



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. 9

IN DATA 14-01-2026

OGGETTO: ATTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ A CICLO ORARIO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA IN REALIZZAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DI CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA DELLA REGIONE MOLISE IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER I RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVITÀ ORARIA DA RENDERE DA PARTE DEI MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE CASE DELLA COMUNITÀ APPROVATE DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME.

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 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 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: "/// 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, de//l'effettivo stato di avanzamento de//l'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.”*;

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”*.

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

VISTO il Decreto Legge del 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella 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, introducendo, tra gli altri, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ambito del contesto organizzativo delle cure territoriali;

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;

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;

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 (DM77/2022), 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 e determina, talaltro, che *“Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente”*;

RICHIAMATO il Decreto Interministeriale del 23 dicembre 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;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23 marzo 2005 et ss .mm.ii. (ACN 23 marzo 2005), in particolare:

- l'Art. 13, che istituisce il settore contrattuale della Continuità Assistenziale;

- l'Art. 64, che stabilisce il Rapporto Ottimale del settore Continuità Assistenziale, ovvero il numero di medici inseribili dalle regioni nel servizio di Continuità Assistenziale;
- l'Art. 65, che disciplina i massimali orari;
- l'Art. 67, che definisce i compiti del medico di Continuità Assistenziale, con particolare riferimento al comma 1 "Il medico di continuità assistenziale assicura le prestazioni sanitarie non differibili ai cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio.";

VISTO l'Art. 23 "Rapporto Ottimale" dell'Accordo Decentrato Regionale (ADR) per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2007 - Supplemento Ordinario n. 2 al BURM del 16 marzo 2007, n. 7, il qual prevede, tra l'altro, di riorganizzare il servizio di Continuità Assistenziale regionale in virtù dell'introduzione, nell'ACN 23 marzo 2005, del Rapporto Ottimale tra la popolazione ed i medici del servizio di Continuità Assistenziale;

RICHIAMATO l'Art. 64 comma 4 dell'ACN 23 marzo 2005 il quale dispone che *"Le Aziende che dispongano di medici in servizio nella continuità assistenziale in esubero rispetto al rapporto ottimale come definito al comma 2, (tenuto conto delle variazioni di cui al comma 3), non possono attribuire ulteriori incarichi fino al riequilibrio di tale rapporto."*;

CONSIDERATO che in regione Molise il servizio di Continuità Assistenziale è articolato in n. 44 sedi con 48 medici operativi in ogni turno di lavoro, in continuità con il previgente servizio di Guardia Medica, secondo un organico pari a circa 196 medici di CA;

DATO ATTO che alla data di adozione del presente decreto il numero di medici incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale regionale è pari a circa 70 unità lavorative a tempo indeterminato;

VISTO l'ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 28 aprile 2022, il quale:

- introduce il nuovo settore del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, suddiviso in Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta ed in Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, il quale ha riassorbito il previgente settore contrattuale della Continuità Assistenziale;
- stabilisce, nell'Art. 43, comma 7, che al medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria compete "l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117, come previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;"

PRESO ATTO che con l'ACN 28 aprile 2022 (Cfr. Art.43 comma 7, lett. a) è stata superata la previgente "prestazione sanitaria non differibile" ed introdotta la prestazione "assistenziale non differibile" tra i compiti del medico a ciclo orario dell'Assistenza Primaria, da normare negli AIR secondo il modello organizzativo regionale;

VISTO il successivo ACN per i rapporti con i medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024 che all'Art. 31 introduce il Ruolo Unico di Assistenza Primaria secondo le modalità dell'automatico rapporto ore/scelte come disciplinato all'Art.38 comma 1;

DATO ATTO che il richiamato ACN prevede, negli articoli di seguito esposti, la definizione del modello organizzativo a livello regionale di risposta assistenziale per le prestazioni non urgenti attraverso le attività del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, definendo un nuovo modello di Continuità dell'Assistenza attivo per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana da erogare mediante una sinergia tra le attività delle AFT, delle UCCP e le strutture definite dal DM77/2022, i servizi e le figure professionali del territorio:

- Art. 4, comma 1, lett. c;
- Art. 20, comma 1, capo II, lett. k;
- Art. 29 comma 6;
- Art. 30 comma 2;
- Art. 35 comma 5;
- Art. 43 comma 1, lett. b; comma 5, lett. f; comma 7;
- Art. 44 con particolare riferimento ai commi n.4 e n.11;

DATO ATTO altresì che il citato articolo 44 dell'ACN 4 aprile 2024 indica le modalità operative per l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria a ciclo orario da adottare nell'ambito degli AIR, fornendo anche gli indirizzi operativi per la riorganizzazione dei servizi stessi;

