



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. 193

IN DATA 18-12-2025

OGGETTO: SVILUPPO CURE PRIMARIE. 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 Ministero dell'economie 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 sub-commissario 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;

VISTA la legge regionale 23 marzo 2010, n. 10 e ss.mm.ii;

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 Ministero della Salute, il Ministero 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" ossia "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 necessaria 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";

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;

VISTA la Legge Regionale n. 9 del 1° aprile 2005 recante *“Riordino del servizio sanitario regionale”*;

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;

VISTO il Patto per la Salute 2019-2021, che, tra l'altro, ha ribadito 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;

VISTA la Legge del 30 dicembre 2020, n. 178, che ha approvato il *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 “Salute”* e 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 l'opportunità 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, rubricato *“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;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per i Medici di Medicina Generale - triennio economico 2019-2021, sottoscritto il 04 aprile 2024 rubricato *“Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni”*, in particolare l'Art. 44 comma 9;

RICHIAMATO il DCA n. 80 del 30 maggio 2024 recante *“Documento di Programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti”*;

RICHIAMATI, altresì:

- il DCA n.26 del 13 febbraio 2025 *“Misure straordinarie per il rafforzamento della continuità assistenziale e la gestione delle carenze di personale medico nella regione Molise”*;
- il DCA n.76 del 24 marzo 2025 *“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”*;
- il DCA n.86 del 30 aprile 2025 *“Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della regione Molise ai sensi del DM 77/2022 e del PNRR - Missione 6 salute”*;
- il DCA n.114 del 08 luglio 2025 *“Accordo integrativo regionale stralcio all'accordo collettivo nazionale della Medicina Generale 04 aprile 2024 di attuazione delle AFT e delle UCCP dei medici di medicina generale”*;

VISTO, poi, il citato Accordo integrativo regionale stralcio all'accordo collettivo nazionale della Medicina Generale 04 aprile 2024 di attuazione delle AFT e delle UCCP dei medici di medicina generale di cui al DCA n.114 del 08 luglio 2025 il quale norma l'attività a ciclo orario dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle more dell'attivazione delle AFT e delle UCCP;

CONSIDERATO di istituire nell' Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 presso l'ASReM il Dipartimento Aziendale di Cure Primarie, diretto da un Medico di Medicina Generale;

RITENUTO opportuno, nelle more dell'istituzione presso l'ASReM del citato Dipartimento, di individuare una figura di riferimento utile ad assolvere presso la regione Molise e presso l'ASReM alle funzioni di supporto strategico, coordinamento e programmazione per quanto concerne lo sviluppo delle Cure Primarie, con particolare riferimento alle attività dei Medici di Medicina Generale nell'ambito delle strutture e dei modelli organizzativi previsti dal DM n.77/2022;

DATO ATTO che in sede di comitato regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale le OOSS in data 10 settembre 2025 hanno espresso parere favorevole riguardo l'introduzione di tale figura, individuata nel

Referente Regionale per le Cure Primarie;

RILEVATO che è stato richiesto alle OO.SS. di comunicare i nominativi per la nomina del Referente Regionale per le Cure Primarie (cfr. nota n.151645/2025);

VISTA la nota della Direzione Generale della Salute (Protocollo N. 158121/2025 del 05-11-2025) con la quale sono state trasmesse le candidature pervenute da parte delle OOSS con annessi curriculum vitae;

CONSIDERATO dunque opportuno istituire la figura del Referente Regionale per le Cure Primarie, individuando un Medico di Medicina Generale convenzionato presso la ASReM, selezionato dalla Struttura Commissariale tra i nominativi pervenuti da parte delle OOSS della Medicina Generale;

CONSIDERATO che l'attività del Referente sarà inquadrata e retribuita nell'ambito delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria del Distretto di appartenenza, ex-ACN 04 aprile 2024, Art. 47, comma 3, lett. a), b), c);

DATO ATTO che le risorse per il finanziamento della quota oraria di cui all'Art.47 ACN 04 aprile 2024, comma 3, lett.c) del Referente 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. non impiegati a seguito dell'avvio delle sperimentazioni di cui al DCA n.76/2025 inerente alle Unità di Continuità Assistenziale UCA;

CONSIDERATO altresì che l'inquadramento del Referente rientra nell'ambito delle attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui al DCA n.76/2025 con assegnazione funzionale presso la CdC Hub di Venafro e, successivamente all'entrata in vigore del successivo AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024, sarà inquadrata nelle attività orarie del Ruolo Unico di Assistenza Primaria del Distretto di riferimento nelle modalità determinate dall'AIR stesso;

RILEVATO che il Referente svolge le seguenti funzioni, fermo restando la possibilità di definire successivamente ulteriori attività di concerto con la Struttura Commissariale:

