N. 18/SSRRCO/CCN/2026

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

Presiedute dal Presidente Guido Carlino
e composte dai magistrati

Presidenti di sezione:

Mauro Orefice, Maria Annunziata Rucireta, Giuseppa Maneggio, Vincenzo Palomba, Maria Teresa Polverino, Massimiliano Minerva, Franco Massi, Cristiana Rondoni;

Consiglieri:

Elena Tomassini, Luigi Caso, Giuseppe Maria Mezzapesa, Maria Rita Ricci, Sergio Gasparrini, Francesco Sucameli, Angelo Maria Quaglini, Marco Randolfi, Vanessa Pinto;

Referendari:

Lucia Marra.

VISTO l'art. 100, secondo comma, della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20;

VISTO il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, approvato dalle Sezioni riunite con deliberazione n. 14/DEL/2000 del 16 giugno 2000 e, in particolare, l'art. 6, comma 1, lett. *b*);

VISTO l'art. 47 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

VISTA l'Ipotesi di ACN 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 2022-2024, acquisita dalle Sezioni riunite in sede di controllo in data 28 novembre 2025;

TENUTO CONTO delle valutazioni del Nucleo tecnico "Costo del lavoro" contenute nel rapporto n. 11/2025 del 15 dicembre 2025;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 15 dicembre 2025, sono state convocate le Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 22 dicembre 2025;

UDITO, nell'adunanza del 22 dicembre 2025, il relatore Cons. Marco Randolfi;

DELIBERA

di certificare positivamente l'ipotesi di contratto in epigrafe, con le raccomandazioni contenute nel rapporto allegato.

ORDINA

alla Segreteria di provvedere alla trasmissione della presente delibera alla SISAC - Struttura Interregionale Sanitari convenzionati, alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano; al Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato – IGOP; Alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Segretariato generale; Al Comitato di Settore per il Comparto Regioni – Sanità, al Ministero della salute.

IL RELATORE	IL PRESIDENTE
Marco Randolfi	Guido Carlino
F.to digitalmente	F.to digitalmente

Depositato in segreteria in data 23 giugno 2026.

IL DIRIGENTE

Antonio Franco
F.to digitalmente

Ipotesi di ACN 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 2022-2024

Premessa

1.1. L'Ipotesi di accordo cui si riferisce il presente rapporto è stata sottoscritta il 5 novembre 2025 ed è pervenuta alla Segreteria delle SS.RR. in sede di controllo in data 1° dicembre 2025 per l'esercizio del controllo previsto dall'art. 5, comma 5, dell'Accordo sancito, il 5 dicembre 2013, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Conferenza Stato–Regioni).

Procedimento di contrattazione

1.2. Tra la sottoscrizione dell'Ipotesi di Accordo e la trasmissione alla Corte dei conti, va segnalato il rilascio del parere favorevole del Comitato di settore il 27 novembre u.s., come previsto dal comma 4 dell'art. 5 del già citato Accordo del 5 dicembre 2013, in base al quale *"l'Ipotesi di accordo è trasmessa dalla SISAC, entro dieci giorni, al comitato di settore del Comparto sanità per l'acquisizione del parere sul testo e sugli oneri finanziari diretti e indiretti che ne conseguono a carico dei bilanci delle amministrazioni interessate, ai sensi dell'articolo 47, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni."*

1.3. Al riguardo, occorre sottolineare che il procedimento di contrattazione collettiva relativo al personale sanitario con rapporto convenzionale, ai sensi del rinvio effettuato dall'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (come sostituito dall'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289), viene disciplinato da un accordo in Conferenza Stato – Regioni, tenendo comunque conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. In attuazione di tale rinvio, il predetto Accordo del 5 dicembre 2013, all'art. 5, comma 5, assegna alla Corte dei conti funzioni di

controllo sostanzialmente sovrapponibili a quelle previste, in via generale, dall'art. 47, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001 in tema di contrattazione collettiva nazionale.

1.4. Alla luce di quanto sopra, la Corte dei conti è chiamata a certificare l'attendibilità della quantificazione dei costi dei contratti collettivi nazionali, nonché la loro compatibilità con gli strumenti di programmazione e di bilancio, potendo a tal fine "*acquisire elementi istruttori e valutazioni da tre esperti designati dal Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con la Conferenza Stato- Regioni e con il Ministro dell'economia e finanze. Gli esperti sono nominati prima che l'ipotesi di accordo sia trasmessa alla Corte dei conti*".

