



La

# *Corte dei Conti*

N. 10/SSRRCO/CCN/18

A Sezioni riunite in sede di controllo  
Presiedute dal Presidente Ermanno GRANELLI  
e composte dai magistrati

## Presidente di sezione

Carlo CHIAPPINELLI.

## Consiglieri

Roberto BENEDETTI, Lucilla VALENTE, Enrico FLACCADORO, Vincenzo PALOMBA, Cinzia BARISANO, Maria Luisa ROMANO, Luisa D'EVOLI, Francesco TARGIA, Maria Teresa D'URSO, Luca FAZIO, Alessandra SANGUIGNI, Giuseppe IMPARATO, Vincenzo CHIORAZZO.

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nel testo modificato da ultimo dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;

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;

VISTA l'Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA l’Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

SENTITI, nell’ambito dell’istruttoria, i rappresentanti della SISAC - Struttura interregionale sanitari convenzionati;

VISTA la comunicazione con la quale, in data 28 maggio 2018, sono state convocate le Sezioni riunite in sede di controllo per il giorno 30 maggio 2018;

TENUTO CONTO delle valutazioni del Nucleo tecnico “Costo del lavoro” contenute nel rapporto n. 2018\_05\_06\_07;

UDITO, nella Camera di Consiglio del 30 maggio 2018 il relatore Cons. Vincenzo Palomba;

### **DELIBERA**

di certificare positivamente le ipotesi di accordo in epigrafe, con le osservazioni contenute nell’allegato rapporto di certificazione.

### **ORDINA**

la trasmissione della presente deliberazione alla SISAC – Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenze Stato-Regioni ed Unificata, al Ministero dell’economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato – IGOP, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, al Comitato di Settore per il Comparto Sanità, al Ministero della salute.

IL RELATORE

Vincenzo Palomba

IL PRESIDENTE

Ermanno Granelli

Depositato in segreteria il 21 giugno 2018

IL DIRIGENTE

Maria Laura Iorio

## **Rapporto di certificazione**

- 1) *Ipotesi di ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;*
- 2) *Ipotesi di ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;*
- 3) *Ipotesi di ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art.8 del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.*

1. Sono pervenute alle Sezioni riunite in sede di controllo, in data 11 maggio 2018, le ipotesi di accordo collettivo nazionale, sottoscritte il 29 marzo 2018, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i medici pediatri di libera scelta e con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ed ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi).

2. Le ipotesi di accordo sono state trasmesse a queste Sezioni riunite dalla Sisac (Struttura tecnica interregionale Sanitari convenzionati) ai sensi dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e dei conseguenti accordi Stato-Regioni (dell'8 luglio 2010 e del 5 dicembre 2013) che hanno definito il procedimento di contrattazione collettiva per il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, richiamando le specifiche disposizioni dettate dal d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

3. Con un primo atto di indirizzo del 18 marzo 2014, successivo all'approvazione della legge n. 189 del 2012, il Comitato di settore del comparto Regioni – Sanità proponeva una revisione complessiva dei vigenti accordi collettivi, in linea con gli obiettivi previsti nella citata legge, evidenziando la necessità di prestare il servizio in modalità integrata e multiprofessionale con il ricorso a strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (Aggregazioni funzionali territoriali – AFT e Unità complesse di cure primarie - UCCP).

La difficoltà nell'avviare e concludere le trattative in assenza di specifiche risorse, atteso il blocco dei rinnovi contrattuali, ha reso necessario una pluralità di atti di indirizzo integrativi fino all'ultimo, del 22 marzo 2018, con cui il Comitato di settore, in attesa di concludere la contrattazione relativa al triennio 2016-2018, ha definito alcune priorità che sono state poi trasfuse nelle ipotesi contrattuali all'esame.

Ferme restando le principali finalità già indicate negli atti di indirizzo adottati, tali priorità attecnevano, in particolare: a) alla realizzazione degli obiettivi di politica sanitaria come definiti nel Patto per la salute 2014-2016 (Piano nazionale della cronicità, Piano nazionale della prevenzione vaccinale, Accesso improprio al pronto soccorso, Governo delle liste d'attesa e appropriatezza); b) alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza di medici; c) all'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari; d) alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali; e) alla revisione e all'aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi, limitatamente al settore della specialistica ambulatoriale.

