



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. 76

IN DATA 25-03-2025

**OGGETTO: ISTITUZIONE E REGOLAMENTAZIONE DELLE UNITÀ DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE (UCA) NEL TERRITORIO DELLA REGIONE MOLISE AI SENSI DEL DM 77/2022 E
DEL PNRR – MISSIONE 6 SALUTE.**

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"* (pag.11-12 della sentenza);

VISTI

- l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, in base al quale per le regioni già sottoposte a Piano di rientro, e già commissariate alla data di entrata in vigore della medesima legge, restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- l'articolo 2, comma 88-bis della legge 23 dicembre 2009 n. 191, che dispone: *"Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e 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 Bolzano 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* 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;

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 l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) come struttura operativa volta a garantire interventi sanitari in contesti extraospedalieri, con particolare attenzione ai pazienti fragili e non autosufficienti, promuovendo un approccio integrato e multidisciplinare che coinvolge diversi professionisti della salute;

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;

RICHIAMATA la Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto 2022, che ha approvato il *“Documento di indirizzo per l'attuazione del DM 77/2022”*, fornendo linee guida operative per la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, offrendo un quadro di riferimento chiaro e condiviso per le Regioni e facilitando l'implementazione delle UCA in modo omogeneo e coordinato, garantendo così un approccio uniforme e standardizzato in tutto il territorio nazionale;

RILEVATO che la popolazione residente nella Regione Molise, secondo i dati ISTAT aggiornati al 2024, è pari a circa 290.000 abitanti e l'analisi demografica evidenzia un costante invecchiamento della popolazione con un incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative, richiedendo un potenziamento dell'assistenza sanitaria attraverso modelli organizzativi più flessibili e maggiormente capaci di rispondere alle esigenze di una popolazione in evoluzione, e che la creazione delle UCA rappresenta una risposta adeguata a tali sfide;

CONSIDERATO che il parametro di riferimento per l'istituzione delle UCA è di n. 1 unità ogni 100.000 abitanti, consentendo di garantire una distribuzione equa delle risorse e un accesso adeguato ai servizi nel territorio regionale;

VISTO il Decreto Interministeriale del 23.12.2022 - Ministero della Salute, recante *“Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale”*, che ha autorizza una spesa massima per il potenziamento dell'assistenza territoriale, al fine di implementare standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto al PNRR ripartita, tra le Regioni e le Province Autonome;

DATO ATTO che nel Decreto Interministeriale di cui al punto precedente, all'interno della Tabella A, allegato dello stesso, è riportato l'importo riconosciuto alle UCA della Regione Molise pari ad € 213.803,00, per il 2025, ed € 174.370,00, per il 2026 e ss.;

RITENUTO, quindi, di istituire n. 3 UCA composte ciascuna di almeno n. 1 medico e n. 1 infermiere per turno, con possibilità di essere integrate con altre figure professionali sanitarie;

PRESO ATTO che con DCA n. 80 del 30.05.2024 recante *“Documento di Programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti”* è stato previsto di attivare n. 3 UCA, nel numero di 1 per ogni distretto sanitario ASREM;

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”* il quale, ai sensi dell'articolo 38, comma 7 dell'ACN di Medicina Generale 2019-2021, regola l'organizzazione degli incarichi nella medicina generale definendo i limiti di compatibilità ore-scelte per i medici con incarichi a ciclo orario, al fine di bilanciare il carico lavorativo, garantire la qualità delle cure e tutelare sia i pazienti sia i medici, prevedendo un impegno minimo di 12-24 ore settimanali in relazione al numero di assistiti e fissando un tetto massimo di 12 ore per i medici con oltre 1121 assistiti, così da prevenire sovraccarichi e assicurare continuità assistenziale;

CONSIDERATO che, nelle more della stipula dell'Accordo Integrativo Regionale previsto ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024 di Medicina Generale 2019-2021, per i rapporti con i medici di Medicina Generale, è opportuno implementare le UCA come forme sperimentali di attività multiprofessionali;

PRESO ATTO che nelle more dell'attivazione delle *“Case di Comunità”*, la sede provvisoria di attività delle UCA sarà individuata con apposita determinazione dei Direttori dei Distretti Sanitari;