Oggetto dell'Ipotesi

2.1. L'Ipotesi riguarda la medicina generale convenzionata che ricomprende le seguenti tipologie professionali, per un totale di circa 64.300 medici convenzionati (dati al 1° gennaio 2022): medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (39.270 unità); medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (20.838 unità); medici dei servizi territoriali (1.322 unità); medici di emergenza sanitaria territoriale - pronto intervento, 118 ecc. (2.684 unità); medici per l'assistenza negli Istituti penitenziari (173 unità).

2.2. L'Accordo all'esame, relativo al rinnovo contrattuale per il triennio 2022-2024 del citato personale medico convenzionato, provvede ad erogare gli incrementi contrattuali, che includono anche l'IVC, con le medesime percentuali (5,78 per cento a regime) previste per il restante personale pubblico, come risulta dall'Atto di indirizzo del Comitato di settore Reg-Sanità del 2 ottobre 2025, nonché gli arretrati derivanti dagli stessi incrementi.

2.3. L'ACN all'esame provvede solamente a modifiche, integrazioni e manutenzione del testo vigente con eliminazione di refusi, precisazioni di dubbi applicativi e di adeguamento a disposizioni legislative sopravvenute. In proposito, si richiamano le norme che hanno introdotto modifiche alla disciplina del rapporto di lavoro convenzionato quali: quelle relative al PNRR e allo

sviluppo dell'assistenza territoriale (Cfr. d.m. 23 maggio 2022, n. 77, per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale); il d.l. 198/2022 (art. 4, comma 9-*octiesdecies*) per il trattenimento in servizio oltre il 72° anno di età e l'art. 12-*quater* del d.l. n. 25/2025 che ha prorogato di un anno tale limite, portandolo a 73 anni fino al 31 dicembre 2026; la limitazione fino al 31 dicembre 2026, del massimale in carico fino a 1.000 assistiti per i medici con incarico a quota oraria di 24 ore (cfr. art. 3, comma 5-*ter* del d.l. 51/2023); le procedure semplificate di attribuzione degli incarichi provvisori o di sostituzione dei medici di medicina generale (cfr. art. 4, comma 2 d.l. 228/2021; art. 12, comma 3-*bis* d.l. 24/2022; art. 15-*ter* d.l. 34/2023; art. 4, comma 9, lett. a), b) e c), d.l. 27 dicembre 2024, n. 202).

Analisi degli aspetti normativi

3.1. L'Ipotesi contrattuale in esame si compone di 75 articoli, 14 norme finali, norme transitorie, 8 dichiarazioni a verbale e 11 Allegati.

In questa tornata contrattuale, il Comitato di settore, attraverso l'Atto di indirizzo del 2 ottobre 2025, ha richiesto alla SISAC di dar seguito, nelle trattative contrattuali, alle seguenti tematiche: maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, di specialistica ambulatoriale e dei pediatri di libera scelta nelle AFT e nelle Case della Comunità; continuità delle cure in ragione dell'invecchiamento della popolazione; forme di supporto all'interno delle AFT nei primi anni di esercizio dell'attività dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che acquisiscano incarichi temporanei; flessibilità dell'orario di lavoro in ragione della maggiore incidenza del personale di genere femminile; individuazione di strumenti e modalità che possano favorire una maggiore collaborazione tra i medici convenzionati con le farmacie pubbliche – private. Il parere positivo del Governo sull'Atto di indirizzo è stato rilasciato il 4 novembre 2025.

In tal maniera, si dà seguito al precedente ACN del triennio 2019-2021 con cui è stata consolidata la riforma derivante dal "Decreto Balduzzi", che aveva previsto

l'assegnazione obbligatoria dei medici convenzionati (Medici di medicina generale, Specialisti ambulatoriali e Pediatri di libera scelta) a forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali- AFT) che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, in aderenza agli obiettivi e progetti del PNRR (la Missione 6, Componenti 1 e 2), con cui è stata prevista una radicale revisione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria.

