N. 31/SSRRCO/CCN/2026

CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

Presiedute dal Presidente Guido Carlino
e composte dai magistrati

Presidenti di sezione:
Giuseppa Maneggio, Vincenzo Palomba, Marcovalerio Pozzato, Maria Teresa Polverino, Franco Massi, Cristiana Rondoni;

Consiglieri:
Paola Cosa, Vincenzo Chiorazzo, Maria Rita Micci, Sergio Gasparrini, Angelo Maria Quaglini, Giovanni Guida, Marco Randolfi, Michela Muti;

Primi Referendari:
Giuseppe Lucarini, Patrizia Esposito.

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 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 – per l'attuazione dell'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" (Missione 6 – Salute, componente 1), di cui al piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), così come previsto dalle

modifiche e integrazioni apportate alla decisione di esecuzione del consiglio dell'unione europea dell'8 luglio 2021, acquisita dalle Sezioni riunite in sede di controllo in data 23 giugno 2026;

TENUTO CONTO delle valutazioni del Nucleo tecnico "Costo del lavoro" contenute nel rapporto n. 8/2026 del 25 giugno 2026;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 24 giugno 2026, sono state convocate le Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 26 giugno 2026;

UDITI, nell'adunanza del 26 giugno 2026, i relatori Cons. Sergio Gasparrini e Cons. Giovanni Guida;

DELIBERA

di certificare positivamente l'ipotesi di contratto in epigrafe, allegando il relativo rapporto.

ORDINA

Alla segreteria la trasmissione della deliberazione 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 le Regioni - Sanità, presso Cinsedo e al Ministero della salute.

I RELATORI
Sergio Gasparrini
F.to digitalmente

Giovanni Guida
F.to digitalmente

IL PRESIDENTE
Guido Carlino
F.to digitalmente

Depositato in segreteria in data 18 settembre 2026.

IL DIRIGENTE
Antonio Franco
F.to digitalmente

IPOTESI DI 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 – PER L'ATTUAZIONE DELL'INVESTIMENTO 1.1 "CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA" (MISSIONE 6 – SALUTE, COMPONENTE 1), DI CUI AL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR), COSÌ COME PREVISTO DALLE MODIFICHE E INTEGRAZIONI APPORTATE ALLA DECISIONE DI ESECUZIONE DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA DELL'8 LUGLIO 2021.

1. L'Ipotesi di accordo cui si riferisce il presente rapporto è stata sottoscritta il 23 giugno 2026 ed è pervenuta alla Segreteria delle SS.RR. in sede di controllo nella stessa data 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). 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.

2. In attuazione di tale rinvio, il predetto Accordo del 5 dicembre 2013, all'art. 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; più in dettaglio, 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.

3. Il testo dell'Ipotesi di Accordo ha ottenuto il parere favorevole, come previsto dal comma 4 dell'art. 5 del già citato Accordo del 5 dicembre 2013, sia sul testo contrattuale che sull'assenza di oneri finanziari diretti e indiretti a carico dei bilanci delle amministrazioni interessate del Comitato di settore Regioni-Sanità nella stessa data del 23 giugno u.s.

4. L'Ipotesi si applica ai medici del ruolo unico di assistenza primaria, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, per un totale di 56.271 unità di personale, di cui 36.812 a ciclo di scelta (dati al 1° gennaio 2025) ed è funzionale all'attuazione dell'Investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" (Missione 6 – Salute, Componente 1), di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Con il PNRR è stata programmata la riforma dell'assistenza territoriale per definire un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di migliorare l'accessibilità alle cure sul territorio tramite la creazione di una rete di Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Tale riforma è stata resa esecutiva con il decreto del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022, recante il regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

