



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

Presiedute dal Presidente Guido Carlino
e composte dai magistrati

Presidenti di sezione:

Carlo Chiappinelli, Ermanno Granelli, Enrico Flaccadoro, Antonio Mezzera,
Vincenzo Palomba;

Consiglieri:

Luisa D'Evoli, Elena Tomassini, Francesco Targia, Vincenzo Chiorazzo, Daniele
Bertuzzi, Sergio Gasparrini, Angelo Maria Quaglini;

Primi Referendari:

Stefania Anna Dorigo, Patrizia Esposito;

Referendari:

Rita Gasparo.

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'Accordo in Conferenza Stato - Regioni del 5 dicembre 2013, attuativo
dell'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;

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, triennio 2019-2021, pervenuta alle Sezioni riunite in sede di controllo in data 11 marzo 2024;

SENTITI, nell'ambito dell'istruttoria, gli esperti designati dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'art. 47, c. 6, del citato decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

TENUTO CONTO delle valutazioni del Nucleo tecnico "Costo del lavoro" contenute nel rapporto n. 6/2024 dell'11 gennaio 2024;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 20 marzo 2024, sono state convocate le Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 27 marzo 2024;

UDITO, nella Camera di consiglio del 27 marzo 2024, il relatore Cons. Sergio Gasparrini;

DELIBERA

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

ORDINA

la trasmissione della presente 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 - Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico - IGOP, alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, al Comitato di Settore per il Comparto Regioni - Sanità, al Ministero della salute.

IL RELATORE
Sergio Gasparrini
F.to digitalmente

IL PRESIDENTE
Guido Carlino
F.to digitalmente

Depositato in segreteria in data 7 maggio 2024.

IL DIRIGENTE
Antonio Franco
F.to digitalmente

RAPPORTO DI CERTIFICAZIONE

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, triennio 2019-2021

1. L'Ipotesi di accordo cui si riferisce il presente rapporto è stata sottoscritta l'8 febbraio 2024 ed è pervenuta alla Segreteria delle SS.RR. in sede di controllo in data 11 marzo 2024 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).

2. 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, assegna alla Corte dei conti funzioni di controllo analoghe a quelle previste, in via generale, dall'art. 47, comma 5, decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in tema di controllo sulla 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 del Comitato di settore l'8 marzo 2024, come previsto dal comma 4 dell'art. 5 del già citato Accordo del 5 dicembre 2013 ed è afferente alla cosiddetta "medicina generale convenzionata", che ricomprende circa 65.000 medici (al 1° gennaio 2019) suddivisi tra le seguenti tipologie professionali:

- medici del ruolo unico di assistenza primaria (60.268 unità);

- medici dei servizi territoriali (1.569 unità);
- medici di emergenza sanitaria territoriale (pronto intervento, 118 ecc.) 2.962 unità;
- medici per l'assistenza negli Istituti penitenziari (210 unità).

4. L'Accordo si riferisce all'arco temporale 2019-2021, dispone benefici economici a favore del personale calcolati in termini percentuali con i medesimi criteri previsti per il restante personale pubblico (3,78%), come risulta dall'Atto di indirizzo del Comitato di settore Regioni-Sanità del 20 gennaio 2023, ed aggiorna il quadro normativo sulla base delle disposizioni di settore introdotte negli ultimi anni. Si tratta, nello specifico, delle norme collegate: *i)* all'attuazione della Missione 6 del PNRR e allo sviluppo dell'assistenza territoriale; *ii)* al trattenimento in servizio oltre il 72° anno di età; *iii)* alla 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; *iv)* alle procedure semplificate di attribuzione degli incarichi provvisori o di sostituzione dei medici di medicina generale (prorogate al 2024).

