



**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. 26**

**IN DATA 13-02-2025**

**OGGETTO: MISURE STRAORDINARIE PER IL RAFFORZAMENTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E LA GESTIONE DELLE CARENZE DI PERSONALE MEDICO NELLA REGIONE MOLISE. 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;

**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 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" 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 Balzano o da innovazioni della legislazione statale vigente*";

**VISTO** il D.lgs. n. 502 del 30.12.1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" con il quale il sistema sanitario italiano è stato riorganizzato per garantire una maggiore autonomia gestionale alle Regioni, permettendo loro di gestire direttamente risorse e servizi sanitari, e sono stati introdotti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per garantire a tutti i cittadini un accesso equo e uniforme alle prestazioni sanitarie, riducendo le disuguaglianze e promuovendo una maggiore efficienza e vicinanza ai bisogni locali;

**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" che ha provveduto ad aggiornare i

LEA, ponendo l'accento sui servizi territoriali che sono stati riconosciuti come essenziali per l'equità dell'accesso alle cure con l'obiettivo di garantire una distribuzione più omogenea delle risorse sanitarie sul territorio nazionale, assicurando che tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro residenza, possano accedere a servizi di assistenza sanitaria adeguati e tempestivi, con particolare attenzione alle fasce di popolazione vulnerabili e alle aree più svantaggiate, affinché sia possibile ridurre le disuguaglianze nel settore sanitario e migliorare la qualità della vita e della salute per tutta la popolazione;

**PREMESSO** che l'art 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, N. 421". e ss.mm.ii.", prevede che "il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, N. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale";

**RICHIAMATO** l'Accordo Collettivo nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23.3.2005, stipulato ai sensi dell'art 8 del citato Decreto Legislativo;

**CONSIDERATO CHE:**

- le norme di cui agli artt. 4 e 14 del predetto ACN demandano alla negoziazione regionale la possibilità di definire aspetti specifici dell'attività dei medici di medicina generale, sulla base degli indirizzi generali individuati nell'Accordo medesimo, tenendo conto degli obiettivi della programmazione regionale e aziendale, attraverso la stipula di appositi accordi integrativi regionali;
- in particolare, il citato art 4 prevede che "Le Regioni e le organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:
  - a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
  - b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
  - c) l'organizzazione della presa in carico degli utenti da parte dei medici con il supporto delle professionalità sanitarie e la realizzazione della continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
  - d) l'organizzazione dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
  - e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
  - f) la modalità di partecipazione dei medici di medicina generale nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
  - g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori – strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie — Regione;
  - h) l'organizzazione della formazione di base, della formazione specifica, della formazione continua e dell'aggiornamento;
  - i) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei Medici di medicina generale a livello regionale;
  - j) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e;
- l'art 14 del citato ACN dispone che "Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo N. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...)";

**DATO ATTO** che, con Deliberazione di Giunta regionale n. 173 del 27.07.2007 recante "Accordo decentrato Regionale", pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Molise n. 7 del 16 marzo 2007 - Supplemento Ordinario n. 2 - è stato approvato l'Accordo Decentrato Regionale per la Medicina Generale, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei MMG del 23.3.2005, ai sensi dell'art 8 D. Lgs n. 502 del 1992 e s.m.i.;

**VISTO** l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per i Medici di Medicina Generale – 2019-2021, sottoscritto il 02.04.2024 recante "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 – Triennio 2019-2021";

**VISTO**, in particolare, l'articolo 38, comma 7 dell'ACN richiamato, che dispone misure volte a garantire la funzionalità del Servizio di Continuità Assistenziale, assicurando la prossimità delle cure, l'assistenza tempestiva e di qualità anche in periodi critici o in aree disagiate, evitando interruzioni del servizio sanitario e rispondendo efficacemente alle esigenze della popolazione;

**VISTO** il Patto per la Salute 2019-2021 del 18.12.2019, che ha tra i suoi obiettivi principali il potenziamento della medicina territoriale, con particolare attenzione alla Continuità Assistenziale e all'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, promuovendo una cura continua e coordinata tra i servizi ospedalieri e quelli sul territorio, al fine di

migliorare l'accesso alle cure primarie e gestire in modo più efficace le patologie croniche, riducendo le ospedalizzazioni non necessarie e garantendo un'assistenza più vicina ai cittadini;

**VISTO** il Programma Operativo della Regione Molise 2023-2025, adottato con il DCA n. 79 del 3 maggio 2024 recante "Approvazione Programma Operativo 2023/2025", con cui l'ente ha riconosciuto la carenza di personale medico come un problema strutturale e ha individuato misure per affrontarlo, tra cui il potenziamento del Servizio di Continuità Assistenziale, per garantire un'assistenza tempestiva e ridurre le disuguaglianze territoriali, migliorando l'accesso alle cure e la qualità dei servizi, soprattutto nelle aree più svantaggiate;

**CONSIDERATO** che il Servizio di Continuità Assistenziale riveste un ruolo fondamentale nella gestione delle indifferibilità sanitarie durante le ore in cui i medici di assistenza primaria non sono disponibili, contribuendo in modo significativo a ridurre l'afflusso inappropriato ai pronto soccorso, evitando così il sovraffollamento e garantendo un'assistenza tempestiva ai pazienti che necessitano di risposte assistenziali non relative l'ambito dell'emergenza urgenza;

