

# di

- 1 Editoriale**  
Oltre la crisi del sistema sanità, una professione smarrita
- 10 Piano Salute mentale**  
Coinvolgere i medici e i dirigenti sanitari: il monito dal Convegno nazionale Anaa Assomed
- 13 Dirigenza sanitaria**  
Svelato il meccanismo molecolare alla base della VITT
- 14 Piemonte**  
Attesa in Pronto Soccorso: per molti, ma non per tutti

Il mensile dell'Anaa Ass



**Anaa Assomed  
firma il settimo contratto  
di lavoro della dirigenza  
medica e sanitaria.  
Le novità normative**

# CCNL 2022 2024

**A pagina 8  
le Faq sul contratto**

## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d|rigenza  
medica**

Sede di Roma:  
Via San Martino della Battaglia, 31  
Tel. 06.4245741  
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

Adriano Benazzato  
Simona Bonaccorso  
Flavio Civitelli  
Fabiana Faiella  
Alessandro Grimaldi  
Domenico Iscaro  
Filippo Larussa  
Giammaria Liuzzi  
Giosafatte Pallotta  
Chiara Rivetti  
Elena Silvagni  
Alberto Spanò  
Emanuele Stramignoni  
Anna Tomezzoli  
Bruno Zuccarelli

**Coordinamento redazionale**  
Ester Maragò

**Progetto grafico e impaginazione**  
Giancarlo D'Orsi

**Editore**  
Homnya srl  
Sede legale:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: [info@homnya.com](mailto:info@homnya.com)

**Ufficio Commerciale**  
[info@homnya.com](mailto:info@homnya.com)  
Tel. +39 06 45209 715

**Stampa**  
STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale  
di Milano n. 182/2002  
del 25.3.2002. Anno XXIV

Diritto alla riservatezza:  
"Dirigenza Medica" garantisce  
la massima riservatezza dei dati  
forniti dagli abbonati nel rispetto  
della legge 675/96

Finito di stampare  
nel mese di marzo 2026

# Oltre la crisi del sistema sanità, una professione smarrita

**Negli ultimi venti anni il Servizio Sanitario Nazionale ha subito un declino strutturale, lento e costante che ha generato un progressivo indebolimento nella capacità di rispondere adeguatamente alle necessità dei pazienti.**

**La spesa sanitaria pubblica** non è cresciuta contestualmente ai bisogni della popolazione, a fronte di una più spiccata sensibilità alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla qualità di vita nonché a fronte di un imponente avanzamento tecnologico. Le manovre economiche hanno determinato tagli trasversali applicando riduzioni di spesa indistintamente a tutte le regioni e a tutti i servizi, senza particolare attenzione alle aree geograficamente più fragili e alle particolari peculiarità clinico assistenziali. Le diseguaglianze territoriali che si sono delineate, oltre ad aver avuto come conseguenza un iniquo accesso alle cure e una differente potenzialità di risposta alle patologie tempo dipendenti, hanno prodotto come effetto immediato un ingolfamento dei grandi ospedali, investendoli di volumi più elevati di attività e di una pressione lavorativa eccessiva. Ne sono derivati effetti di natura organizzativa come il *boarding* nei PS, nonché quello delle *liste d'attesa* e fenomeni occupazionali come il crescente *burnout* e la "Great Resignation" tra il personale; il sistema sanitario pubblico diventa specchio di un luogo di lavoro troppo gravoso e per nulla gratificante.

**In tutti questi anni** abbiamo visto moltiplicarsi, specialmente nei comuni più piccoli del Paese, manifestazioni dei sindaci per la tutela del proprio ospedale, rivendicandolo come elemento identitario oltre che sanitario per la propria comunità. Tuttavia la rivendicazione di un diritto, come la salute, in forma individuale o territoriale ha portato soltanto ulteriori conflitti e contraddizioni. Infatti le scelte sulla razionalizzazione delle risorse sanitarie si sarebbero dovute basare su un'attenta valutazione delle necessità cliniche e organizzative e non sulla geografia politica o sulla pressione locale. Invece la mancanza di una strategia d'insieme e di un osservatorio clinico nazionale capace di analizzare i punti chiave dell'assistenza sanitaria in toto, in relazione alle potenzialità economiche delle regioni e ai loro bisogni, ha nel tempo sgretolato l'impalcatura del Ssn, ha determinato un divario crescente nei territori della stessa regione e tra le regioni, ha moltiplicato le distanze organizzative tra nord e sud, ha peggiorato il delicato dialogo tra il territorio e gli ospedali.

**La carenza di personale** è stata più recentemente affrontata con il fenomeno del "gettonismo" nell'ambito del quale troviamo persino medici in pensione; molti ospedali oggi continuano a rimanere operativi anche grazie alle attività aggiuntive assicurate dai professionisti che si spostano occasionalmente da un ospedale ad un altro, coprendo prevalentemente i servizi più in affanno con un'attività lavorativa economicamente più remunerata, più flessibile, ma clinicamente e qualitativamente più fragile perché non costruisce continuità, non crea équipe, non genera appartenenza.



**SIMONA BONACCORSO**  
Esecutivo Nazionale  
Anaa Assomed



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

Segue a pagina 16

27 febbraio 2026



# ANAAO ASSOMED FIRMA IL CONTRATTO DI LAVORO

2022-2024

Aran e sindacati hanno sottoscritto in via definitiva il settimo contratto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria entrato in vigore con la pubblicazione del testo sul sito dell'Agenzia

In arrivo aumenti  
dai **322 ai 530 euro**  
lordi mensili e arretrati  
fino a **14.540 euro**



# LE NOVITÀ NORMATIVE

## Aumenti della retribuzione accessoria

Sono state sterilizzate, e quindi non aumentano, le risorse ai fini del calcolo dell'algoritmo per la retribuzione delle eccedenze orarie

## Periodo di prova e disciplina

Durante il periodo di prova, il dirigente può essere applicato a più servizi dell'Azienda o Ente presso cui svolge il periodo di prova, ferma restando la sua utilizzazione in attività proprie della qualifica e disciplina di appartenenza. Il che vuol dire che durante tale periodo si può svolgere servizio in sedi diverse da quella di assegnazione definitiva, ma solo nella medesima disciplina oggetto del concorso e non in discipline affini o equipollenti.