5. Sul piano più generale, l'ipotesi contrattuale si lega e porta a compimento la disciplina contrattuale del triennio 2016-18, con la quale sono state recepite le rilevanti modifiche introdotte dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (decreto Balduzzi), convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, in materia di programmazione regionale delle funzioni di regolazione del servizio di assistenza sanitaria territoriale, caratterizzate dall'introduzione dell'obbligo di adesione dei medici convenzionati sia all'assetto organizzativo articolato in AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità complesse di cure primarie) sia al sistema informativo, entrambi definiti dalla Regione.

6. Dal punto di vista redazionale e dei contenuti, il testo normativo riscrive gran parte delle disposizioni già presenti nel precedente accordo (ACN del 28 aprile 2022) eliminando dubbi applicativi, alcuni refusi e adeguando l'articolato alle modifiche normative richiamate in precedenza. In particolare, in aderenza agli obiettivi e progetti del PNRR, è stata disposta una radicale revisione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria, con conseguenti riflessi applicativi su diversi istituti

negoziali. Gli incarichi di “medico di assistenza primaria” saranno conferiti a tempo pieno in un’unica Azienda per lo svolgimento di attività di scelta ed oraria, modulata sulla base di rinnovati parametri. In ragione di ciò, è stata data all’Azienda la possibilità di proporre prioritariamente al medico già in servizio il completamento dell’impegno settimanale con integrazione dell’attività di scelta o oraria, consentendo, in caso di adesione, il transito diretto nel ruolo unico. È stata modificata la disciplina del rapporto ottimale e della carenza assistenziale, abbandonando il criterio unico nazionale di determinazione di mera proporzione numerica medico/popolazione, ed attribuendo alle Regioni il compito di individuare, tramite appositi accordi, ulteriori indicatori che tengano in considerazione non solo il dato numerico ma anche le caratteristiche strutturali del territorio.

7. Ulteriore rilevante modifica riguarda le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa in ragione del numero degli assistiti (disciplina dei massimali art. 38). La nuova ipotesi contrattuale, infatti, ha sancito che per i medici inquadrati nel ruolo unico a tempo pieno, lo svolgimento dell’attività di scelta ed oraria sarà articolato e modulato attraverso un meccanismo dinamico finalizzato a contemperare la necessità di prestare attività assistenziale nell’ambito delle Case ed Ospedali di comunità con il mantenimento del sistema di libera scelta del medico.

8. La riscrittura delle regole che riguardano gli obblighi di servizio che i singoli medici sono chiamati a rispettare si pone in coerenza con il nuovo disegno del modello organizzativo attraverso il quale si mira, anche facendo leva sulle risorse messe a disposizione dal PNRR, a garantire modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. In tale prospettiva ed in considerazione della portata innovativa delle regole introdotte, la Corte è dell’avviso che la concreta realizzazione del nuovo assetto organizzativo dipenderà in larga parte dalla capacità che saranno in grado di esprimere i diversi attori coinvolti nel processo di programmazione delle attività e di controllo capillare del corretto ed efficiente impiego delle risorse umane e strumentali.

9. Venendo all'esame degli aspetti economici e finanziari dell'Ipotesi è necessario, preliminarmente, ripercorrere l'iter di definizione delle risorse occorrenti per la copertura degli oneri contrattuali che si basa sui medesimi parametri di crescita disposti dalle leggi di bilancio per la totalità del personale pubblico. In proposito, va ricordato che con la legge di bilancio per il 2019 (art. 1, comma 436 della legge n. 145 del 30 dicembre 2018) sono state stanziare risorse per la contrattazione collettiva nazionale a carico del bilancio dello Stato, per il triennio 2019-2021, pari a rispettivamente 1.100, 1.425 e 1.775 milioni di euro. Per le restanti amministrazioni pubbliche, la stessa legge (comma 438) aveva previsto, in coerenza con l'art. 48, comma 2 del d.lgs. n. 165 del 2001, la copertura di tali oneri a carico dei rispettivi bilanci, con rinvio della quantificazione delle relative risorse, con i medesimi criteri previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato, agli atti di indirizzo emanati dai singoli comitati di settore. Successivamente, la legge di bilancio per il 2020 (art. 1, comma 127 della legge 160/2019), ha rivisto la dotazione complessiva stanziando ulteriori risorse, per una spesa totale di 3.375 milioni a regime. Da ultimo, la legge di bilancio per il 2021 (art. 1, comma 959 della legge 178/2020) ha stanziato 400 milioni aggiuntivi nel 2021, per un totale di risorse pari a 3.775 milioni, di cui 1.100 per il 2019, 1.750 per il 2020 e 3.775 a regime. Il quadro complessivo così delineato ha consentito un incremento delle retribuzioni medie complessive dell'1,3% nel 2019, del 2,01% nel 2020 e del 3,78% a regime.