Quanto alle risorse finanziarie, il Comitato di settore riteneva possibile definire in sede di contrattazione le modalità di erogazione di risorse pari all'indennità di vacanza contrattuale - IVC (già corrisposta ai dipendenti del SSN) per gli anni 2010-2017, nonché agli incrementi contrattuali previsti per gli anni 2016 e 2017; risorse queste legate alla partecipazione obbligatoria dei medici convenzionati alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria appena richiamati.

In linea con i valori determinati per i rinnovi contrattuali del personale statale erano stati previsti incrementi pari allo 0,36 per cento del monte salari per il 2016 e dell'1,09 per cento per l'anno 2017 che si aggiungevano alla corresponsione di emolumenti corrispondenti alla indennità di vacanza contrattuale riconosciuta ai dipendenti pubblici contrattualizzati (pari allo 0,5077 per cento per il 2010 e pari allo 0,75 per cento a decorrere dall'esercizio 2011).

4. In coerenza con l'atto di indirizzo, le ipotesi di accordo in esame prevedono tutte, nell'ambito della parte normativa, il richiamo agli obiettivi prioritari della politica sanitaria nazionale di cui dovrà necessariamente tenere conto la programmazione regionale nel finalizzare gli accordi integrativi regionali alla realizzazione delle esigenze sanitarie dei propri territori.

Le ipotesi di accordo relative ai medici di medicina generale e ai medici pediatri di libera scelta intervengono, inoltre, sulla regolamentazione del diritto di sciopero (oggetto di uno specifico allegato), nonché sulla formazione delle graduatorie e sulle procedure di assegnazione degli incarichi. In detto ambito, al fine di facilitare il ricambio generazionale, viene introdotta la possibilità che la domanda di iscrizione in graduatoria possa essere presentata anche dai medici frequentanti l'ultimo anno del corso di

formazione specifica e che l'accesso agli incarichi avvenga attraverso meccanismi e procedure che consentano la spendibilità del titolo acquisito o in corso di acquisizione al momento della disponibilità effettiva del posto.

L'ipotesi di accordo relativa ai medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (che fa seguito al precedente accordo di sola parte normativa reso esecutivo con l'Intesa Stato-Regioni del 17 dicembre 2015) introduce, invece, a decorrere dalle graduatorie predisposte successivamente all'entrata in vigore del contratto, la revisione e l'integrazione degli elenchi delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali (contenute in un allegato all'ACN del 2015, integralmente sostituito) che costituiscono titolo per l'accesso agli incarichi conferiti dalle Aziende sanitarie.

Sotto il profilo economico tutte le ipotesi di accordo prevedono la corresponsione ai medici convenzionati di un ammontare pari agli emolumenti arretrati spettanti nel periodo 2010-2017 (distinguendo tra arretrati connessi all'erogazione della indennità di vacanza contrattuale dal 2010 al 2017 e arretrati relativi agli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) espresso in termini di incrementi di quota capitaria (per i medici di medicina generale di assistenza primaria e per i medici pediatri di libera scelta) e in termini di incremento di quota oraria (per i medici di medicina generale di continuità assistenziale, dei servizi territoriali, dell'emergenza sanitaria territoriale e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari e altre professionalità), in misura pari alle percentuali di incremento previste per il restante pubblico impiego.

L'erogazione degli incrementi contrattuali decorrenti dall'anno 2018 (e quindi a regime) viene, invece, rinviata all'atto della sottoscrizione dei nuovi accordi attuativi di tutte le indicazioni contenute nell'atto di indirizzo del 18 marzo 2014, comprese le problematiche relative all'assistenza negli istituti penitenziari, stralciate dall'ipotesi in esame.

In merito alla corresponsione degli arretrati, va precisato che - pur non trovando applicazione per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN il meccanismo di erogazione diretta dell'indennità di vacanza contrattuale disciplinato per i dipendenti pubblici - il modello finanziario, fino ad oggi adottato, ha previsto la corresponsione a tale personale medico delle medesime percentuali di incremento retributivo concesse al restante personale pubblico, comprensivo anche del valore corrispondente all'indennità di vacanza contrattuale, sulla base, tuttavia, delle indicazioni del Comitato di settore e del recepimento, in un apposito strumento negoziale, dei parametri di calcolo della IVC da

applicarsi su una struttura retributiva differente da quella riferibile ai rapporti di lavoro dipendente.

Tale principio, applicato nei precedenti rinnovi contrattuali, ha trovato conferma anche nel DL n. 78 del 2010 (che, nel disporre il blocco della contrattazione, ha fatto salva l'erogazione della IVC nelle misure previste a decorrere dal 2010 ed ha esteso l'applicazione di tali disposizioni al personale convenzionato con il SSN) e nel DPR n. 122 del 2013 (che, nel prorogare il blocco della contrattazione, ha consentito la corresponsione della IVC nelle stesse misure previste dal DL n. 78 del 2010 ed ha esteso l'applicazione di tali disposizioni, in quanto compatibili, al personale convenzionato con il SSN).