3.2. Di seguito le modifiche normative più significative dell'Ipotesi

3.2.1. Il Capo IV del Titolo I dedicato al "Rapporto convenzionale dei medici di medicina generale" si apre con l'art. 19 volto a disciplinare la "Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni". La struttura della disposizione in esame, rispetto alla precedente formulazione, non è soggetta a sostanziali modifiche eccetto le due precisazioni inserite al comma 6. La prima consiste nella specificazione che, a partire dall'entrata in vigore della presente ipotesi contrattuale, la locuzione "incarico provvisorio" attiene esclusivamente alla tipologia di incarichi attribuiti ai sensi degli articoli 67 e 74 della presente ipotesi di Accordo (tale precisazione è stata necessaria poiché, in attuazione della disciplina sancita dalla Norma transitoria n. 9 dell'ACN 4 aprile 2024, nel settore del Ruolo unico di assistenza primaria potevano essere conferiti incarichi provvisori in forza della previgente disciplina negoziale esclusivamente fino al 31 dicembre 2024; di conseguenza, a far data dal 1° gennaio 2025 gli incarichi di che trattasi assumono la denominazione di incarichi "a tempo determinato", con relativa cassazione dall'ipotesi di ACN in esame della Norma transitoria n. 9).

La seconda concerne l'elisione delle parole "ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448", in quanto la precedente previsione consentiva da parte delle Aziende il ricorso ai medici iscritti all'albo professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994 ed ai medici iscritti ai corsi di

specializzazione, rispettivamente lettere d) ed e) della graduatoria aziendale di disponibilità, per il solo affidamento di sostituzione, in ottemperanza di quanto già specificato all'art. 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448. Con successiva novella legislativa tale vincolo è venuto meno (cfr. art. 2-*quinquies* del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e successivamente modificato dall'art. 1, comma 424 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 e dall'art. 4, comma 10 lettera b), del decreto legge 27 dicembre 2024, n. 202 convertito con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15), consentendo ai medici di cui alle lettere d) ed e) di concorrere, oltre che per l'affidamento di sostituzione, anche per l'eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato e provvisori come poc'anzi definiti.

3.2.2. La norma di cui all'art. 22 "Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali" ripropone quasi integralmente il testo previgente eccetto per la specificazione introdotta al terzo comma. Le parti, al secondo capoverso del comma in questione, hanno inserito la precisazione che il medico ad incarico orario possa, in seguito a una sua richiesta purché si trovi nelle condizioni di allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita oppure di adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido. ottenere un'articolazione dell'attività lavorativa in orario diurno.

3.2.3. Per quanto concerne l'art. 29, norma che apre il Capo I del Titolo II dell'Ipotesi in oggetto, esso disciplina le caratteristiche generali delle aggregazioni funzionali territoriali (c.d. AFT). L'articolo conferma e riprende quanto previsto dall'art. 29 dell'ACN del 4 aprile 2024, integrando il comma 6 con un nuovo compito attribuito alla AFT, introdotto tramite la lettera d). Tale compito riguarda l'individuazione, tra i componenti, del medico (o dei medici) incaricato di svolgere attività di supporto all'interno della Casa della Comunità di riferimento, riservata ai medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e che hanno un incarico temporaneo nel ruolo unico di assistenza primaria. L'obiettivo è favorire l'inserimento di questi medici

negli assetti organizzativi territoriali. Si precisa che il medico (o i medici) designato viene nominato con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda, anche al fine di certificare temporalmente il servizio svolto. La norma non fornisce effettive risposte alla necessità di rendere strutturale la presenza dei medici di medicina generale nelle Case della Comunità, a differenza di quanto richiesto dal Comitato di settore nell'Atto di indirizzo, che aveva sollecitato un maggior coinvolgimento di tali medici nelle Case della Comunità.

3.2.4. La disposizione prevista dall'art. 31, relativo al "Ruolo unico del medico di assistenza primaria", introduce un nuovo comma 4 che consente ai medici appartenenti al ruolo unico di assistenza primaria, operanti a ciclo di scelta o su base oraria, ai sensi dell'articolo 31 dell'ACN del 28 aprile 2022, già titolari di incarico a tempo indeterminato fino al 31 dicembre 2024, di partecipare allo svolgimento di attività orarie presso le Case della Comunità, secondo le modalità stabilite dall'articolo 47, comma 2, lettera B, punto IV) e comma 3, lettera D. Inoltre, l'ultimo periodo del comma specifica che tali attività orarie, in deroga alle attuali clausole contrattuali, non comportano per i medici a ciclo di scelta o su base oraria già incaricati al 31 dicembre 2024 il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria completo.

