



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. 173

IN DATA 11-11-2025

OGGETTO: ISTITUZIONE DEL COORDINAMENTO TECNICO REGIONALE PER LA GESTIONE DELLA RETE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio	DOTT.SSA LOLITA GALLO
Il Direttore del Servizio SERVIZIO LIVELLI MASSIMI DI FINANZIAMENTO E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	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 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" o 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"*;
- interpretato l'art. 2, comma 83, della L. n. 191/2009 e l'art. 1, comma 7 *"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"*; 96, 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 e di contraddittorio procedimentale, come d'altronde accade per ogni ordinanza contingibile"*;

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 D.P.R. 14 gennaio 1997 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitarie"*;

VISTO il D.lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m. e i"*;

VISTA l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (*Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019*);

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, concernente *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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.”*;

VISTO il DM 23 maggio 2022, n. 77, recante *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”*;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.”* e s.m. e i.;

VISTA la legge regionale 1° aprile 2005, n. 9, recante *“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”* e s.m. e i.;

VISTA la legge regionale 24 giugno 2008, n. 18, recante *“Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”* e s.m. e i.;

RICHIAMATO l'articolo 5, comma 3, della sopra citata legge 15 marzo 2010 n. 38, *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, che ha previsto, tra l'altro, che *“su proposta del Ministro della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento o ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie.”*

PRESO ATTO dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (*Rep. atti n. 239/CSR*), con il quale sono state approvate le *“Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”*, che prevedono l'attivazione di due livelli istituzionali nella rete di terapia del dolore – livello regionale e livello aziendale – stabilendo che:

- la struttura regionale svolga, tra l'altro, compiti di coordinamento, promozione, indirizzo e monitoraggio, in attuazione della rete e per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e di assistenza nell'ambito della stessa;
- alle strutture aziendali spetti, in particolare, l'attivazione del sistema di erogazione di terapia del dolore attraverso l'attivazione e l'interazione di tutti i nodi della rete (centri ambulatoriali territoriali, centri ospedalieri, medici di medicina generale...);

RICHIAMATA l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, con la quale sono stati definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore - Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012;

PRESO ATTO dell'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014 (*Rep. atti n. 87/CSR*), con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle suddette reti ed i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle reti;

RICHIAMATA l'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 (*Rep. atti n. 32/CSR*), in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, la quale indica le modalità ed i termini temporali per l'adozione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento per ciascuna delle predette reti, e per la prima volta tratta, nell'allegato sub A, in merito ad un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 *“Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico”*;

EVIDENZIATO che il richiamato decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”* improntato al principio della valorizzazione delle reti integrate ospedale-territorio, sia rispetto alle reti tempo dipendenti sia alle reti funzionali che operano in ambiti complessi, indica, in particolare, al punto 3.1, i bacini di utenza delle strutture ospedaliere per la terapia del dolore e prevede, al punto 8.1, la realizzazione della rete di terapia del dolore nell’ambito delle reti che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale;

RICHIAMATI gli articoli del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017:

- Art. 15 *“Assistenza specialistica ambulatoriale”* che specifica nell’allegato 4 le relative prestazioni di pertinenza alla terapia del dolore;
- Art. 21 *“Percorsi assistenziali integrati”* che prevede la definizione, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, di percorsi assistenziali integrati, l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, e che le regioni e le province autonome organizzino tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio dei percorsi di cura nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale;
- Art. 23 *“Cure palliative domiciliari”* che prevede per le cure palliative domiciliari un’articolazione su due livelli e sulla base di una valutazione multidimensionale, che prenda in carico il paziente e i familiari attraverso la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» integrato da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale;
- Art. 31 *“Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita”* che prevede di garantire alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l’assistenza multidisciplinare e multiprofessionale nonché il sostegno psico-clinico al paziente e alla famiglia
- Art. 38 *“Ricovero ordinario per acuti”* che include, tra le prestazioni di ricovero ordinario per acuti, anche quelli afferenti alla terapia del dolore;

VISTI, poi:

- il Decreto del Commissario ad acta n. 46 del 8 luglio 2015 con il quale sono state approvate le *“Linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise - Approvazione della rete della Terapia del Dolore nella Regione Molise”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 04 agosto 2016 recante *“Certificazione regionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate. Provvedimenti”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 79 del 28/12/2017 recante *“Cure palliative e terapia del dolore. Estensione dall’Hospice al domicilio dell’Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore”*;
- il Decreto del Ministero della Salute del 25 maggio 2017 recante: *“Adozione del Piano nazionale per le cure palliative”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 84 del 14/07/2021 recante *“Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 79 del 03/05/2024 recante: *“Approvazione programma operativo 2023/2025”*;
- il Decreto del Commissario ad acta n. 80 del 03/05/2025 recante: *“Documento di Programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti”*;

VISTO da ultimo il Decreto del Commissario ad acta n. 31 del 24/02/2025 recante: *“Piano di implementazione delle cure palliative della Regione Molise. Approvazione”*;

CONSIDERATO di dover garantire l’accesso universale e uniforme alle cure palliative per i cittadini della Regione Molise, in linea con la normativa nazionale e le migliori pratiche cliniche, attraverso un modello organizzativo regionale per le cure palliative che assicuri la continuità assistenziale, l’integrazione dei servizi e la promozione della qualità delle cure;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 121 del 23-07-2025, con il quale è stato nominato il Dott. Mariano Flocco, Direttore dell’Hospice e cure palliative dell’ASReM, quale Coordinatore Tecnico Regionale per le Cure Palliative, con il compito di garantire la pianificazione, l’implementazione, il monitoraggio e la valutazione delle attività a livello regionale;