RICHIAMATO il DM77/2022, Art. 5, tabella n.4, che prevede la Continuità Assistenziale come attività standard obbligatoria per le Case di Comunità Hub e facoltativa per le Case di Comunità Spoke a seconda delle determinazioni regionali;

RILEVATO che la regione Molise ha avviato un percorso di attuazione sperimentale delle strutture e dei modelli organizzativi del DM 77/2022 attraverso appositi provvedimenti inerenti all'utilizzo delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria:

- DCA n.26 del 13/02/2025 *"Misure straordinarie per il rafforzamento della continuità assistenziale e la gestione delle carenze di personale medico nella regione Molise"*
- DCA n.76 del 24/03/2025 *"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"*
- DCA n.86 del 30/04/2025 *"Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della regione Molise ai sensi del DM 77/2022 e del PNRR - Missione 6 salute"*;

DATO ATTO che le citate sperimentazioni hanno fornito indicazioni utili per una appropriata programmazione degli interventi necessari per la riforma delle Cure Primarie regionali, ivi compresa l'individuazione delle AFT e delle UCCP;

VISTO, poi, il DCA n.114 del 08/07/2025 rubricato *"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 il documento recante "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità" approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025, in particolare l'Art. 6.1;

RICHIAMATI, altresì, i seguenti provvedimenti:

- DCA n.158 del 02 ottobre 2025 recante "Linee Guida Organizzative Regionali per le Attività delle Unità di Continuità Assistenziale UCA della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.161 del 16 ottobre 2025 recante "Linee Guida Regionali per l'implementazione del Modello Organizzativo delle Case di Comunità della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.162 del 17 ottobre 2025 recante "Linee Guida della Regione Molise per l'Attuazione del Metaprogetto sugli Ospedali di Comunità. Approvazione.";
- DCA n. 192 del 29/12/2025 rubricato *"Atto di programmazione delle aggregazioni funzionali territoriali AFT e delle unità complesse di cure primarie UCCP della regione Molise"*, come rettificato dal

DCA n.7/2026;

VISTO il DCA n.8/2026 rubricato “**Accordo integrativo regionale per i rapporti con i medici di medicina generale di recepimento dell’ACN 04 aprile 2024 della regione Molise (AIR MMG Molise 2025) - Approvazione.**”, con particolare riferimento all’articolo 29 che disciplina la programmazione delle attività a ciclo orario del ruolo unico di assistenza primaria;

DATO ATTO che la quota oraria del Ruolo Unico di Assistenza Primaria rappresenta uno strumento fondamentale per garantire gli standard di presenza medica minima previsti dal citato DM77/2022 e dal DCA n.161/2025 nelle Case di Comunità regionali;

CONSIDERATO di dover riorganizzare il sistema regionale delle attività a ciclo orario della Medicina Generale in coerenza con quanto previsto dall’ACN e dalle linee di indirizzo della Conferenza delle Regioni;

CONSIDERATO che l’entrata in vigore del nuovo modello organizzativo regionale delle attività a ciclo orario dell’Assistenza Primaria è condizione imprescindibile per l’attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT e delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP, e dunque per l’entrata in vigore del successivo AIR della Medicina Generale e per la conseguente attuazione della riforma del DM77/2022 e per la valorizzazione regionale delle risorse della Missione 6 componente 1 del PNRR;

CONSIDERATO di dover tutelare il diritto acquisito al monte ore di incarico dei medici già titolari di Continuità Assistenziale nell’ambito della riorganizzazione del servizio;

VISTO il modello organizzativo denominato “*Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell’Assistenza della Regione Molise in attuazione dell’Accordo Collettivo Nazionale e delle linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome*”, allegato al presente documento, cui costituisce parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO il sopracitato modello organizzativo potrà essere oggetto di modifiche/integrazioni a seguito di eventuali osservazioni, formulate dai Ministeri competenti ovvero da intervenute disposizioni normative in materia;

DATO ATTO, infine, che l’oggetto del presente decreto rientra nell’ambito del mandato commissariale rispondendo agli obiettivi di cui al punto “v) programmazione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete territoriale, in coerenza con il DM n. 77/2022”;

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

È approvato il documento rubricato *“Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell’Assistenza della Regione Molise in attuazione dell’Accordo Collettivo Nazionale e delle linee di indirizzo per l’attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome”*, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

Articolo 2

Il presente provvedimento è trasmesso all’ A.S.Re.M.- Azienda Sanitaria Regionale del Molise per i consequenziali adempimenti di competenza.

Articolo 3

Il presente provvedimento è 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