3.2.5. L'articolo 33 disciplina l'assegnazione degli incarichi e la costituzione del rapporto convenzionale. In particolare, il comma 4 chiarisce gli adempimenti a carico dell'Azienda e del medico, precisando che l'incarico a tempo indeterminato nel ruolo unico di assistenza primaria, conferito ai sensi del presente Accordo, decorre dalla data indicata nel provvedimento del Direttore Generale. Inoltre, per gli incarichi attribuiti ai medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale, occorre considerare la modulazione ore/assistiti come definita all'art. 38, comma 9. La contrattazione ha ridotto della metà il precedente termine di 90 giorni dalla ricezione della comunicazione di incarico; entro tale termine, il medico che ha ricevuto l'incarico, a pena di

decadenza, deve aprire lo studio professionale e comunicarlo all'Azienda e all'Ordine professionale provinciale di iscrizione. Parallelamente, il comma 5 prevede la riduzione da 60 a 45 giorni del periodo di proroga che l'Azienda può concedere, in caso di problemi legati all'apertura dello studio, rispetto al termine indicato nel comma precedente per l'avvio dell'attività nello studio medico.

3.2.6. L'articolo 36 regola l'istituto delle "Sostituzioni". I primi due commi restano invariati rispetto alla normativa precedente, mentre il comma 3 stabilisce che la sostituzione venga affidata ai medici del ruolo unico di assistenza primaria che già svolgono attività oraria con incarichi a tempo indeterminato conferiti entro il 31 dicembre 2024 (lettera a), dando priorità ai medici operanti nell'Azienda in base all'anzianità di incarico. La successiva lettera b richiama i medici iscritti nelle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6. Per questi ultimi, la sequenza di interpello prevede una priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del titolare, da applicare alle ipotesi indicate nelle lettere c), d), e) ed f) della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6.

Analoga modifica riguarda il comma 5, che definisce l'ordine di priorità da seguire per le sostituzioni ad attività oraria: prima i medici inseriti nel nuovo ruolo unico secondo il presente Accordo (lett. a), poi i medici del ruolo unico di assistenza primaria che già svolgono attività oraria con incarichi a tempo indeterminato conferiti entro il 31 dicembre 2024 (lett. b). L'Azienda propone la sostituzione ai medici delle lettere a) e b) in base all'anzianità di incarico. Successivamente, in subordine alle lettere a) e b), la sostituzione viene proposta ai medici iscritti nelle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6 (lett. c), con priorità di interpello per ciascuna delle lettere c), d), e) ed f) della graduatoria nei confronti dei residenti nell'ambito di attività del medico sostituito. Per la gradualità nell'interpello dei medici di cui alla lettera c) del presente comma, si stabilisce che per ciascuna delle lettere c), d), e) ed f) della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6, siano interpellati con priorità i residenti nell'ambito di iscrizione del titolare.

3.2.7 L'Ipotesi in esame procede con la disposizione di cui all'art. 37, volta a disciplinare gli incarichi a tempo determinato, a rielaborare la norma presente nel previgente Accordo. Ai sensi del comma 1 l'Azienda può attribuire l'incarico a tempo determinato per la sola attività di scelta o per l'attività oraria o per entrambe, avvalendosi della graduatoria aziendale di disponibilità sulla base dei criteri di priorità di interpello già previsti per i titolari. Coerentemente a quanto già stabilito per gli incarichi a tempo indeterminato, pertanto, il comma in esame provvede a precisare che il ricorso dell'Azienda alla graduatoria di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6, del presente Accordo avviene interpellando per ciascuna delle lettere c), d), e) ed f) della citata graduatoria di disponibilità prioritariamente i medici residenti nell'ambito carente, poi residenti in Azienda, successivamente in Regione e da ultimo fuori Regione.

3.2.8. Infine, le modifiche previste all'art. 38 dell'Ipotesi hanno riguardato la precisazione della possibilità per i medici dell'assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, di partecipare allo svolgimento di ore aggiuntive di attività nelle Case della Comunità. Anche tale disposizione conferma quanto detto in merito all'art. 29, comma 6, dando la facoltà (e non l'obbligo) ai medici di decidere se svolgere ore aggiuntive alle CdC.