## Ricostituzione del rapporto di lavoro

Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro, per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere entro cinque anni dalla data di cessazione la ricostituzione dello stesso anche a un'azienda diversa dall'ultima in cui ha prestato servizio. L'azienda ha facoltà di aderire o no alla richiesta.

## Ferie durante il periodo di preavviso

Durante il periodo di preavviso, compatibilmente con le esigenze organizzative e tenuto conto delle esigenze del dirigente, è consentita la fruizione di eventuali giorni di ferie residui.

## Ferie e mobilità

In caso di mobilità, sono trasferite anche le ferie residue non fruite dal dirigente.

## Informazione alle organizzazioni sindacali

È stata prevista l'informazione obbligatoria e preventiva sui fabbisogni di personale, seguita da un incontro di approfondimento con i sindacati.

## Tutele legali in caso di aggressioni

Sono state rafforzate le tutele legali da fornire da parte delle aziende in caso di aggressioni.

## Prestazioni aggiuntive

È stata confermata l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive a carico del bilancio dell'Azienda prendendo a riferimento il corrispondente costo complessivo sostenuto per l'anno 2021, detratti eventuali finanziamenti derivanti da specifiche disposizioni di legge intervenute nella predetta annualità. La Regione però può prevedere - previo confronto ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. b) del Ccnl 23.1.2024 (Confronto regionale) - una revisione dei suddetti limiti finanziari annuali a livello aziendale, mediante compensazione tra le aziende o enti, fermo restando il limite finanziario annuale a livello regionale. Il limite aziendale eventualmente revisionato dalla Regione può essere annualmente integrato con l'eventuale quota di cui all'art. 1, comma 4, lett. c) della Legge 3.8.2007, n. 120 e s.m.i. (5% sull'onorario del libero professionista in intramoenia).

Come abbiamo sempre sostenuto – è il commento del Segretario Nazionale Anaa Assomed Pierino Di Silverio – il Ccnl 2022-2024 è un contratto di transizione, prevalentemente economico, che andava chiuso rapidamente per poter aprire il confronto su quello per il triennio successivo 2025-2027 e riallineare finalmente la contrattazione al triennio di riferimento. Va senz'altro in questa direzione l'approvazione, da parte del Comitato di Settore, degli atti di indirizzo necessari a far partire le trattative per il Ccnl 2025-2027 sia per la dirigenza che per il comparto, che per la prima volta si svolgeranno dunque in parallelo.

Peccato che questo percorso contrattuale, tra i più virtuosi degli ultimi decenni, non sia accompagnato dalla medesima attenzione da parte della politica, che annuncia di voler premiare l'impegno quotidiano dei professionisti della sanità nel garantire la tenuta del Servizio sanitario nazionale e poi rimanda sine die l'erogazione di tali riconoscimenti. Mi riferisco alla mancata adozione, nella legge di Bilancio prima e nel Milleproroghe poi, della norma che avrebbe permesso il pagamento immediato degli aumenti dell'indennità di specificità, già stanziati, ma incomprensibilmente vincolati alla firma del contratto 2025-2027.

Ancora una volta si chiede al personale sanitario di attendere per vedersi riconosciute risorse già disponibili. Un'assurdità che ci auguriamo sia urgentemente superata per dare un segnale concreto di attenzione e rispetto a medici e dirigenti sanitari, assicurando la piena valorizzazione del loro lavoro e la sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

# AUMENTI E ARRETRATI

## GUIDA ALLA LETTURA DELLE TABELLE

Riportiamo alcune precisazioni relative alle tabelle con il calcolo degli aumenti e degli arretrati aggiornati al 31 dicembre 2025, elaborate dall'Anaa Assomed su dati del Ccnl 2022-2024.

Al fine di una corretta lettura, è doveroso precisare che i dati devono essere personalizzati e interpretati, senza aspettarsi cioè che le cifre riportate ai decimali siano automaticamente quelle che ciascuno troverà nella propria busta paga. Questo in ragione della composi-

zione dello stipendio dei medici e dirigenti sanitari, che consta di una **componente fondamentale** e di una **componente accessoria**.

Ricordiamo che la **componente fondamentale** comprende lo stipendio tabellare e alcune indennità (indennità di specificità medica, indennità di posizione fissa, indennità di struttura complessa), **emolumenti fissi e uguali per tutti in tutta Italia** e proprio per questo - ma relativamente solo a queste voci -

possiamo considerare le cifre e i calcoli certi.

La **componente accessoria**, che corrisponde a circa il 20/25% dello stipendio e degli aumenti, dipende dalle condizioni di lavoro, ossia se si fanno più o meno turni di reperibilità e guardie, se si lavora in pronto soccorso o se si è chiamati durante la pronta disponibilità in straordinario. Una parte di essa poi, è legata alla parte variabile della posizione che dipende dall'incarico che è

**TABELLA 1**

**INCREMENTI MENSILI MEDI PRO CAPITE**  
VOCI RETRIBUZIONE FONDAMENTALE E ACCESSORIA DAL 01.01.2024

**N. B. 1:** I valori economici, sotto riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

**N. B. 2:** Gli aumenti del 2021 e 2022 equivalgono all'Indennità di Vacanza Contrattuale, già corrisposta in busta paga.

**N. B. 3:** I valori individuali della retribuzione accessoria e della posizione parte variabile dipendono dagli accordi aziendali.

**N. B. 4:** L'aumento dell'indennità di specificità medica di 23,36 Euro è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.1 Ccnl 2022-2024)

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati Aran Ccnl 2022-2024

**DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI**

**INCREMENTI MENSILI MEDI PRO CAPITE FONDI RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DAL 01.01.2024**

Retribuzione fondamentale media/mensile al lordo Indennità di Vacanza Contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di Specificità	23,36 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
<b>TOTALE</b>	<b>376,26 Euro mese</b>
Indennità di direzione U.O.C. [Valida solo per i Direttori di UOC, da aggiungere al totale sopra riportato]	48,62 Euro mese
INCREMENTI ANNUALI MEDI PRO CAPITE FONDI RETRIBUZIONE ACCESSORIA DAL 01.01.2024	
Fondo particolari condizioni di lavoro	344,50 Euro anno
Fondo risultato	130,00 Euro anno
Integrazione aziendale complessiva fondo condizioni di lavoro e risultato	193,00 Euro anno
<b>TOTALE</b>	<b>667,50 Euro anno</b>

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati Aran Ccnl 2022-2024

**TABELLA 1**

**INCREMENTI MENSILI MEDI PRO CAPITE**  
VOCI RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DAL 01.01.2024

**N. B. 1:** I valori economici, sotto riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

**N. B. 2:** Gli aumenti del 2021 e 2022 equivalgono all'Indennità di Vacanza Contrattuale, già corrisposta in busta paga.