- supportare la Struttura Commissariale nell'ambito dello sviluppo dei sistemi di Cure Primarie e dell'Assistenza Territoriale;
- supportare l'ASReM nelle fasi attuative del Decreto Ministeriale n.77/2022 in riferimento allo sviluppo ed alle attività della Medicina Generale, anche nell'ambito dell'implementazione degli Accordi Integrativi Regionali;
- favorire lo sviluppo e la sperimentazione di modelli di integrazione tra i servizi delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, il 116117 e le altre strutture e modelli organizzativi previsti dagli standard nazionali dell'Assistenza Territoriale;
- proporre alla struttura Commissariale modalità di integrazione tra i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, gli infermieri e le altre figure dipendenti e convenzionate del territorio;
- supportare lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di ricerca e formazione rispetto le attività dei Medici di Medicina Generale nelle case di Comunità e nelle altre attività di cui al DM n.77/2022 e delle forme organizzative della Medicina Generale, di concerto con l'Università degli Studi del Molise e gli altri soggetti coinvolti nei processi di formazione;

RILEVATO, altresì, che il Referente relazionerà direttamente sulle proprie attività e su eventuali criticità riscontrate nell'ambito delle sue funzioni alla Struttura Commissariale della regione Molise;

DATO ATTO che, fermo restando la sede funzionale di attività, il Referente Regionale per le Cure Primarie dovrà garantire un impegno orario di funzione specifica pari a n.24 ore settimanali in forma di attività presso le strutture della Regione, dell'ASReM e delle articolazioni aziendali, anche in forma di pronta disponibilità e di rintracciabilità, in deroga ai massimali di compatibilità ore scelte;

CONSIDERATO che l'incarico ha durata fino alla nomina del Medico di Medicina Generale Direttore di Dipartimento di Cure Primarie di cui al successivo Accordo Integrativo Regionale;

DATO ATTO che a seguito della citata nota della Direzione Generale della Salute (Protocollo N. 158121/2025 del 05-11-2025) con la quale sono state trasmesse le candidature pervenute da parte delle OOSS con annessi curricula vitae, in data 2 dicembre 2025 e 9 dicembre 2025 la struttura Commissariale ha definito i criteri preferenziali per l'attribuzione dell'incarico e individuato il Referente Regionale per le Cure Primarie nella persona del dott. Carmine Cecola;

DATO

altresì, che la documentazione è agli atti della Direzione Generale della Salute (cfr. nota n. 175156/2025 di

ATTO,

trasmissione alla Struttura Commissariale dei verbali da parte della Direzione Generale della Salute);

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 sub-commissario ad acta, come risultante dalle sottoscrizioni apposte sul presente provvedimento.

DECRETA

Articolo 1

1. È istituita la figura del Referente Regionale per le Cure Primarie (di seguito "Referente").
2. È individuato il Dott. Carmine Cecola, medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, quale Referente Regionale per le Cure Primarie.
3. I compiti del Referente, fermo restando la possibilità di successive integrazioni individuate dalla Struttura commissariale, sono i seguenti:
 - supportare la Struttura Commissariale nell'ambito dello sviluppo dei sistemi di Cure Primarie e dell'Assistenza Territoriale;
 - supportare l'ASReM nelle fasi attuative del Decreto Ministeriale n.77/2022 in riferimento allo sviluppo ed alle attività della Medicina Generale, anche nell'ambito dell'implementazione degli Accordi Integrativi Regionali;
 - favorire lo sviluppo e la sperimentazione di modelli di integrazione tra i servizi delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, il 116117 e le altre strutture e modelli organizzativi previsti dagli standard nazionali dell'Assistenza Territoriale;
 - proporre alla struttura Commissariale modalità di integrazione tra i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, gli infermieri e le altre figure dipendenti e convenzionate del territorio;
 - supportare lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di ricerca e formazione rispetto le attività dei Medici di Medicina Generale nelle case di Comunità e nelle altre attività di cui al DM n.77/2022 e delle forme organizzative della Medicina Generale, di concerto con l'Università degli Studi del Molise e gli altri soggetti coinvolti nei processi di formazione.
4. Il Referente relazionerà direttamente alla Struttura Commissariale sulle attività svolte e su eventuali criticità riscontrate nell'ambito delle funzioni attribuite.
L'incarico termina in caso di cessazione del rapporto convenzionale presso la ASReM ovvero in caso di pensionamento o dimissioni.
L'attività del Referente è inquadrata nell'ambito delle attività di cui al DCA n.76/2025 e retribuita ai sensi delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria del Distretto di appartenenza, ex-ACN 04 aprile 2024, Art. 47, comma 3, lett. a) b) c). A seguito dell'entrata in vigore dell'AIR di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 l'incarico viene integrato nelle attività orarie del Ruolo Unico di Assistenza Primaria del Distretto di appartenenza.
7. Il Referente Regionale per le Cure Primarie garantisce un impegno orario di funzione specifica pari a n.24 ore settimanali presso la Regione, l'ASReM e le articolazioni aziendali, anche in forma di pronta disponibilità e di rintracciabilità, in deroga ai massimali di compatibilità ore scelte.

Articolo 2

Il presente provvedimento sarà trasmesso all'Azienda Sanitaria Regionale (A.S.Re.M) per i consequenziali adempimenti di competenza.

Articolo 3

Il presente provvedimento sarà trasmesso al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché pubblicato nel 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