Aspetti economici e compatibilità finanziaria

4. Il Comitato di settore, nel citato Atto di indirizzo, ha quantificato, le risorse necessarie per il riconoscimento degli incrementi contrattuali complessivi, sulla base di quelli disposti dalle varie leggi di bilancio per la totalità del personale pubblico nel triennio 2022-2024.

Le prime risorse a carico del bilancio dello Stato per la contrattazione collettiva nazionale del triennio 2022-2024 del settore statale sono state stanziate dalla legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 609, LB 234/2021), nella misura di 310 milioni per il 2022 e di 500 milioni a decorrere dal 2023. La medesima legge di bilancio ha, inoltre, disposto l'erogazione, a valere sulle risorse stanziate, dell'anticipazione

(o IVC) di cui all'art. 47-*bis* comma 2 del d.lgs. n. 165/2001 nella misura percentuale, rispetto agli stipendi tabellari, dello 0,3 per cento dal 1° aprile 2022 e dello 0,5 per cento, a decorrere dal 1° luglio 2022.

In presenza di un consistente aumento dell'inflazione che non avrebbe consentito la sola erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale commisurata all'indice IPCA aggiornato, l'art. 1, comma 330 della LB 2023 (legge n. 197/2022) ha, successivamente, stanziato le risorse (pari a 1 miliardo) per corrispondere un emolumento accessorio una tantum, da corrispondere per 13 mensilità, pari all'1,5 per cento dello stipendio, con effetti ai soli fini del trattamento di quiescenza (ovvero utile ai fini pensionistici ma non per l'indennità buonuscita e per il trattamento di fine rapporto), elevando le risorse per i rinnovi contrattuali, per il solo anno 2023, a 1.500 milioni. L'erogazione, nelle stesse misure e modalità, dell'emolumento accessorio una tantum è stato disposto (art. 1, comma 332) anche per il personale del settore non statale (personale del SSN, delle Regioni, delle Università, degli EPNE, degli Enti di ricerca, degli enti artt. 60 e 70 e delle autorità indipendenti), con oneri posti a carico dei rispettivi bilanci. Le misure mensili del predetto emolumento da corrispondere al personale appartenente al Pubblico Impiego sono state comunicate dalla Ragioneria Generale dello Stato, al fine di assicurare l'omogenea applicazione della citata normativa.

Successivamente, l'art. 3 del decreto-legge 18 ottobre 2023, n. 145 (cd. "decreto anticipi"), ha disposto, in via eccezionale, una consistente anticipazione degli aumenti contrattuali, a valere sulle risorse destinate ai rinnovi 2022-2024, stabilendo il pagamento, entro fine 2023, di un emolumento in unica soluzione pari a 6,7 volte l'importo dell'indennità di vacanza contrattuale in corso di erogazione al solo personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato, quantificando gli oneri di tale anticipazione in 2 miliardi di euro (art.3, comma 2). Lo stesso "decreto anticipi" ha previsto anche per le amministrazioni non statali la facoltà di erogare il medesimo importo previsto per lo Stato, a carico dei rispettivi bilanci, con le stesse modalità e nelle stesse misure.

Infine, l'art. 1, comma 27 della legge di bilancio 2024 (legge n. 213/2023) ha ulteriormente incrementato il "Fondo contratti per il personale dello Stato – rinnovi contrattuali", rispetto a quanto già previsto nel decreto anticipi. Le ulteriori risorse consistono in 3 miliardi per il 2024, che, in aggiunta ai 500 milioni già stanziati dalla legge di bilancio per il 2022 ed alla stabilizzazione dei 2 miliardi utilizzati attraverso il decreto anticipi, ha rideterminato lo stanziamento complessivo in 5,5 miliardi a regime. Tali risorse consentono di riconoscere a regime dal 2024, al personale del settore statale, un incremento complessivo del 5,78 per cento (comprensivo dell'IVC in godimento a regime da luglio 2022), stimato sulla base di 1,9 milioni di unità di personale, come risultanti dal Conto Annuale 2021, e della retribuzione media annua pari a 35.860 euro ottenuta utilizzando il dato di retribuzione media rilevato nel Conto Annuale 2021 (anno immediatamente precedente a quello del triennio considerato) ed aumentato dell'importo medio dei benefici economici stabiliti per il triennio contrattuale 2019-2021 poiché, come noto, gli effetti di crescita retributiva legati a tale tornata contrattuale si sono concretamente manifestati successivamente alla sua data di scadenza (il CCNL delle Funzioni centrali è entrato in vigore il 9 maggio 2022). Il quadro complessivo delle risorse così delineato ha consentito un incremento delle retribuzioni medie complessive a regime del 5,78 per cento.