**N. B. 3:** I valori individuali della retribuzione accessoria e della posizione parte variabile dipendono dagli accordi aziendali.

**N. B. 4:** L'aumento del valore dell'indennità di specificità sanitaria di 17,90 Euro è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.3 Ccnl 2022-2024)

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

**DIRIGENTI SANITARI**

Retribuzione fondamentale media/mensile al lordo Indennità di Vacanza Contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di Specificità Sanitaria	17,90 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
<b>TOTALE</b>	<b>370,80 Euro mese</b>
Indennità di direzione U.O.C. [Valida solo per i Direttori di UOC, da aggiungere al totale sopra riportato]	48,62 Euro mese
INCREMENTI ANNUALI MEDI PRO CAPITE FONDI DAL 01.01.2024	
<b>Fondi Retribuzione accessoria</b>	
Fondo particolari condizioni di lavoro	344,50 Euro anno
Fondo risultato	130,00 Euro anno
Integrazione aziendale complessiva fondo condizioni di lavoro e risultato	193,00 Euro anno
<b>TOTALE</b>	<b>667,50 Euro anno</b>

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

**TABELLA 2**

**CALCOLO VALORE INDENNITÀ DI VACANZA CONTRATTUALE**

**DIRIGENTI MEDICI - VETERINARI - SANITARI**

<b>Legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022), art. 1, co. 609</b>	
Dal 1° aprile al 30 giugno 2022, 0,30% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (10,45 Euro mese)	<b>33,95 Euro periodo (con rateo 13°)</b>
Dal 1° luglio al 31 dicembre 2022, 0,50% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (17,41 Euro mese)	<b>113,16 Euro periodo (con taro)</b>
<b>Legge n. 197/2022, art. 1, co. 337</b>	
Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023, 1,5% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (51,42 Euro mese)	<b>678,99 Euro anno (con 13°)</b>
<b>Legge 213/2023, art. 1, co. 28</b>	
Dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2025, 0,5% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 x 6,7 volte	
+ retribuz. tabell. suddetto 0,5% (valore complessivo = 134,06 Euro mese)	<b>1.742,78 Euro anno (con 13°)</b>
N. B.: I valori economici, sopra riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.	

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

stato attribuito al singolo e che – assieme alle voci precedenti – è legata ad accordi locali (regionali e/o aziendali). È importante quindi sapere che su questa parte dello stipendio non si può fare un calcolo preciso a livello nazionale, non solo dell'aumento mensile, ma anche degli arretrati. Per questi motivi,

non ci è possibile rispondere con correttezza alla domanda “quanto prenderò io di arretrati?”.

Inoltre precisiamo che le cifre riportate nelle tabelle sono al lordo e comprendono anche i contributi previdenziali. Non possiamo però sapere a quanto ammonti il netto, ma solo dare un'indica-

zione di massima, perché agli arretrati si applica una tassazione separata e cioè una aliquota IRPEF corrispondente alla metà del reddito complessivo netto del dirigente nel biennio anteriore all'anno in cui gli arretrati sono percepiti. Quindi, se si tratta di arretrati percepiti nel 2026, bisogna considerare il

**TABELLA 3**

**INCREMENTI MENSILI**

RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI (Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 23,27 Euro (col. 6) è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.1 Ccnl 2022-2024)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Incremento Tabellare CCNL	Incremento Tabellare Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Med. Veter. (Anno 2025)	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Chirurg.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	228,15 Euro	530,04 Euro	395,98 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	215,54 Euro	517,43 Euro	383,37 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	202,85 Euro	504,74 Euro	370,68 Euro
Respon. U.O.S.D.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	160,00 Euro	413,27 Euro	279,21 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	139,46 Euro	392,73 Euro	258,67 Euro
Altissima Profess. Dipart.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	160,00 Euro	413,27 Euro	279,21 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	139,46 Euro	392,73 Euro	258,67 Euro
Alta Specializzazione	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	103,00 Euro	356,73 Euro	222,67 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	87,15 Euro	340,42 Euro	206,36 Euro
Incarico iniziale	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	68,54 Euro	321,81 Euro	187,75 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

**TABELLA 4**

**INCREMENTI ANNUALI**

RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI (Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 302,51 Euro (col. 6) è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.1 Ccnl 2022-2024)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Incremento Tabellare CCNL	Incremento Tabellare Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Med. Veter. (Anno 2025)	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Chirurg.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51 Euro	2.965,95 Euro	6.890,52 Euro	5.147,74 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51 Euro	2.802,02 Euro	6.726,59 Euro	4.983,81 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51 Euro	2.637,05 Euro	6.561,62 Euro	4.816,84 Euro
Respon. U.O.S.D.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	2.080,00 Euro	5.372,51 Euro	3.629,73 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	1.812,98 Euro	5.105,49 Euro	3.362,71 Euro
Altissima Profess. Dipart.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	2.080,00 Euro	5.372,51 Euro	3.629,73 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	1.812,98 Euro	5.105,49 Euro	3.362,71 Euro
Alta Specializzazione	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	1.339,00 Euro	4.631,51 Euro	2.888,73 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	1.132,95 Euro	4.425,46 Euro	2.682,68 Euro
Incarico iniziale	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		302,51 Euro	891,02 Euro	4.183,53 Euro	2.440,75 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

reddito netto del professionista del 2024 e 2025 (compresa l'intramoenia), dividerlo per la metà ed applicare l'aliquota Irpef (compresa di eventuali addizionali regionali) prevista per quella cifra. Orientativamente la tassazione degli arretrati dovrebbe aggirarsi tra il 33 ed il 35%, ma si tratta di stime. Ulteriore precisazione è che la parte preponderante degli aumenti contrattuali

parte dal 1° gennaio 2024. Infatti – **per norma di legge e non per contratto** - negli anni 2022 e 2023 la percentuale di aumento è più bassa rispetto a quella del 2024 e **corrisponde esattamente all'indennità di vacanza contrattuale che è stata già percepita**. Nelle tabelle sono riportati gli aumenti al lordo e al netto di quella voce, cioè sottratta l'indennità di vacanza contrattuale

22/24. Tale voce dal cedolino del mese di marzo sparirà e la relativa cifra andrà a far parte dell'aumento mensile totale. Si ricorda, infine, che gli arretrati nelle tabelle sono calcolati al 31 dicembre 2025 e non comprendono la quota parte relativa ai mesi di gennaio, febbraio e marzo 2026, che si andrà ad aggiungere al totale degli arretrati indicati nelle tabelle.