**CONSIDERATO** che la carenza di personale medico è una problematica cronica, particolarmente grave in Regioni periferiche come il Molise, aggravata dall'invecchiamento della forza lavoro e dall'alta età media dei medici;

**CONSIDERATE** le disuguaglianze territoriali e la conformazione geografica del Molise, caratterizzato da un territorio montuoso e bassa densità abitativa, aggravato dalla limitata qualità delle infrastrutture stradali, particolarmente problematiche nei mesi invernali, e dalla concentrazione delle strutture sanitarie nei centri urbani, che non riescono a soddisfare adeguatamente le esigenze della popolazione delle aree periferiche, costringendo i residenti a percorrere lunghe distanze per accedere ai servizi sanitari;

**RILEVATO** che il Comitato Regionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale, riunito in data 05 dicembre 2024, ha sottolineato l'urgenza di adottare misure straordinarie per la carenza di personale medico, tra cui l'impiego temporaneo di medici non inclusi nelle graduatorie regionali, ma con i requisiti necessari, e la revisione temporanea dei massimali orari per garantire la Continuità Assistenziale;

**PRESO ATTO** che la funzionalità del Servizio di Continuità Assistenziale è fortemente minacciata dalla cronica carenza di personale medico e dalla difficoltà di organizzare turni regolari, con conseguente sovraccarico dei medici in servizio, che si trovano a dover gestire un numero eccessivo di pazienti, compromettendo la qualità delle cure e mettendo a rischio l'efficacia complessiva del servizio;

**CONSIDERATO** che le misure previste dal presente Decreto sono straordinarie e temporanee, tesa a garantire la continuità assistenziale nel breve termine, includendo l'utilizzo di medici non presenti nelle graduatorie regionali, l'introduzione di deroghe ai massimali orari e la semplificazione organizzativa, con l'intento di fungere da soluzioni temporanee in attesa di un nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) che affronti le problematiche in modo strutturale e duraturo;

**VISTO** l'articolo 38, comma 7 dell'ACN, che recita "[...] L'impegno settimanale del medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di doppio incarico ad attività oraria ed a ciclo di scelta all'entrata in vigore del presente Accordo comporta l'applicazione dei seguenti limiti:

a) 24 ore, fino a 650 assistiti;

b) 12 ore, da 651 fino a 1.120 assistiti.

*Al raggiungimento dei limiti degli assistiti l'Azienda provvede entro sei mesi, previa comunicazione al medico interessato, alla riduzione o cessazione del numero di ore in applicazione di quanto previsto dal presente comma.*

**Tali limiti possono essere sospesi dalle Regioni, in attuazione dell'articolo 3, comma 5-ter, del D.L. 10 maggio 2023, n. 51, convertito con modificazioni dalla L. 3 luglio 2023, n. 87, che determina l'unico limite di 24 ore settimanali e 1.000 assistiti.**

*I medici di cui al presente comma possono richiedere all'Azienda, secondo quanto previsto all'articolo 32, comma 8, il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi del presente Accordo, con adeguamento dell'impegno settimanale come previsto al comma 1 del presente articolo";*

**RITENUTO**, pertanto, ai sensi dell'art. 38, comma 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 2019-2021, di disporre che ai medici di Medicina Generale, già titolari di incarico a ciclo di scelta, ai sensi dei precedenti AA.CC.NN., e con un incarico concomitante a ciclo orario, o disponibili ad assumerlo, vengano applicati i seguenti limiti di compatibilità tra ore e scelte:

a) fino a 650 assistiti è confermato il minimale contrattuale di 24 ore/settimana;

b) da 651 a 1120 assistiti, fermo restando un minimale di 12 ore/settimana, è consentito, su base volontaria, il massimale di 24 ore/settimana, fermo restando quanto disposto dall'art. 12 dell'A.I.R. del 2007;

c) da 1121 a 1500 assistiti, su base volontaria, è consentita un'attività pari a 12 ore/settimana, fermo

restando quanto disposto dall'art. 12 dell'A.I.R. del 2007;

**RITENUTO** dover specificare che il presente DCA resterà valido fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.);

**DATO ATTO** che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo agli obiettivi di cui al punto xvi) "*Interventi per la gestione, razionalizzazione ed efficientamento della spesa e delle attività della medicina di base e della pediatria di libera scelta*";

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**

### **Articolo 1**

Ai sensi dell'Art. 38, comma 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale Medicina Generale 2019-2021, ai medici di Medicina Generale, già titolari di incarico a ciclo di scelta, ai sensi dei precedenti AA.CC.NN, che abbiano un concomitante incarico a ciclo orario, o che diano disponibilità ad assumerlo, si applicano i seguenti limiti di compatibilità ore-scelte:

- a) fino a 650 assistiti è confermato il minimale contrattuale di 24 ore/settimana;
- b) da 651 a 1120 assistiti, fermo restando un minimo di 12 ore/settimana, è consentito, su base volontaria, il massimale di 24 ore/settimana;
- c) da 1121 a 1500 assistiti, su base volontaria, è consentita un'attività pari a 12 ore/settimana.

### **Articolo 2**

È facoltà di ASREM 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.

### **Articolo 3**

Il presente atto resta valido fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.).

### **Articolo 4**

È dato mandato ad ASREM di adottare tutte le misure necessarie per dare piena attuazione a quanto disposto dal presente provvedimento.

### **Articolo 5**

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