Analoghi richiami al personale convenzionato con il SSN sono contenuti nella legge n. 208 del 2015 (che, sulla base del conseguente DPCM del 18 aprile 2016, ha definito nello 0,4 per cento del "monte salari" l'onere per la contrattazione collettiva 2016-2018 da porre a carico dei bilanci delle amministrazioni diverse da quelle statali) e nella legge n. 232 del 2016 (che, sulla base del conseguente DPCM 27 febbraio 2017, ha rideterminato i valori di riferimento per la contrattazione collettiva nello 0,36 per cento per il 2016 e nello 1,09 per cento per il 2017 al netto della spesa per la IVC nei valori vigenti a decorrere dal 2010).

5. Ai fini delle valutazioni di compatibilità economica e finanziaria degli oneri derivanti dalle ipotesi di accordo, il giudizio di certificazione postula innanzi tutto una valutazione sull'attendibile quantificazione degli oneri.

Sotto questo profilo rileva, in primo luogo, il criterio utilizzato per determinare le basi di calcolo sulle quali definire le risorse necessarie a garantire la corresponsione di valori coerenti con la crescita retributiva concessa a tutto il personale pubblico che, nel periodo 2010-2017, ha fruito dell'indennità di vacanza contrattuale (calcolata sulla massa salariale relativa all'esercizio 2009), nonché dei rinnovi contrattuali per gli esercizi 2016- 2017 (calcolati sulla massa salariale relativa all'esercizio 2015, al netto della indennità di vacanza contrattuale già corrisposta).

A differenza di quanto avviene per i rinnovi contrattuali del settore pubblico contrattualizzato – che consente di trarre dal Conto annuale predisposto dalla RGS i principali dati di consistenza e di spesa – mancano attualmente documenti ufficiali idonei a rappresentare la spesa sostenuta annualmente dalle regioni a seguito dell'applicazione delle sole disposizioni nazionali degli accordi (al netto, pertanto, della spesa sostenuta

dalle regioni per gli accordi regionali e aziendali), disaggregata per tipologia di prestazione sanitaria offerta.

A tale fine la Sisac, in coincidenza del rinnovo contrattuale del biennio 2008-2009 e sulla base di sollecitazioni formulate dalla Corte dei conti nelle precedenti delibere di certificazione, ha avviato un flusso informativo annuale, proveniente dalle aziende sanitarie e da tutti gli altri enti del SSN, allo scopo di consolidare una metodologia di calcolo del costo del personale in rapporto di convenzionamento con il SSN.

In particolare, a decorrere dal 2009, è stato avviato un flusso specifico concernente il numero delle ore retribuite ai medici e ai professionisti remunerati a quota oraria nel corso dell'anno precedente, mentre, a decorrere dal 2014, il flusso informativo è stato integrato con il numero degli assistiti in carico in relazione ai settori (assistenza primaria e pediatri di libera scelta) remunerati a quota capitaria.

La rilevazione, strutturata in modo da garantire la certificazione dei dati raccolti, prevede il coinvolgimento di un funzionario responsabile, individuato da ciascuna azienda del SSN, e di un delegato regionale, designato da ciascuna Regione o Provincia autonoma, che riscontra i dati immessi e autorizza la loro trasmissione alla Sisac.

Sulla base dei dati così raccolti, la relazione tecnica di accompagnamento alle ipotesi contrattuali (identica per i tre accordi) adotta un criterio di quantificazione che muove dalla stima delle risorse necessarie per la corresponsione a tutti gli operatori della medicina convenzionata di una somma pari agli arretrati relativi al periodo 2010 – 2017 (fabbisogno); stima che viene poi posta a confronto con quella dei costi effettivi scaturenti dall'applicazione delle singole clausole contrattuali.

Quanto all'individuazione del fabbisogno, la base di calcolo relativa all'anno 2009 (sulla quale sono state applicate le percentuali relative al riconoscimento delle risorse pari alla IVC già corrisposta ai dipendenti pubblici nel periodo 2010-2017) è stata costruita rivalutando il costo complessivo di uscita della precedente contrattazione di settore 2006-2008, sulla base delle consistenze fisiche effettive all'anno 2009 (flusso dei dati rilevati dalla Sisac per le ore retribuite e dati dell'Annuario statistico 2010 edito dal Ministero della salute per il numero degli assistiti).