**TABELLA 5**

**INCREMENTI MENSILI RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DIRIGENTI SANITARI**  
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 17,90 Euro (col. 6) è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.3 Ccnl 2022-2024)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Incrom. Tabellare CCNL	Incrom. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Sanitaria (Anno 2025)	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Dirigenza Sanitaria	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	17,90 Euro	215,54 Euro	512,06 Euro	378,00 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	17,90 Euro	202,85 Euro	499,37 Euro	345,21 Euro
Respon. U.O.S.D.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	160,00 Euro	407,90 Euro	273,84 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	139,46 Euro	387,36 Euro	253,30 Euro
Altissima Profess. Dipart.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	160,00 Euro	407,90 Euro	273,84 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	139,46 Euro	387,36 Euro	253,30 Euro
Alta Specializzazione	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	103,00 Euro	351,38 Euro	217,30 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	87,15 Euro	335,05 Euro	200,99 Euro
Incarico iniziale	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	68,54 Euro	316,44 Euro	182,38 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

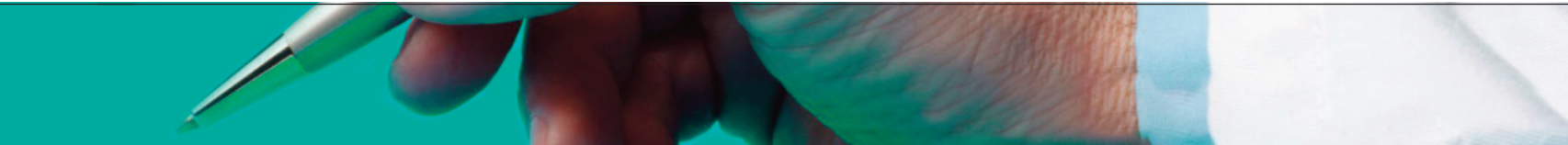
**TABELLA 6**

**INCREMENTI ANNUALE RETRIBUZIONE FONDAMENTALE DIRIGENTI SANITARI**  
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 232,70 Euro (col. 6) è a valere dal 01.01.2025 (art. 15, c.3 Ccnl 2022-2024)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Incrom. Tabellare CCNL	Incrom. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Sanitaria (Anno 2025)	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Medica	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	232,70 Euro	2.802,02 Euro	6.656,78 Euro	4.914,00 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	232,70 Euro	2.637,05 Euro	6.491,81 Euro	4.749,03 Euro
Respon. U.O.S.D.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	2.080,00 Euro	5.302,70 Euro	3.559,60 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.812,98 Euro	5.035,68 Euro	3.292,90 Euro
Altissima Profess. Dipart.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	2.080,00 Euro	5.302,70 Euro	3.559,60 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.812,98 Euro	5.035,68 Euro	3.292,90 Euro
Alta Specializzazione	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.339,00 Euro	4.561,70 Euro	2.818,92 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.132,95 Euro	4.355,65 Euro	2.612,87 Euro
Incarico iniziale	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	891,02 Euro	4.113,72 Euro	2.370,94 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024



**TABELLA 7**

**ARRETRATI  
RETRIBUZIONE  
FONDAMENTALE  
DIRIGENTI MEDICI  
E VETERINARI**

AL 31.12.2025  
(Al lordo oneri previd.  
evidenti in busta paga  
e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento  
del valore dell'indennità  
di specificità di 303,78  
Euro (col. 6) è a valere  
dal 01.01.2025  
(art. 15, c.3)

1	2	3	4	5	6	7	8
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale 2022 – 2025	Incrom. Tabellare CCNL 2022 + 2025	Incrom. Tabell. 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C. 2024 + 2025	Indennità Specificità Med. Veter. 2025	Incremento Retrib. Posiz. Parte fissa 2024 + 2025	TOT. ARRETRATI 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 4+5+6+7)
Dirett. U.O.C. Area Chirurgica	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro	1.264,12 Euro	303,78 Euro	5.931,90 Euro	9.994,24 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro	1.264,12 Euro	303,78 Euro	5.604,04 Euro	9.666,38 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro	1.264,12 Euro	303,78 Euro	5.274,10 Euro	9.336,44 Euro
Respon. U.O.S.D.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	4.120,00 Euro	6.918,22 Euro
Respon. U.O.S.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	3.626,00 Euro	6.424,22 Euro
Altissima Profess. Dipart.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	4.120,00 Euro	6.918,22 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	3.626,00 Euro	6.424,22 Euro
Alta Specializzazione	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	2.678,00 Euro	5.476,22 Euro
Incarico Studio, Consulenza, Ricerca	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	2.266,00 Euro	5.064,22 Euro
Incarico iniziale	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		303,78 Euro	1.782,00 Euro	4.580,22 Euro

**N. B.:** Al tot. degli arretrati della parte fondamentale della retribuz. degli anni 2024 e 2025, espressi nella col. 8, si aggiungono anche gli incrementi della retribuz. accessoria maturati negli stessi anni, che in valori medi pro capite sono complessivamente **1.335 Euro**. I valori individuali dipendono dagli accordi aziendali.

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

**TABELLA 8**

**ARRETRATI  
RETRIBUZIONE  
FONDAMENTALE  
DIRIGENTI SANITARI**

AL 31.12.2025  
(Al lordo oneri previd.  
evidenti in busta paga  
e IRPEF)

**N. B. 1:** L'aumento  
del valore dell'indennità  
di specificità di 232,97  
Euro (col. 6) è a valere  
dal 01.01.2025  
(art. 15, c.3)