RILEVATO che le UCA operano sul territorio di riferimento 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;

PRESO ATTO, poi, che il DCA n. 80/24 stabilisce che, ai sensi del richiamato DM n. 77 del 23.05.2022, all'art. 7 le funzioni delle UCA consistono nelle seguenti attività:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- gestione di programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti *“fragili”* (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- gestione di programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.;

DATO ATTO, poi, che

- i Direttori dei Distretti Sanitari dell'ASReM, ai sensi dell'art. 44 dell'ACN del 4 aprile 2024, provvederanno a determinare l'impegno orario secondo un modello di attività diurna e feriali fino ad un massimale di n. 8 ore a giorno, anche frazionando la turnistica in fascia oraria mattutina e pomeridiana ed anche a seconda della disponibilità di personale infermieristico;
- il reclutamento dei medici avviene attraverso specifico avviso, da parte di ASREM, rivolto ai medici a quota oraria e sostituiti presso i distretti, ai sensi dell'art. 1 del DCA 26/2025;
- il compenso orario per le attività all'interno delle UCA è quello previsto dall'art. 47, comma 3 dell'ACN del 04 aprile 2024 di Medicina Generale;

CONSIDERATO che occorre stabilire che, nelle more dell'attivazione delle *“Case di Comunità”*, la sede provvisoria di operatività delle UCA è ubicata presso ogni Distretto Sanitario, con un impegno orario secondo un modello di attività diurna e feriali fino ad un massimale di 8 ore a giorno, anche frazionando la turnistica in fascia oraria mattutina e pomeridiana, anche a seconda della disponibilità di personale infermieristico;

CONSIDERATO, poi, che ai sensi del punto n. 9 del citato articolo 44 dell'ACN del 04 aprile 2024, occorre stabilire che oltre ai compiti previsti dal richiamato DCA n. 80/24, sarà demandata ad Accordi regionali ed Aziendali l'individuazione di ulteriori attività e ulteriori compiti;

CONSIDERATO che occorre stabilire che l'ASReM provvederà a trasmettere semestralmente alla Struttura Commissariale una relazione sullo stato di attuazione delle UCA e sui risultati raggiunti, garantendo così un monitoraggio costante e un miglioramento continuo dei servizi offerti e, in base ai risultati della valutazione, potranno essere apportate modifiche al modello organizzativo delle UCA per migliorarne l'efficienza e l'efficacia;

DATO ATTO che le risorse per l'attivazione e il funzionamento delle UCA sono individuate nell'ambito dei fondi PNRR ai sensi del richiamato Decreto interministeriale del 23/12/2022 - Ministero della Salute, recante *“Riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale”*, Tab. A.;

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 istituite n. 3 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nel territorio della Regione Molise, una UCA ogni 100.000 abitanti, composte ciascuna da almeno n. 1 medico e n. 1 infermiere per turno, con possibilità di essere integrate con altre figure professionali sanitarie.
2. La sede provvisoria di operatività delle UCA è ubicata presso ogni Distretto Sanitario, con un impegno orario definito dai Direttori dei Distretti sanitari dell'ASReM, secondo un modello di attività diurna e feriale fino ad un massimale di 8 ore a giorno, anche frazionando la turnistica in fascia oraria mattutina e pomeridiana, anche a seconda della disponibilità di personale infermieristico.
3. Le UCA operano sul territorio di riferimento 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.
4. Il reclutamento dei medici avverrà attraverso specifico avviso, da parte di ASReM, rivolto ai medici a quota oraria e sostituiti presso i distretti, ai sensi dell'art. 1 del DCA 26/2025.
5. Il compenso orario per le attività è quello previsto dall'art. 47, comma 3 dell'ACN del 04 aprile 2024 di Medicina Generale.
6. Le risorse per l'attivazione e il funzionamento delle UCA 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.

Art. 2

1. L'ASReM provvede a trasmettere semestralmente alla Struttura Commissariale una relazione sullo stato di attuazione delle UCA e sui risultati raggiunti, garantendo così un monitoraggio costante e un miglioramento continuo dei servizi offerti.

Art. 3

1. Il Direttore Generale dell'ASREM adotterà tutti i provvedimenti attuativi necessari per dare esecuzione al presente atto.

Art. 4

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