10. 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 2018. La stima è stata realizzata mediante il flusso di dati annuale censuario che la SISAC riceve dalle singole Aziende e dagli altri Enti del SSN e che include la serie storica sia delle ore remunerate sia delle "scelte" in carico ai medici. Il calcolo degli oneri contrattuali è stato effettuato, dunque, con la stessa metodologia seguita per il riconoscimento degli incrementi e degli arretrati del triennio precedente, prendendo a riferimento i dati rilevati al primo giorno di vigenza contrattuale, ovvero il 1° gennaio 2019.

11. Allo scopo di fornire un quadro più completo della evoluzione della spesa connessa al rinnovo contrattuale, la SISAC ha prodotto, inoltre, la serie storica del numero delle scelte e delle ore lavorate dal 2018 al 2023, mettendo in evidenza un tasso di riduzione annuale che mediamente, a livello nazionale, si attesta al -0,38%. La dinamica espansiva delle ore lavorate, legata alla pandemia da Covid-19, è circoscritta al periodo 2019-2021 e si riferisce principalmente al personale del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria ed in parte alla specialistica ambulatoriale. Con la cessazione dell'emergenza (31 marzo 2022), già nella rilevazione del 1° gennaio 2023, il numero delle ore remunerate nel corso del 2022 è risultato inferiore a quello del 2018. 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, i quali includono i costi derivanti dagli AIR (accordi integrativi regionali) e non comprendono gli oneri per assicurazione malattia e l'IRAP. Tuttavia, nonostante le differenze metodologiche di rilevazione, il confronto tra l'andamento dei dati rilevati dalle due diverse fonti informative conferma la coerenza dei riferimenti utilizzati.

12. La tavola seguente riassume le risorse quantificate per il rinnovo dell'ACN della medicina generale, sulla base dell'Atto di indirizzo del Comitato di settore Regioni-Sanità già citato, pari a 189,39 milioni a regime (corrispondenti al 3,78% del monte salari 2018), comprensivi delle risorse per l'indennità di vacanza contrattuale, già precedentemente corrisposta.

TAVOLA 1

DISPONIBILITÀ TEORICHE COMPLESSIVE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

<i>in milioni</i>				
Medicina generale	costo base 2018	2019 1,3%	2020 2,01%	2021 3,78%
MG-ruolo unico a ciclo di scelta	4.214,29	54,79	84,71	159,30
MG-ruolo unico ad attività oraria	570,98	7,42	11,48	21,58
MG-emergenza sanitaria territoriale	163,59	2,13	3,29	6,18
MG-medicina dei servizi	56,24	0,73	1,13	2,13
MG-assistenza Istituti penitenziari	5,13	0,07	0,10	0,19
TOTALE	5.010,23	65,13	100,71	189,39

13. A valere su tali risorse vengono corrisposti gli incrementi e gli arretrati derivanti dal rinnovo (art. 5), in particolare:

- per i medici del ruolo di assistenza primaria a ciclo di scelta, si prevede l'incremento del compenso forfettario annuo (art. 47, comma 2 lett. A-I, che rappresenta la parte fissa della retribuzione) e l'incremento della quota annua ripartita dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico (art. 47, comma 2 lett. B-I, che rappresenta la quota variabile);
- per i medici del ruolo di assistenza primaria ad attività oraria, per i medici di emergenza sanitaria territoriale e per i medici di assistenza negli Istituti penitenziari, si prevede l'incremento a regime di 0,86 euro per ora, portando il compenso orario a 24,25 euro;
- per i medici di medicina dei servizi territoriali si prevede l'incremento di 1,07 euro a regime per ora, portando il compenso orario a 24,25 euro (art. 57, comma 1 lett. A).