1	2	3	4	5	6	7	8
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale 2022 – 2025	Incrom. Tabellare CCNL 2022 + 2025	Incrom. Tabell. 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C. 2024 + 2025	Indennità Specificità Sanitaria 2025	Incremento Retrib. Posiz. Parte fissa 2024 + 2025	TOT. ARRETRATI 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 4+5+6+7)
Dirett. U.O.C. Dirigenza Sanitaria	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro	1.264,12 Euro	232,97 Euro	5.604,04 Euro	9.595,51 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro	1.264,12 Euro	232,97 Euro	5.274,10 Euro	9.265,57 Euro
Respon. U.O.S.D.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	4.120,00 Euro	6.847,41 Euro
Respon. U.O.S.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	3.626,00 Euro	6.353,41 Euro
Altissima Profess. Dipart.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	4.120,00 Euro	6.847,41 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	3.626,00 Euro	6.353,41 Euro
Alta Specializzazione	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	2.678,00 Euro	5.405,41 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	2.266,00 Euro	4.993,41 Euro
Incarico iniziale	4.311,66 Euro	6.806,1 Euro	2.494,44 Euro		232,97 Euro	1.782,00 Euro	4.509,41 Euro

**N. B.:** Al tot. degli arretrati della parte fondamentale della retribuz. degli anni 2024 e 2025, espressi nella col. 8, si aggiungono anche gli incrementi della retribuz. accessoria maturati negli stessi anni, che in valori medi pro capite sono complessivamente **1.335 Euro**. I valori individuali dipendono dagli accordi aziendali.

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anaao su dati ARAN Ccnl 2022-2024

# FAQ

Se hai bisogno di aiuto per chiarire le cifre e le novità del Ccnl 2022-2024, qui trovi le risposte!

## Ccnl 2022-2024

### ANZIANITÀ

**D.** Come è stata modificata la disciplina dell'anzianità per il conferimento degli incarichi?

**R.** L'articolo 7 del Ccnl 2021-2024 modificando l'articolo 22, co. 5 del Ccnl 2019-2021 ha eliminato il riferimento alla disciplina relativa all'incarico da conferire, sicché ora sarà nel computo degli anni ai fini del conferimento degli incarichi sarà sufficiente aver maturato un'anzianità di servizio in qualità di dirigente del Ssn, a prescindere dalla disciplina di inquadramento.

### ARRETRATI

**D.** Da che periodo partono globalmente gli arretrati?

**R.** Gli incrementi applicabili hanno decorrenza dal 1/1/2024.

**D.** Quando dovrebbero arrivare gli arretrati in busta paga e l'aumento di stipendio?

**R.** In media 1 o 2 mesi dopo la firma definitiva del contratto, che è avvenuta il 27 febbraio 2026.

**D.** In merito agli arretrati vorrei sapere se si ha idea di quando potrebbero essere erogati.

**Inoltre ho un dubbio. Dirigente medico con 6 anni di contratto in quale categoria si configura nella tabella?**

**R.** La corresponsione degli arretrati mediamente avviene uno o due mesi dopo la firma definitiva del contratto avvenuta il 27 febbraio 2026. La fascia di un dirigente con 6 anni di anzianità dovrebbe situarsi nella fascia d'incarico "Consulenza studio e ricerca" della tabella pubblicata a pagina 7.

**D.** Essendo andata in pensione il 1/03/2024, volevo sapere se si terrà conto, per il calcolo degli arretrati, solo dei 2 mesi di servizio?

**R.** Sì. Il Ccnl 2022-2024 prevede l'incremento delle seguenti voci retributive:

- un incremento progressivo della retribuzione tabellare, a partire da gennaio 2022, ma tale incremento per il 2022 e 2023 è stato già corrisposto nel corso dei rispettivi anni di competenza;
- retribuzione di posizione, a decorrere dal 1/1/2024;
- indennità di specificità medica, a decorrere dal 1/1/2025;
- indennità di incarico di struttura complessa, a decorrere dal 1/1/2024.

Dunque, tenuto conto della data di collocamento in quiescenza, lei ha diritto a percepire gli arretrati contrattuali per il periodo da marzo a dicembre 2024, i quali verranno corrisposti autonomamente dall'ex datore di lavoro.

**D.** Potrei sapere, rispetto ai 6.500 euro di arretrati medi, quanto effettivamente si può ipotizzare al netto, visto che è quello che entra in tasca alla fine? È credibile che sia meno della metà?

**R.** Gli arretrati sono sottoposti a una tassazione che è l'aliquota media (e quindi non la massima) cui sono stati sottoposti i redditi dell'annualità precedente. Tale aliquota dipende dall'entità dei redditi percepiti, ma con buona probabilità si può dire che il netto degli arretrati dovrebbe essere almeno il 60% del lordo, più probabilmente qualcosa in più.

**D.** Mi sembra ingiusto e deludente, sempre che abbia ben inteso, che per il 2022 e il 2023 non siano stati concordati arretrati salvo le misere indennità di vacanza contrattuale.

**R.** Purtroppo questo dipende dallo stanziamento delle risorse da parte del Governo in rapporto al triennio. Nell'ultimo rinnovo, il grosso delle risorse è stato stanziato a far data dall'1/1/24.

**D.** Sono un dirigente sanitario pensionato dal 31.12.2023. Cosa devo fare per richiedere l'adeguamento della rata pensionistica e del TFS?

**R.** La giurisprudenza riconosce il diritto all'adeguamento della pensione in base agli aumenti retributivi previsti nel rinnovo del Ccnl. La procedura di riliquidazione, tuttavia non è immediata e richiede tempo, perché richiede un'interazione amministrativa tra l'Azienda sanitaria di appartenenza e l'Inps. L'ente ex datore di lavoro del pensionato pubblico deve infatti comunicare l'adeguamento economico spettante al pensionato (compresa la pratica Ultimo Miglio Pensione ai fini del TFS) all'Inps, che successivamente ricalcola la pensione e TFS e liquida i nuovi importi con gli arretrati a partire dalla decorrenza dell'adeguamento spettante. A fronte di tale procedura, il lavoratore interessato non è tenuto ad effettuare alcuna istanza, può tuttavia sollecitare anche al fine di interrompere il termine prescizionale.

### CLAUSOLA DI GARANZIA (articolo 17)

**D.** Sono biologa dirigente assunta dal 2011, dal prossimo anno entrerei nella categoria 1. anzianità uguale o superiore a 15 anni e inferiore a 20 anni. In base al contratto che si andrebbe a ufficializzare a breve avrei diritto a euro 7.600 di aumento o, visto che non è detto che la firma arrivi per il 1° gennaio 2026, rimango con l'importo di 6600 euro?

**R.** Il tuo quesito si riferisce alla "Clausola di garanzia", somma dovuta qualora - in presenza di una determinata anzianità di servizio e di valutazioni positive - al dirigente al quale non sia già stato attribuito un incarico di valore uguale o superiore al valore della clausola stessa (cifra lorda annua).