5. Con l'Atto di indirizzo del 17 giugno 2026, il Comitato di settore Regioni-Sanità ha fornito le indicazioni alla SISAC per la finalizzazione dell'accordo in esame, con l'indicazione di celerità e urgenza. Con l'obiettivo di rendere pienamente funzionanti le Case della comunità e di garantire una presenza stabile ed uniforme di personale medico sul territorio, l'atto di indirizzo richiede che venga introdotto l'obbligo per tutti i medici afferenti al ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (36.812 medici), già titolari a tempo indeterminato del solo incarico a ciclo di scelta anteriormente al 1° gennaio 2025 e che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale (38 ore settimanali) ai sensi dell'art. 31, comma 3, del vigente ACN 15 gennaio 2026, di svolgere la loro attività nelle Case della Comunità fino a 6 ore settimanali, per 48 settimane annue, dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20. Il predetto atto d'indirizzo precisa, inoltre, che i turni dovranno essere svolti secondo quanto richiesto dall'Azienda

con la quale i medici hanno stipulato la convenzione. Va ricordato che, dal 2025, l'obbligo di svolgimento di ore aggiuntive di attività nelle Case della comunità per i titolari di nuovi incarichi di medicina generale era già stato introdotto dall'ACN 2019-2021 (8 febbraio 2024), per coloro che fossero stati inseriti nel ruolo unico di assistenza primaria con incarico comprensivo sia dell'attività a ciclo di scelta sia dell'attività a rapporto orario.

6. L'Ipotesi di ACN all'esame si compone di quattro articoli che apportano delle parziali modifiche ad alcune norme del citato ACN 2022-2024 del 15 gennaio 2026. Nello specifico:

- l'art. 1 dell'Ipotesi aggiunge il comma 6 all'art. 1 dell'ACN del 15 gennaio 2026 per specificare che *"i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano all'interno delle Case della Comunità secondo gli standard individuati dal D.M. 23/05/2022, n. 77"*;
- l'art. 2 dell'Ipotesi apporta modifiche all'articolo 31 dell'ACN 15 gennaio 2026, inserendo, dopo il comma 3, il comma 4 *"I medici del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'articolo 44, titolari di incarico a tempo determinato o indeterminato, svolgono l'attività assistenziale a prestazione oraria sulla base delle determinazioni della Azienda di appartenenza"*. Nello stesso articolo viene, inoltre, introdotto il comma 6, in forza del quale: *"I medici già incaricati a tempo indeterminato a ciclo di scelta di cui al comma 2, che non abbiano accettato il completamento dell'impegno settimanale ai sensi del comma 3, svolgono fino a 6 ore settimanali nelle Case della Comunità di cui all'articolo 1, comma 6, del presente Accordo, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6. Tale attività è remunerata ai sensi dell'articolo 47, comma 3, lettera C, secondo capoverso, ed è resa dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, presso le sedi indicate dall'Azienda di appartenenza la quale, individuato il fabbisogno orario per garantire l'operatività della struttura e dopo aver allocato il personale convenzionato di cui al presente articolo già operante ad attività oraria, sentito il referente di AFT, laddove presente, ripartisce il fabbisogno residuo tra tutti i medici a ciclo di scelta di cui al presente comma, che operano nel territorio di competenza della Casa della Comunità allo scopo*

di garantire la presenza di almeno un medico afferente al ruolo unico di assistenza primaria nell'orario indicato (8,00-20,00). A seguito della ripartizione del fabbisogno residuo da parte dell'Azienda, i medici di cui al presente comma possono concordare fra loro una differente articolazione delle ore, fornendo preventiva comunicazione al Distretto, degli orari e indicazione di coloro che svolgeranno il servizio, che saranno comunque tenuti ad assicurare una presenza continuativa di almeno 3 ore";

- l'art. 3 provvede ad aggiungere nel comma 6 dell'art. 43 dell'ACN del 15 gennaio 2026 la lettera i), per specificare che lo svolgimento delle ore previste presso le Case della comunità rientra nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria; nel comma 7 dello stesso articolo alla lett. d) viene specificato che rientra nei compiti ed obblighi del medico del ruolo unico di assistenza primaria la continuità dell'assistenza notturna, diurna, feriale e festiva, presso la sede indicata dall'Azienda e secondo quanto previsto dall'articolo 31, comma 4, ad esclusione dei medici di cui all'articolo 31, commi 5 e 6;
- l'art. 4 dell'Ipotesi stabilisce che al comma 3 dell'art. 47, lett. C) del 15 gennaio 2026 sono eliminate le parole «*hub e spoke*» e sono inserite le seguenti: "*di cui all'articolo 1, comma 6, del presente Accordo*". Viene poi stabilito che ai medici di cui all'art. 31, comma 6 spetta un compenso omnicomprensivo pari ad euro 38,72 per ciascuna ora di incarico svolta nelle medesime Case della Comunità, a valere sulle medesime risorse di cui al comma 274. Viene specificato, infine, che tali compensi sono stabiliti esclusivamente dalla contrattazione nazionale, pur rimanendo salve le eventuali integrazioni regionali correlate a ulteriori funzioni specifiche.