14. La tavola 2 riporta gli oneri nel triennio di riferimento per il rinnovo della convenzione della medicina generale.

TAVOLA 2

Medicina Generale - Riepilogo oneri triennio 2019/2021

Medicina generale	<i>in milioni</i>		
	2019	2020	2021
MG-ruolo unico a ciclo di scelta	52,19	82,01	158,84
30% su quota fissa			47,34
70% su quota variabile			108,97
ore sindacali	2,53	2,53	2,53
MG-ruolo unico ad attività oraria	7,23	11,46	21,54
MG-emergenza sanitaria territoriale	2,06	3,27	6,14
MG-medicina dei servizi	0,71	1,13	2,11
MG-assistenza Istituti penitenziari	0,09	0,14	0,26
TOTALE	62,28	98,01	188,89

al lordo oneri

15. 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 singole amministrazioni. Le somme necessarie alla copertura degli oneri devono, pertanto, essere individuate negli accantonamenti annuali disposti dalle Aziende, ai sensi dell'art. 9, comma 1 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito nella legge 2 dicembre 2005, n. 248. L'obbligo contabile è stato riconfermato anche dall'art. 2, comma 17, della legge n. 191 del 2009. Il controllo annuale del rispetto di tale previsione viene svolto dal Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito presso il MEF ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. In data 20 marzo u.s. è pervenuta dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - IGESPE la documentazione da cui risulta che il suddetto Tavolo tecnico ha verificato, per il triennio 2019-2021, la sussistenza degli accantonamenti nei termini richiesti per ciascuna regione a statuto ordinario e per la Sicilia ed ha, altresì, stabilito le stesse modalità di verifica per le regioni a statuto speciale che autofinanziano il proprio servizio sanitario regionale e che sono tenute al rispetto dei parametri delle convenzioni nazionali.

16. Nella precedente tavola 1 sono indicate le disponibilità finanziarie per la definizione degli incrementi relativi al rinnovo della convenzione 2019-2021 calcolate sulla base degli stessi incrementi previsti per la generalità del personale dello Stato.

17. Occorre, però, tener conto che per il personale in questione, nel triennio considerato, tale quadro finanziario è stato ulteriormente integrato da altre disponibilità. Si tratta, per la medicina generale, delle risorse derivanti da quanto disposto dall'art. 1, comma 526 e seguenti della legge 27 dicembre 2018, n. 145, ovverosia di una quota parte dei fondi trasferiti dall'Inail al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per l'attività di compilazione e trasmissione, per via telematica, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale da parte dei medici e delle strutture sanitarie competenti del Servizio Sanitario Nazionale. Con tali risorse viene, quindi, finanziato il compenso forfettario annuo per assistito (all'art. 47, comma 2, lett. a, punto II), determinato a livello regionale, a decorrere dal 1° gennaio 2019. L'onere derivante da tale clausola è stato stimato in 6,3 milioni lordi. In

riferimento alla ripartizione delle risorse, per ovviare al problema della variabilità delle quote a livello regionale, è stata avviata dalle Regioni una interlocuzione, nell'ambito della Conferenza delle regioni e province autonome, per riformulare i criteri di assegnazione (come risulta anche dalla Dichiarazione a verbale n. 5 dell'accordo in esame).