La tavola seguente riassume le risorse quantificate per il rinnovo dell'ACN della medicina generale 2022-2024, sulla base dell'Atto di indirizzo del Comitato di settore Regioni-Sanità già citato, pari a 297,42 milioni a regime (corrispondenti al 5,78 per cento del monte salari 2021), comprensivi delle risorse per l'indennità di vacanza contrattuale.

TAVOLA 1

RISORSE COMPLESSIVE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

in milioni

Medicina generale	costo base 2021	2022 0,338%	2023 0,5%	2024 5,78%
MG-ruolo unico a ciclo di scelta	4.319,67	14,60	21,60	249,68
MG-ruolo unico ad attività oraria	592,52	2,00	2,96	34,25
MG-emergenza sanitaria territoriale	169,73	0,57	0,85	9,81
MG-medicina dei servizi	58,35	0,20	0,29	3,37
MG-assistenza Istituti penitenziari	5,39	0,02	0,03	0,31
TOTALE	**5.145,66**	**17,39**	**25,73**	**297,42**

A valere su tali risorse vengono corrisposti gli incrementi e gli arretrati derivanti dal rinnovo come previsto dall'art. 5 dell'Ipotesi (I valori degli incrementi riportati nell'Ipotesi sono al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. Nella relazione tecnica allegata all'Ipotesi viene specificato che l'Irap a carico delle Aziende è cresciuta nel triennio in valore assoluto, controbilanciata però dalla crescita delle aliquote Enpam a carico del medico), in particolare, per gli anni 2022 e 2023 si tratta degli arretrati riconducibili ai valori dell'IVC riconosciuta alla totalità dei dipendenti pubblici; dal 1° gennaio 2024 degli incrementi e dei relativi arretrati pari al 5,78 per cento (incluso lo 0,5 per cento riconducibile al valore IVC).

La base di calcolo utilizzata dalla SISAC su cui parametrare gli incrementi per il rinnovo delle convenzioni dei medici di medicina generale è quella relativa all'anno 2021. La stima è stata effettuata mediante il flusso dati annuale completo che la SISAC intrattiene con le singole Aziende e con gli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate che delle scelte in carico ai medici. La determinazione degli oneri contrattuali è stata effettuata secondo la stessa metodologia e parametri di base utilizzati per il riconoscimento degli incrementi e degli arretrati del triennio precedente. Il monte retributivo 2021 è stato calcolato sulla base delle scelte e delle ore remunerate al 1° gennaio 2022.

La stima è stata messa anche a confronto, a sostegno della correttezza della metodologia utilizzata, con i dati derivanti dal flusso dei Conti Economici delle Aziende sanitarie, che includono i costi derivante dagli AIR (accordi integrativi

regionali), ma non comprendono gli oneri per assicurazione malattia e l'IRAP. Il confronto tra le due diverse fonti informative conferma la coerenza dei dati utilizzati.

Nel rispetto delle indicazioni contenute nell'Atto di indirizzo, le risorse per i medici del ruolo unico a ciclo di scelta sono state ripartite assegnando sulla quota fissa il 70 per cento delle disponibilità e per il 30 per cento sulla quota variabile, finalizzata alla individuazione di un fondo per la remunerazione degli obiettivi di AFT, ivi inclusa la copertura oraria destinata al corretto funzionamento delle Case di Comunità. Tale quota variabile, in attesa della sottoscrizione dell'AIR, è assegnata alla remunerazione delle ore svolte in aggiunta al proprio orario dai medici del ruolo unico di assistenza primaria, compresi i titolari di incarico al 31 dicembre 2024. Il medico che garantisce lo svolgimento di almeno 4 ore settimanali in attività diurna feriale la percepisce per ogni assistito in carico. Per tutti gli altri medici della medicina generale il 30 per cento relativo alla quota variabile delle risorse viene assegnato con l'intento di favorire un impegno fondato su obiettivi e performance: le risorse vengono, quindi, assegnate all'AIR e da questo ripartite.

Nella tavola 2 viene riportato il dettaglio degli oneri nel triennio di riferimento per il rinnovo della convenzione della medicina generale.