VISTA la nota con cui sono stati richiesti all’ ASReM i nominativi dei componenti da inserire nel Coordinamento Tecnico Regionale della Rete di Cure Palliative (cfr. *protocollo regionale n.147745/2025*);

VISTA, poi, la nota di riscontro dell’ASReM, acquisita al protocollo regionale al n. 148930/2025;

RITENUTO quindi di istituire il Coordinamento Tecnico Regionale della Rete di Cure Palliative come di seguito specificato:

- Coordinatore Tecnico Regionale per le Cure Palliative, in qualità di Presidente;
- Direttore Generale per la Salute o suo delegato;
- Direttore del Servizio Programmazione della rete Ospedaliera e dell'assistenza Specialistica ambulatoriale;
- Direttore del Servizio Livelli massimi di finanziamento e dell'integrazione socio-sanitaria;
- Direttore del Distretto di Campobasso;
- Direttore del Distretto di Isernia;
- Direttore del Distretto di Termoli;
- Direttore U.O.S. Oncologia P.O. "San Timoteo" Termoli;
- Direttore U. S.V.D. Anestesia e Rianimazione P.O. "San Timoteo" Termoli;
- Direttore U.O.S. Oncologia P.O. "Veneziale";
- Infermiere afferente alla U.O.S.V.D. Hospice e Cure Palliative;

DATO ATTO che il Coordinamento Tecnico Regionale della Rete di Cure Palliative potrà avvalersi di ulteriori figure a seconda delle esigenze espresse dal Comitato in parola;

RITENUTO che il Coordinamento Tecnico Regionale dovrà svolgere i seguenti compiti:

- Definire linee guida e raccomandazioni per conseguire livelli uniformi di erogazione e accesso.
- Fornire supporti tecnici e formativi per il personale.
- Valutare l'attuazione delle indicazioni regionali.
- Supportare tecnicamente la programmazione regionale.
- Trasmettere annualmente alla Struttura Commissariale una relazione analitica sull'esito delle cure palliative e dei servizi erogati.

DATO ATTO, altresì, che il Coordinamento Tecnico si riunisce con cadenza trimestrale, ovvero ogni qualvolta il Presidente lo ritenga necessario. Il funzionamento del Coordinamento Tecnico è disciplinato da un apposito regolamento interno, adottato dal Coordinamento stesso;

RITENUTO altresì che il Coordinamento Tecnico Regionale possa formulare ulteriori proposte utili all'espletamento delle attività del Coordinamento stesso;

DATO ATTO, poi, che la partecipazione del Coordinamento Tecnico Regionale della Rete di Cure Palliative avverrà a titolo gratuito e non comporterà oneri aggiuntivi a carico dell'Amministrazione regionale;

DATO ATTO che l'oggetto del presente decreto rientra nell'ambito del mandato commissariale rispondendo all'obiettivo 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" della deliberazione del Consiglio dei ministri del 3 agosto 2023;

su conforme proposta del Direttore del competente Servizio, 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;

in virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei ministri, di cui in premessa

DECRETA

Articolo 1

1. È istituito il Coordinamento Tecnico Regionale della Rete di Cure Palliative.

2. Il Coordinamento Tecnico Regionale è così composto:

- Coordinatore Tecnico Regionale per le Cure Palliative, in qualità di Presidente - componente;
- Direttore Generale per la Salute o suo delegato - componente;
- Direttore del Servizio Programmazione della rete Ospedaliera e dell'assistenza Specialistica ambulatoriale - componente;
- Direttore del Servizio Livelli massimi di finanziamento e dell'integrazione socio-sanitaria - componente;
- Direttore del Distretto di Campobasso - componente;
- Direttore del Distretto di Isernia - componente;

- Direttore del Distretto di Termoli - componente;
- Direttore U.O.S. Oncologia P.O. "San Timoteo" Termoli - componente;
- Direttore U. S.V.D. Anestesia e Rianimazione P.O. "San Timoteo" Termoli - componente;
- Direttore U.O.S. Oncologia P.O. "Veneziale" - componente;
- Infermiere afferente alla U.O.S.V.D. Hospice e Cure Palliative - componente;

Articolo 2

1. Il Coordinamento Tecnico Regionale svolge i seguenti compiti:

- Definisce le linee guida e raccomandazioni per conseguire livelli uniformi di erogazione e accesso.
- Fornisce il supporto tecnico e formativo per il personale.
- Fornire consulenza metodologica alle aziende ULSS.
- Valuta l'attuazione delle indicazioni regionali.
- Supporta tecnicamente la programmazione regionale.
- Trasmette annualmente Struttura Commissariale una relazione analitica sull'esito delle cure palliative e dei servizi erogati.

2. Il Coordinamento Tecnico si riunisce con cadenza trimestrale ovvero ogni qualvolta il Presidente lo ritenga necessario.

3. Il funzionamento del Coordinamento Tecnico è disciplinato da un apposito regolamento interno, adottato dal Coordinamento stesso.

4. Il Coordinamento Tecnico può formulare ulteriori proposte utili all'espletamento delle attività del Coordinamento stesso.

Articolo 3

Il Coordinamento Tecnico resterà in carica per la durata di 3 anni con possibilità di rinnovo.

Articolo 4

La partecipazione al Coordinamento regionale delle Rete di Cure Palliative avverrà a titolo gratuito e non comporterà oneri aggiuntivi a carico dell'Amministrazione regionale.

Articolo 5

Il presente decreto è trasmesso all'ASReM, al Coordinatore e ai componenti del Coordinamento Tecnico Regionale, al Ministero della Salute e al Ministero delle Economie e delle Finanze, nonché pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise e sul sito istituzionale 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