Valutazioni di compatibilità finanziaria

Per sostenere il nuovo modello organizzativo delle Case della Comunità e Ospedali di Comunità per la rete di assistenza territoriale, sono state stanziate con la LB 2022 (art. 1, comma 274 della legge 234/2021) risorse da destinare alla copertura dei maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale, per complessivi 90,9

milioni per il 2022, 150,1 milioni di euro per il 2023, 328,3 milioni di euro per il 2024, 591,5 milioni di euro per il 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dal 2026, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ripartite alle regioni con DM 23 dicembre 2022. In seguito, con l'art. 1, comma 244 della legge n. 213/2023 (LB 2024), tali risorse sono state incrementate di 250 milioni per l'anno 2025 e di 350 milioni annui a decorrere dall'anno 2026, sempre a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Le risorse sopra richiamate costituiscono la provvista con cui si assicura la copertura degli oneri connessi all'applicazione dell'Ipotesi all'esame (circa 262,14 milioni).

Allo scopo di verificare la capienza delle risorse richiamate è necessario risalire alla relazione tecnica di accompagnamento al citato articolo 1, comma 274 (legge di bilancio per l'anno 2022) nella quale è stato originariamente stimato il fabbisogno finanziario aggiuntivo di risorse con riferimento al personale delle Case della comunità prevista dal PNRR, per un importo complessivo, per il 2026, di 685,6 milioni (tra personale dipendente SSN e personale convenzionato). In particolare, per il solo personale convenzionato la stima si è basata sulla previsione di 1.350 Case della comunità *hub*, per un costo complessivo pari a circa 262,14 milioni.

La relazione tecnica allegata all'Ipotesi quantifica i costi basandosi su 1.038 Case della comunità per un totale di ore aggiuntive pari a circa 9,1 milioni (24h su 24 per 365 gg l'anno). Va, infatti, tenuto conto che con la revisione del PNRR, nel 2023 il valore obiettivo del target europeo delle Case della comunità è passato da 1.350 ad almeno 1.038 Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche.

La nuova formulazione delle disposizioni contenute nella Ipotesi di accordo stabilisce che le ore lavorative aggiuntive (9,1 milioni, di cui circa 5,9 milioni di ore notturne, sabati e domeniche) saranno prestate nelle Case della comunità dai medici di medicina generale a ciclo di scelta, nella fascia oraria 8-20 dal lunedì al

venerdì e dai medici di medicina generale ad attività oraria, nella fascia oraria 20-8 dei giorni feriali e per l'intero giorno del sabato e della domenica.

Il costo complessivo dell'Ipotesi viene, pertanto, quantificato come segue:

- per i medici a ciclo di scelta moltiplicando il compenso omnicomprensivo previsto dall'art. 4 dell'accordo all'esame (38,72 euro) per le ore previste dal lunedì al venerdì (3.238.560 ore), determinando un onere netto di 125,4 milioni (147,9 milioni lordi);
- per i medici ad attività oraria moltiplicando la sola quota di cui all'art. 47, comma 3 lett. C), pari a 13,62 euro, per le ore notturne e festive (5.854.320 ore), con un onere netto di 79,7 milioni (93,7 milioni lordi).

La tavola seguente mette a confronto gli oneri complessivi derivanti dall'Ipotesi di accordo con le risorse disponibili, evidenziando un avanzo di 20,4 milioni che garantisce la **compatibilità finanziaria** dell'ACN all'esame.

Confronto tra oneri e risorse dell'Ipotesi

in euro

	2026 e a regime
Oneri lordi per ore diurne feriali	147.985.578
Oneri per ore notturne, sabati e domeniche	93.726.986
Oneri totali	**241.712.564**
Risorse disponibili (comma 274)	262.136.160
Differenza	*20.423.596*