A prescindere dalla firma, la decorrenza del beneficio è quella del compimento dell'anzianità, a patto che la valutazione (da effettuarsi entro tre mesi dal compimento dell'anzianità) sia positiva. Tu dovresti avere adesso in godimento (se non ti è stato dato alcun incarico, cosa che sarebbe un po' singolare, ma che non può essere esclusa) una clausola di garanzia pari a euro 5.665,00 lordi annui, che - al verificarsi delle suddette condizioni - passerebbe ad euro 7.600,00 con un incremento lordo annuo di euro 1.935,00

**D.** Sono un Biologo. L'incremento dell'importo della clausola di garanzia verrà conteggiato dal 2022 o dal 2024?

**R.** La decorrenza prevista per l'applicazione della nuova clausola di garanzia di cui all'art. 17 del Ccnl 2022-2024, è il 1° gennaio 2024.

**D.** Sono un dirigente medico di II livello con 23 anni di servizio. Desidero sapere se al compimento di 20 anni vi è un aumento dello stipendio così come è successo a 5 e poi a 15. Ad oggi non ho ricevuto nulla. Il nuovo contratto prevede qualcosa?

**R.** I dirigenti medici di II livello sono una categoria ad esaurimento, ma per loro non era previsto un aumento stipendiale alle scansioni temporali da te indicate. Gli aumenti cui probabilmente tu ti riferisci sono le "clausole di garanzia" (5 - 15 e 20 anni di anzianità di servizio - Ccnl 19/21), riguardano i dirigenti di I livello e sono rimaste immutate. Se però alle scadenze indicate un dirigente ha già un incarico di valore superiore alla clausola di garanzia (che a 20 anni è di 7.900 euro lordi annui) non vi è alcun aumento.

#### **FERIE (Articolo 9)**

**D.** Il comma 9 e 10 dell'articolo 9 (riguardante le ferie) appare non prendere assolutamente in considerazione lo stato reale della "situazione ferie" di molti dirigenti medici con un residuo di 150-250 giorni di ferie non godute. Con 15 gg di "ferie estive" e altre nell'anno, sempre fatte salve le esigenze di servizio, quando potranno essere esaurite e/o smaltite in tempi "umani"? Se le ferie sono un diritto irrinunciabile e peraltro "costituzionale" doveva essere previsto un algoritmo indipendente dalle "esigenze di servizio" (o qualcos'altro) altrimenti in pratica si mettono le fondamenta per una caterva di ricorsi giudiziari (peraltro già in essere in ASL come la mia)?

**R.** Le ferie sono un diritto/dovere garantito dalla Costituzione. Nell'articolo 9 del Ccnl 2022-2024 è stata ribadita la responsabilità dell'Azienda e del dirigente sovraordinato che devono garantirne l'effettiva fruizione. Il dirigente ha il diritto/dovere di chiederne la fruizione ed è responsabilità dei dirigenti sovraordinati motivare la mancata autorizzazione. Anche in questo caso - oltre ai contenziosi giudiziari - il dirigente che vede leso un suo diritto può effettuare un esposto alla direzione provinciale del lavoro. Il nostro sindacato prevede a tal proposito per gli iscritti servizi di supporto e tutela legale.

#### **PREAVVISO (Articolo 20)**

**D.** A breve darò le dimissioni. Col nuovo Ccnl potrei utilizzare i giorni di ferie all'interno del periodo di preavviso di tre mesi?

**R.** L'articolo 20, c. 6 Ccnl 2022-2024 ha introdotto la possibilità di fruizione delle ferie anche durante il periodo di preavviso.

#### **RICOSTITUZIONE RAPPORTO (articolo 6)**

**D.** Cosa si intende per ricostituzione del rapporto di lavoro?

**R.** Per la ricostituzione del rapporto trova applicazione la nuova disposizione contenuta nel recente CCNL 27.2.2026 - Area Sanità. Nello specifico, l'art. 6 del CCNL 27.2.2026, prevede che "Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro, per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere entro cinque anni dalla data di cessazione la ricostituzione dello stesso". La ricostituzione può avvenire presso qualsiasi amministrazione presso cui si sono rassegnate le dimissioni, anche se a seguito di queste vi è stata riassunzione presso altra azienda.

In altri termini, la domanda di ricostituzione del rapporto può essere presentata a qualsiasi azienda sanitaria presso cui si è svolto un rapporto a tempo indeterminato che è venuto a cessare per dimissioni volontarie del dirigente, e non solo presso l'ultima amministrazione con cui si è lavorato, come era previsto nella precedente disciplina contrattuale.

Non sono cambiate, invece, le condizioni per l'accoglimento della domanda di ricostituzione che resta subordinata "alla disponibilità del corrispondente posto nel piano triennale dei fabbisogni dell'Azienda o Ente ed al mantenimento del possesso dei requisiti generali per l'assunzione da parte del richiedente nonché agli accertamenti sanitari previsti dalla normativa vigente" (v. art. 6, co. 4, CCNL 27.2.2026).

**D.** In merito all'articolo on line riguardo alle nuove tutele del Ccnl, viene specificato che la ricostituzione del rapporto di lavoro può essere richiesta anche a un'azienda diversa da quella nella quale si è prestato servizio, vorrei avere qualche approfondimento normativo in merito, dato che nel testo del Ccnl articolo 26 non trovo riferimento a questo.

**R.** Il nuovo Art. 6 recita testualmente: *Ricostituzione del rapporto di lavoro 1. Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro, per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere entro cinque anni dalla data di cessazione la ricostituzione dello stesso.* Dal testo è stata tolta la frase "all'ultima Azienda o Ente con la quale è stato instaurato il rapporto di lavoro" che era presente nel Ccnl 19/21.

#### **TRATTAMENTO ECONOMICO**

**D.** Il servizio di pronta disponibilità non viene sostanzialmente modificato né nella retribuzione né nella regolamentazione, nonostante i numerosi contenziosi in essere nelle singole ASL riguardo le tempistiche del "successivo riposo" previsto? Cosa è previsto per la pronta disponibilità e per quanti che loro malgrado sono "costretti" ad effettuarla?

**R.** La possibilità di aumento dell'indennità di pronta disponibilità - se il fondo del disagio è capiente - è già previsto dal contratto 19/21 e nel contratto firmato il 18 novembre tale fondo è stato incrementato a partire dall'1/1/2024 di un importo pro capite annuo di euro 344,50.