TAVOLA 2

Medicina Generale - Riepilogo oneri triennio 2022/2024

in milioni

Medicina generale	2022	2023	2024
MG-ruolo unico a ciclo di scelta	14,16	21,53	249,26
70% su quota fissa-quota annua per assistito			*174,48*
30% su quota variabile			*74,78*
MG-ruolo unico ad attività oraria	1,96	2,80	33,98
70% su quota fissa-compenso orario			*23,91*
30% su quota variabile			*10,07*
MG-emergenza sanitaria territoriale	0,49	0,69	8,41
70% su quota fissa-compenso orario			*5,92*
30% su quota variabile			*2,49*
MG-medicina dei servizi	0,18	0,28	3,36
70% su quota fissa-compenso orario			*2,36*
30% su quota variabile			*1,00*
MG-assistenza Istituti penitenziari	0,02	0,03	0,34
70% su quota fissa-compenso orario			*0,24*
30% su quota variabile			*0,10*
TOTALE	**16,81**	**25,33**	**295,35**

Analogamente a quanto previsto per il comparto del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale, il quale comprende enti ed amministrazioni diversi dal settore statale, gli oneri derivanti dalla contrattazione di tale accordo debbono trovare copertura nei bilanci delle Regioni.

Le somme necessarie alla copertura degli oneri devono essere individuate negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende, ai sensi dell'art. 9, comma 1 del d.l. n. 203 del 2005, convertito nella legge n. 248 del 2005. L'obbligo contabile è stato riconfermato anche dall'art. 2, comma 17, della legge n. 191 del 2009. La verifica annuale del rispetto di tale previsione viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito presso il MEF ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Il Tavolo provvede all'esame degli accantonamenti presenti sui bilanci dei singoli servizi sanitari regionali, rinvenibili sui modelli CE.

In occasione della certificazione del contratto relativo al comparto Sanità 2022-2024, in sede di riunione con gli esperti tenutasi il 17 ottobre 2025, il rappresentante del MEF ha fornito un documento da cui è stato rilevato che il Tavolo ha verificato per ciascuno dei tre anni la sussistenza degli accantonamenti per gli oneri derivanti da contratti e convenzioni del Servizio sanitario nazionale nei termini richiesti per ciascuna regione a statuto ordinario e per la Sicilia. Le stesse modalità di verifica sono state impartite alle regioni a statuto speciale limitatamente a quelle che sono tenute al rispetto dei parametri della contrattazione nazionale. A livello totale risultano presenti, nei conti economici consuntivi degli enti del SSN ricompresi nei servizi sanitari delle regioni e delle province autonome, i seguenti accantonamenti: sul 2022: 142 milioni; sul 2023: 32 milioni; sul 2024: 763 milioni.

La tavola seguente riporta il confronto tra le risorse e gli oneri dell'accordo ed evidenzia un saldo positivo pari a 2,07 milioni, che garantisce la **compatibilità finanziaria** dell'ACN all'esame.

TAVOLA 3

Confronto tra risorse e oneri dell'ACN MMG 2022-2024

in milioni

Medicina generale	Risorse	Oneri	Differenza
MG-ruolo unico a ciclo di scelta	249,68	249,26	0,42
MG-ruolo unico ad attività oraria	34,25	33,98	0,27
MG-emergenza sanitaria territoriale	9,81	8,41	1,40
MG-medicina dei servizi	3,37	3,36	0,01
MG-assistenza Istituti penitenziari	0,31	0,34	-0,03
TOTALE	**297,42**	**295,35**	**2,07**

Compatibilità economica

5. Quanto alla compatibilità economica, i richiamano le considerazioni già svolte in occasione della certificazione di altre Ipotesi di Accordo sempre riferite al medesimo triennio contrattuale (da ultimo, deliberazione n. 22/2025); in tale sede, infatti, si è ritenuto che la percentuale di aumento contrattuale del 5,78 per cento, comprensiva dell'IVC in godimento a regime da luglio 2022, determina una dinamica della spesa di personale coerente con l'evoluzione, indicata nei documenti di programmazione finanziaria, delle principali variabili macroeconomiche (PIL, inflazione, spesa per il personale pubblico).

Conclusioni

6. Alla luce di quanto sopra esposto, constatata la compatibilità economica e finanziaria evidenziata nelle relazioni di accompagnamento, si certifica positivamente l'accordo in epigrafe.