18. L'altra significativa quota di risorse è quella assicurata dall'art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, finalizzate a remunerare le ore di incarico previste, dal PNRR e dal DM n. 77/2022, all'interno delle Case della comunità *hub* e *spoke*. Tali specifiche risorse sono finalizzate a coprire i maggiori costi relativi all'assunzione di personale dipendente e convenzionato aggiuntivo necessario a garantire il potenziamento dell'assistenza territoriale. L'art. 47, comma 3 lett. c) dell'Ipotesi individua l'importo per quota oraria di lavoro prestato presso tali strutture, in 13,62 euro, che si aggiunge alle altre quote orarie già percepite dai medici di assistenza primaria ad attività oraria. Ai fini della stima dell'onere sono state considerate le ore necessarie a garantire la copertura assistenziale nelle 1.350 Case della comunità *hub* per i medici di medicina generale, quantificate nel cronoprogramma del PNRR (a regime nel 2026) in 11,8 milioni di ore, determinando un onere complessivo a regime pari a 190,4 milioni di euro lordi. Tale onere, secondo la stima prudenziale riportata nella relazione tecnica al disegno di legge di bilancio 2022 (art. 93), risulta interamente coperto dalle risorse di cui al comma 274, che per l'attività svolta di medici di medicina generale ha previsto un finanziamento di oltre 262 milioni, a valere sul fabbisogno sanitario standard. La parte rimanente del citato importo complessivo potrà essere utilizzato per coprire il costo delle ore di assistenza prestate nelle Case della comunità *spoke*, coincidenti con le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Secondo l'articolazione oraria prevista, sono state stimate 50 ore settimanali per l'assistenza in ogni struttura *spoke*, che comporterebbero, dal 2026, un fabbisogno teorico di circa 4,4 milioni di ore, ed un costo pari a 71,6 milioni di euro lordi assorbendo, dunque, l'intero finanziamento previsto dalla legge di bilancio 2022.

19. Con riferimento a questo specifico aspetto è necessario puntualizzare che la stima prodotta si basa su dati suscettibili di oscillazioni legate alla variazione del numero degli assistiti e delle ore legate alle effettive necessità espresse dalla domanda di assistenza territoriale e, pertanto, si renderà indispensabile garantire uno stretto controllo e monitoraggio della spesa nel corso del tempo a fine di evitare che la stessa esorbiti dagli importi stanziati.

20. Per ciò che riguarda il profilo economico della dinamica retributiva collegata a questa ulteriore voce retributiva, sebbene non produca effetti retroattivi, essa determina un incremento del compenso dei medici di assistenza primaria convenzionati di oltre il 5%, su base 2018 che, sommato all'incremento a regime assicurato dal rinnovo contrattuale 2019-2021, porta ad un incremento complessivo dall'anno 2024 di poco meno del 9%.

21. Di contro si osserva che, sebbene restino impregiudicate le cautele espresse in ordine alla concreta conciliazione delle funzioni proprie del medico di medicina generale con l'attività di assistenza da svolgere presso le Case di Comunità, è indubbio che la maggiore crescita retributiva complessiva rispetto alla generalità del restante personale delle pubbliche amministrazioni vada considerata in stretta relazione con i compiti aggiuntivi previsti nell'Ipotesi di accordo attribuiti ai medici di medicina generale, come emerge anche dal Decreto Ministeriale 77/2022.

22. Da ultimo, per completezza, è necessario richiamare che per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono state, inoltre, stanziare risorse dall'art. 1, comma 449 della legge 27 dicembre 2019, n. 160, pari a circa 236 milioni, per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a migliorare il processo di presa in cura dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili, nonché di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa. Le nuove apparecchiature saranno destinate, in coerenza con la riorganizzazione della rete territoriale del SSN prevista dalla Missione 6 del PNRR, alle Case della Comunità *hub*, alle Case della Comunità *spoke*.

23. Conclusivamente, alla luce di tutto quanto sopra rappresentato, si certifica positivamente l'Ipotesi di accordo in epigrafe.