A questa cifra andranno aggiunte le risorse assegnate a livello regionale (e mediantemente confronto sindacale a tale livello) relativamente al comma 435 (comma Gelli), eventualmente parte delle risorse relative al 435 bis (comma Speranza) e infine in tutto o in parte le risorse previste dal comma 4 dell'art. 19 della preintesa (euro 193,00 per ogni unità di personale in servizio al 31/1/2021. Con tali risorse quindi, si può aumentare a livello aziendale l'indennità in questione. Per quanto riguarda il "successivo riposo" trattasi di materia in gran parte normata dal DL 66/2003 e per la parte relativa al contratto nulla è stato cambiato, ferma restando la necessità - già prevista nel Ccnl - di definire le modalità di riposo in un regolamento aziendale ad hoc che è obbligatorio. Qualora non ci fosse, ovviamente potrebbe essere avviato un contenzioso (come pare già in atto nella regione) e nel caso vi siano accertate e dimostrabili violazioni del DL 66/2003 si possono effettuare anche esposti alla Direzione del Lavoro competente per sede

**D.** La voce 1502 indennità lavoro festivo ad ore, di 2,55. A cosa si riferisce? Perché dal cedolino di settembre 2024 non esiste più?

**R.** Si tratta di un'indennità oraria che viene percepita in caso di esecuzione di lavoro festivo al di fuori dei turni di guardia festivi, in quanto in quel caso tale indennità non spetta ed è riassorbita dall'indennità di guardia. Alla seconda domanda dovrebbe rispondere la tua azienda.

**D.** Sono un dirigente medico di I livello con 6 anni di anzianità di servizio e lavoro in Pronto Soccorso e vi pongo alcune domande.

1) Ho consultato le tabelle pubblicate sul vostro sito e, se ho capito bene, do-

Segue a pagina 12



## Piano sulla salute mentale

# Coinvolgere i medici e i dirigenti sanitari: il monito dal Convegno nazionale Anaaao Assomed

**L'iniziativa** Anaaao Assomed "Il ruolo della dirigenza medica e sanitaria per l'innovazione e lo sviluppo in salute mentale", a soli due giorni dalla pubblicazione del Piano Azione Nazionale Salute Mentale (Pansm 2025-2030) in Gazzetta Ufficiale, n. 28, Serie Generale del 4 febbraio 2026



**GIANFRANCO RIVELLINI**  
Commissione Nazionale Psichiatria Anaaao Assomed

**Coinvolgere** i medici e i dirigenti sanitari nel Piano sulla salute mentale.

Questo il monito dal Convegno nazionale "Il ruolo della dirigenza medica e sanitaria per l'innovazione e lo sviluppo in salute mentale" promosso dal Segretario Nazionale di Anaaao Assomed che, aprendo i lavori, ha voluto rimarcare la necessità di un ruolo proattivo dell'organizzazione nel favorire un confronto stabile con le istituzioni preposte alla realizzazione del Pansm, Ministero Salute, Agenas, Regioni ed Aziende Sani-

tarie. È stato inoltre evidenziato il significato politico di proporre in agenda, finalmente, la centralità della Salute Mentale, quale pilastro della sanità pubblica, con la relativa dote di finanziamento dedicato, previsto nella legge di bilancio, pari a 285 milioni fino al 2029, di cui 30 milioni per assumere personale, a regime anche dopo il 2029.

Il Convegno ha visto la partecipazione qualificata dei principali protagonisti che hanno collaborato alla stesura del Pansm, nell'ambito del tavolo tecnico per la Salute Mentale del Ministero Salute, come pure nell'ambito del gruppo tecnico della Salute Mentale della Conferenza delle Regioni e P.A.

Ne è scaturito un dibattito sulla volontà comune di una leale e trasparente collaborazione, tra istituzioni statali, preposte al monitoraggio ed alla verifica delle aree strategiche del Pansm, e le istituzioni regionali, preposte alla messa a terra del piano nazionale, mediante i necessari atti organizzativi e di spesa delle risorse assegnate. I termini del confronto Stato - Regioni sono venuti a

delinearsi con l'intervento del Prof. Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione e delle politiche in favore del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute che, nel ribadire la strategicità delle politiche volte al rilancio della Salute Mentale, ha evidenziato la necessità di condividere i criteri di confronto costante con le Regioni e P.A. sulla ripartizione delle risorse dedicate al Pansm, anche considerate le significative differenze sul territorio nazionale dei livelli di spesa, di organizzazione e di performance nell'ambito della Salute Mentale. Differenze che sono state oggetto di interventi qualificati da parte di Agenas, in particolare sui livelli di personale presente nei Dsm, aggiornati al 2024, tuttora in vistosa contrazione per la sola dirigenza medica (psichiatri) come pure rispetto al documento, recante "Standard per l'assistenza territoriale dei Servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Salute in carcere", in allegato all'Accordo Stato-Regioni e P.A. del 21 Dicembre 2022.

Sono inoltre stati forniti dati preziosi dai dirigenti del Ministero della Salute, sia relativi alle performance dei Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm) su base nazionale e regionale, dopo il Covid, tratti dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (Sism), sia rispetto al Nuovo Sistema di Garanzie (Nsg), relativamente ai LEA in ambito Salute Mentale. Infine, la sezione congressuale dedicata alla tutela della Salute Mentale dei pazienti autori di reato ha evidenziato una vistosa carenza di dati di flusso e di indicatori di performance, in mancanza dei quali non risulta valutabile né la ren-



dicontazione delle prestazioni erogate, né l'impatto economico a carico della spesa sanitaria in Salute Mentale, dati imprescindibili per indirizzare in modo efficace ed appropriato gli investimenti nel settore della tutela Salute Mentale, dedicata alle persone in esecuzione penale.

Quali indicazioni lascia il convegno? Il Pansm ha prefigurato linee di indirizzo condivisibili ed ambiziose, per realizzare le quali è indispensabile il coinvolgimento della dirigenza medica, sanitaria e delle loro organizzazioni rappresentative.