Analogo procedimento è stato utilizzato per rideterminare la nuova base di riferimento, relativa all'anno 2015, sulla quale applicare gli incrementi riferiti al biennio 2016-2017, utilizzando, questa volta, il flusso completo dei dati che la Sisac gestisce dal 2014 con le singole aziende e con gli enti del SSN.

L'analisi dei dati evidenzia, nel periodo 2010 – 2015, a fronte della flessione del numero delle scelte per i medici di medicina primaria, una crescita delle scelte e delle ore per i medici delle altre categorie, nel cui ambito va sottolineato il fenomeno (riscontrato anche in sede di certificazione del precedente contratto di sola parte normativa) della notevole espansione delle ore effettuate dagli specialisti ambulatoriali interni; fenomeno acuito dal blocco del turn over nell'area della dipendenza medica e veterinaria e dalla conseguente necessità per le aziende sanitarie di garantire le prestazioni assistenziali specialistiche e professionali in fase di contrazione degli organici.

Si tratta, peraltro, di un andamento che, proprio a seguito della sottoscrizione del precedente accordo del 2015, segna attualmente un rallentamento in relazione al freno posto alla crescita del numero dei professionisti sanitari e al raggiungimento del massimale orario dei medici già in servizio.

Applicando alle basi di calcolo 2009 e 2015, così determinate, i coefficienti di crescita previsti per gli altri pubblici dipendenti emerge un costo teorico complessivo dell'ipotesi di accordo pari a 477,17 milioni di cui 280,03 milioni a titolo di arretrati dall'anno 2010 all'anno 2015 e 197,14 milioni a titolo di arretrati relativi agli anni 2016 e 2017. Questi ultimi, in linea con le disposizioni stabilite nei DPCM di attuazione della legge di stabilità per il 2016 e della legge di bilancio per il 2017, risultano dall'applicazione dell'aliquota dello 0,75 per cento (pari all'ICV) sul costo base del 2009 e dall'applicazione delle aliquote incrementalistiche ulteriori (0,36 per cento per il 2016 1,09 per cento per il 2017) sul costo base del 2015.

A fronte delle disponibilità in tal modo stimate, la relazione tecnica attua un'analitica ricostruzione degli oneri finanziari derivanti dai singoli istituti normativi ed economici consentendo la verifica della congruenza tra le disponibilità e i costi derivanti dalle ipotesi contrattuali all'esame.

Con riferimento, in particolare, alle disposizioni relative alla corresponsione degli arretrati relativi alla IVC, il calcolo degli oneri si esprime applicando al costo capitaro o orario relativo all'esercizio 2009 le aliquote già applicate ai restanti dipendenti pubblici (0,5077 per cento nel 2010 e 0,75 per cento dal 2011) e moltiplicando il valore così ottenuto per il numero degli assistiti e delle ore alla medesima data.

Quanto, invece, agli arretrati relativi al 2016 e al 2017, il calcolo degli oneri si esprime applicando al costo capitaro o orario relativo all'esercizio 2015 le aliquote già applicate ai restanti dipendenti pubblici (0,36 per cento per il 2016 e 1,09 per cento per il 2017) e

moltiplicando il valore così ottenuto per il numero degli assistiti e delle ore alla medesima data.

I valori di costo effettivo che scaturiscono da tale quantificazione (inclusivi degli oneri previdenziali e, per i settori a quota oraria, dell'IRAP a carico dell'azienda), messi a confronto con le disponibilità teoriche definite negli atti di indirizzo, evidenziano un saldo differenziale positivo di circa 1,76 milioni per gli anni 2010 -2015 e di circa 0,75 milioni per il periodo 2016 – 2017.

Malgrado il criterio seguito risponda ai meccanismi di quantificazione fino ad oggi seguiti, non può non segnalarsi che l'andamento in crescita delle ore prestate (specialmente dagli specialisti ambulatoriali) e del numero degli assistiti (nell'ambito, tuttavia, dei soli pediatri di libera scelta posto che il numero degli assistiti dei medici di medicina generale segna nel periodo una flessione) potrebbe ingenerare ulteriori oneri a carico delle regioni, conseguente ad applicazione degli incrementi della quote orarie e capitarie al numero delle ore prestate e degli assistiti in carico a ciascun medico negli anni di riferimento.

