaricato, ai sensi dell'Art. 43, comma 7 ACN per le funzioni assistenziali proprie del ruolo unico ad attività oraria, con particolare riferimento all'espletamento delle visite domiciliari non programmate nell'ambito della rete della medicina generale del territorio di riferimento, potrà svolgere ulteriori attività assegnate dal Direttore del Distretto, tra le quali:

- interazione con gli infermieri del Distretto nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;
- interazione con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e UCA sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di equipe di Valutazione Multidimensionale (VMD), su richiesta del team VMD;
- interazione con specialisti ambulatoriali, anche attraverso il teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando la strumentazione disponibile in Casa di Comunità, previa specifica formazione degli operatori da parte dell'ASReM;
- formazione per le attività inerenti ai PDTA, PAI e PRI;
- interazione periodica con il Direttore del Distretto sui risultati raggiunti;

**DATO ATTO**, infine, che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo agli obiettivi di cui al punto i) "*Adozione delle iniziative volte a garantire la puntuale ed appropriata erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale*";

su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, previa istruttoria del funzionario incaricato, col parere favorevole del Direttore Generale della Salute e d'intesa con il subcommissario ad acta, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento.

## DECRETA

### Art. 1

1. Sono attivati, in via sperimentale, i modelli organizzativi di n. 3 Case di Comunità, in numero di 1 per ogni distretto sanitario ASReM, con la partecipazione dei Medici di Medicina Generale ad attività oraria, mediante l'attivazione degli ambulatori diurni di Medicina Generale di cui all'Art. 44, comma 2 A.C.N. 04 aprile 2024.
2. La sede degli ambulatori è determinata dal Direttore Generale dell'ASREM su proposta dei Direttori di ogni singolo distretto, secondo il modello organizzativo di Casa di Comunità maggiormente funzionale a garantire l'implementazione delle attività e delle funzioni individuate con il presente atto.
3. Gli ambulatori di cui al comma 1 saranno operativi mediante un medico di medicina generale a ciclo orario ed un infermiere del distretto, nei giorni feriali, per un massimo di 10 ore al giorno, preferibilmente a garanzia di una fascia oraria mattutina ed una fascia oraria pomeridiana, secondo determinazioni distrettuali.
4. Gli ambulatori diurni di Medicina Generale operano sul territorio di riferimento in coordinamento con le UCA, anche attraverso l'utilizzo della telemedicina e devono essere dotate, altresì, di un sistema integrato di telemedicina collegato alle COT afferenti al Distretto di competenza.
5. Il reclutamento dei medici avverrà attraverso specifico avviso interno da parte dell'ASReM rivolto ai medici di medicina generale già titolari e sostituti presso i distretti con disponibilità di attività oraria ai sensi dell'art. 1 del DCA 26/2025; qualora ritenuto opportuno, allo scopo di garantire un più rapido avvio delle attività, è facoltà dell'ASReM predisporre un unico avviso anche rispetto il reclutamento dei medici di cui al DCA n.76 del 25 marzo 2025.
6. Per i medici già titolari di incarico a ciclo di scelta, l'attività negli ambulatori diurni non dovrà interferire con gli obblighi previsti dal vigente accordo decentrato regionale riguardo gli orari di studio (Cfr. Art. 12 Accordo Decentrato Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2007 - Supplemento Ordinario n. 2 al BURM del 16 marzo 2007, n. 7); pertanto i Distretti modulano il monte ore dei M.M.G. disponibili ad attività oraria allo scopo di garantire la massima copertura sia del servizio di Continuità Assistenziale, sia delle sperimentazioni di cui alle U.C.A., nonché del Progetto di cui al presente atto.
7. Il compenso orario per le attività è quello previsto dall'art. 47, comma 3 dell'ACN del 04 aprile 2024 di Medicina Generale, lett. a), b), c).
8. Le risorse per la remunerazione dei medici di medicina generale incaricati negli ambulatori diurni di medicina generale allocati presso i modelli organizzativi delle Case di Comunità sono individuate nell'ambito dei fondi PNRR ai sensi del Decreto interministeriale del 23/12/2022- Ministero della Salute, recante "*Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale*", Tab. A, nella misura pari ed di € 1.001.838, per il 2025, ed € 1.575.771, per il 2026 e anni successivi.
9. La sperimentazione di cui al presente decreto ha durata fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale (M.M.G.) in attuazione dell'ACN del 04.04.2024.

## **Art. 2**

1. Le funzioni delle Case di Comunità di cui al presente decreto saranno riconducibili a 4 macroaree, tra le quali:
  - il CUP, il servizio di scelta e revoca MMG/PLS e i servizi di accettazione, ecc.;
  - area dell'assistenza primaria, che comprende le attività di MMG/PLS, Medici di Continuità Assistenziale, ADI e IFeC;
  - area della specialistica ambulatoriale e della diagnostica di base, rivolta a tutti i cittadini, prevalentemente residenti nel territorio servito dalla CdC che necessitano di prestazioni sanitarie di primo livello
  - area della prevenzione e promozione della salute;
  - area dell'integrazione con i servizi sociali e con la comunità, che si esplicita attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socio assistenziali dei comuni e degli ambiti sociali.
2. Il Medico di Medicina Generale incaricato, ai sensi dell'Art. 43, comma 7 ACN per le funzioni assistenziali proprie del ruolo unico ad attività oraria, con particolare riferimento all'espletamento delle visite domiciliari non programmate nell'ambito della rete della medicina generale del territorio di riferimento, potrà svolgere ulteriori attività assegnate dal Direttore del Distretto tra le quali:
  - interazione con gli infermieri del Distretto nei processi di reclutamento proattivo dei pazienti, di educazione sanitaria e di case management;

- interazione con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e UCA sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di equipe di Valutazione Multidimensionale (VMD), su richiesta del team VMD;
- interazione con specialisti ambulatoriali, anche attraverso il teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando la strumentazione disponibile in Casa di Comunità, previa specifica formazione degli operatori da parte dell'ASReM;
- formazione per le attività inerenti ai PDTA, PAI e PRI;
- interazione periodica con il Direttore del Distretto sui risultati raggiunti.

#### **Art. 3**

1. L'ASReM provvede a trasmettere semestralmente alla Struttura Commissariale una relazione sulle attività svolte e sui risultati raggiunti, garantendo un monitoraggio costante e un miglioramento continuo dei servizi offerti.

#### **Art. 4**

1. Il Direttore Generale dell'ASREM adotta entro trenta giorni dalla pubblicazione del presente atto i provvedimenti attuativi necessari.

#### **Art.5**

1. Il presente provvedimento sarà trasmesso al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, all'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, nonché pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

**IL SUBCOMMISSARIO AD ACTA  
ULISSE DI GIACOMO**

**IL COMMISSARIO AD ACTA  
MARCO BONAMICO**

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