Appare pertanto necessario un attento monitoraggio dei costi effettivi derivanti dall'applicazione delle ipotesi contrattuali che, sulla base della puntuale rilevazione fino ad oggi effettuata, consenta alla Sisac di verificare che gli eventuali maggiori oneri effettivi, anche alla luce della flessione degli assistiti relativi ai medici di medicina generale, siano contenuti entro i margini derivanti dal raffronto tra le disponibilità teoriche e il costo calcolato nella relazione tecnica allegata all'ipotesi di accordo.

In tale direzione la Corte sottolinea, inoltre, la necessità di attribuire una veste ufficiale alla metodologia adottata dalla Sisac nella rilevazione dei dati concernenti i medici in rapporto di convenzionamento con il SSN al fine di disporre, presso il Ministero della salute o l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), di un documento, analogo al Conto annuale predisposto dalla RGS, da cui trarre dati certificati in ordine alla struttura del settore e alla spesa sostenuta annualmente dalle regioni, sia in relazione all'applicazione degli accordi nazionali, sia in relazione agli effetti della contrattazione regionale e aziendale.

6. Ai fini della valutazione della compatibilità finanziaria degli oneri recati dalla presente ipotesi di accordo, si rileva che le risorse per la corresponsione degli arretrati pari alla IVC 2010-2017 e degli arretrati relativi ai rinnovi 2016 e 2017 provengono dai bilanci delle aziende sanitarie tenute oggi per legge (art. 9 del DL n. 203 del 2005 convertito dalla

legge n. 248 del 2005) ad accantonare le disponibilità necessarie a corrispondere anche ai medici convenzionati con il SSN emolumenti pari alla IVC e ai rinnovi contrattuali concessi al restante personale pubblico (il rispetto di tali vincoli normativi, confermati anche dall'art. 2, comma 17 della legge n. 191 del 2009, è demandato alla competenza degli organi di controllo dell'azienda e viene certificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti istituito presso il MEF ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

La documentazione attestante il corretto accantonamento delle risorse per corrispondere gli arretrati per il 2016 e per il 2017, comprensive di quelle relative alla medicina convenzionata, è stata già acquisita in sede di certificazione del Ccnl del personale del comparto sanità (Corte dei conti – Sezioni riunite in sede di controllo, delibera n. 7 del 2018).

Il MEF, con riferimento alle ipotesi in esame (nota del 4 maggio 2018), ha asseverato la quantificazione dei costi complessivi ed dichiarato che i relativi oneri, ai sensi della citata normativa, risultano accantonati per ciascun anno nei bilanci delle aziende sanitarie, confermando, attraverso l'Ispettorato generale della spesa sociale, la sussistenza degli accantonamenti necessari per la copertura, sia degli arretrati 2010 – 2017 (a titolo di IVC), sia degli arretrati relativi ai rinnovi 2016 – 2017.

7. Quanto, infine, alla compatibilità economica, non espressamente evidenziata nella relazione tecnica allegata alle ipotesi di accordo all'esame, si richiamano le valutazioni effettuate in sede di certificazione dei Ccnl finora siglati e, in particolare, del Ccnl del personale del comparto della sanità.

Al riguardo si sottolinea che gli incrementi concessi al personale medico in rapporto di condizionamento con il SSN si allineano a quelli previsti, per il restante personale pubblico, dall'Accordo del 30 novembre 2016, stipulato direttamente tra il Governo e le Parti sociali, che ha delineato, per le amministrazioni statali, incrementi retributivi medi mensili pari a 85 euro lordi, superando, in tal modo, quanto stabilito nella precedente Intesa Governo-Sindacati sugli assetti contrattuali del settore pubblico del 30 aprile 2009. Il citato Accordo del 2016 rappresenta pertanto, in attesa della ridefinizione di un nuovo accordo sulla politica dei redditi, il nuovo parametro valevole una tantum per accertare la compatibilità economica dell'Ipotesi contrattuale all'esame nel cui ambito gli incrementi concessi a titolo di arretrato (l'attribuzione del 3,48 per cento regime è rinviata alla stipula

di un nuovo contratto) risultano inferiori alla perdita del potere di acquisto intervenuta dal 2011 ed in linea con la difesa dei redditi dall'inflazione del triennio 2016-2018.

Osserva, tuttavia, la Corte che il parametro per certificare la compatibilità economica dei prossimi incrementi contrattuali, specie se superiori all'andamento dell'inflazione, non potrà prescindere, anche nel settore della medicina convenzionata, da una valutazione degli effetti della contrattazione, in termini di recupero della produttività.