Il confronto è necessario che sia costante sul piano nazionale, regionale ed aziendale, anche prevedendo la condivisione informativa dei dati di organizzazione e di personale. Sul piano nazionale è necessario sollecitare il Ministero Economia e Finanze (Mef) a sbloccare la partita degli standard strutturali e di

personale di cui all'allegato Agenas dell'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2022. Ciò coinvolge il tema generale della Sanità Pubblica rispetto al superamento dei vincoli di cui all'art. 23, c. 2, del D.lgs. 75/2017 e all'art. 1, c. 124, della L. 207/2024. Si veda al riguardo il Documento di proposte per il personale del comparto e della dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale (05 febbraio 2026 - 26/10/CR08BIS/CI), condiviso con le organizzazioni sindacali. L'adeguamento agli standard di personale in Salute Mentale è imprescindibile, se si considera che il riferimento generale, ancora vigente, risale al DPR 1.11.99 – prima della modifica del Titolo V. Il Pansm traccia linee programmatiche che hanno l'ambizione di indicare traiettorie innovative di tutela della Salute Mentale, in un quadro di superamento delle disuguaglianze interregionali, pure nel rispetto delle speci-

fità organizzative di cui sono depositarie le Regioni. Queste sono destinatarie di risorse fresche ed a vincolo di utilizzo che vanno impiegate celermente e con la condivisione delle priorità, in un clima di confronto costruttivo con la dirigenza medica e sanitaria. Il confronto con le Regioni ed a cascata nelle Aziende sanitarie può consentire di rimodulare/riorganizzare l'offerta a fronte della domanda di cura, resa esponenziale dagli effetti della pandemia e della crisi economica e sociale.

I dati del Sism relativi al 2023 riportano sul territorio nazionale n. 315 Servizi di Diagnosi e Cura (Spdc) negli ospedali pubblici, dedicati alla gestione delle acuzie e per l'esecuzione dei TSO. La carenza di personale in queste strutture è un dato acquisito ed è correlato sia a sottovalutazione del rischio clinico (contenziosi giudiziari) sia ad eventi aggressivi nei confronti del personale sanitario, in costante aumento. Urge, dal punto di vista dell'interesse dei pazienti e dell'interesse dei medici in servizio, un progressivo allineamento degli standard strutturali necessari, come indicati da Agenas, che prevedono una significativa riduzione del numero di Spdc sul territorio nazionale, anche a vantaggio di una loro riqualificazione strutturale-architettonica, argomento trattato dal Pansm in tema di rischio clinico. Pur tenendo in debito conto le specificità di singoli territori regionali e/o cittadini, il tendere a questo standard consentirebbe una redistribuzione efficace delle dotazioni organiche necessarie e sufficienti per garantire maggiore sicurezza delle cure dei pazienti e maggiore sicurezza degli operatori, anche con il superamento dell'istituto della Pronta Disponibilità a favore della guardia attiva notturna e festiva. Consente inoltre di provvedere mediante nuove assunzioni (si veda <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/piano-nazionale-salute-mentale-anaao-necessario-un-serrato-confronto-su-finanziamento-e-personale>) al reintegro delle dotazioni organiche dei Centri di Salute Mentale che restano il perno per garantire le linee di sviluppo del Pansm 2025-2030, nell'ottica di integrare con gradualità visioni, pratiche cliniche, competenze e risorse. Integrazione quale fattore strategico di promozione e di tutela della salute mentale individuale durante il ciclo della vita, dunque volano di salute pubblica e di inclusione sociale.



Link all'articolo su [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

# Che fine ha fatto il personale delle strutture accreditate?



**FABIO FLORIANELLO**  
Responsabile Sanità Privata Accreditata Anaa Assomed



**SIMONA PIEMONTESE**  
Segretaria Aziendale Anaa Assomed Irccs Ospedale San Raffaele Milano

Con il disegno di legge delega in materia di professioni sanitarie e responsabilità professionale sembra iniziare quella revisione del Ssn da tempo attesa. In particolare, a proposito delle professioni sanitarie, grande interesse hanno riscosso le parole del Ministro della Salute, Orazio Schillaci: *il rilancio della sanità pubblica passa dalla valorizzazione dei professionisti sanitari ovvero dal Capitale umano che rappresenta la parte migliore del Ssn*. Parole che riaffermano una volta di più l'indispensabile centralità del personale del Ssn e che dovrebbero essere di auspicio per un provvedimento volto a sanare le tante e difficilmente giustificabili disomogeneità tra il personale delle strutture pubbliche e del privato accreditato. Ma ad oggi continuano a non trovare concreta risoluzione.

Innanzitutto, occorre ricordare che il privato accreditato fa parte del Ssn e le disposizioni contenute nel ddl in fase di formulazione producono effetti anche sul personale del settore privato accreditato che, pur non menzionato, garantisce una quota significativa dei servizi erogati nel perimetro del Ssn. In effetti i medici, come tutto il restante personale sanitario dell'accreditato, operano in un contesto ibrido, privato nella gestione e pubblico nella funzione. Qualsiasi riforma del personale sanitario non può pertanto scotomizzare il ruolo e la funzione di sistema del personale sanitario che opera nel privato accreditato e deve avere come fine quello di garantirgli strumenti equivalenti.

Non si tratta di una mera questione redistributiva o contrattuale, ma di una questione strategica perché non riguarda soltanto "quanto" il sistema produce oggi, ma "come" sarà in grado di funzionare domani. Purtroppo, in materia di personale il ddl è costruito unicamente sulla fisionomia organizzativa del

pilastro pubblico del Ssn (Asl, Aziende ospedaliere, Irccs pubblici). Il privato accreditato non viene esplicitamente considerato nei processi di governance del sistema, nei meccanismi di rappresentanza istituzionale del personale e nelle modalità di partecipazione alle politiche di settore, nonostante ne sia parte integrante in quanto eroga Lea, opera all'interno della programmazione regionale ed è finanziato tramite il Fondo Sanitario Nazionale.

Tutto questo si riverbera sulla componente professionale in evidente disallineamento rispetto alle parole del Ministro ed evidenzia una problematica discrepanza tra la realtà del sistema e la sua rappresentazione normativa: medesimi obblighi, medesime funzioni e responsabilità del restante personale del Ssn, ma tutele e diritti di rappresentanza minori, inquadramenti professionali privi di criteri uniformi e obsoleti, trattamenti economici di gran lunga inferiori.

In sintesi, una minore dignità istituzionale pur nell'ambito dello stesso Ssn.

Come dire responsabilità (giustamente) certe, a fronte di riconoscimenti inesistenti perché delegati ad attori esterni all'ambito istituzionale.

È dunque il momento di prendere una decisione: continuare a ignorare anche formalmente il personale sanitario del privato accreditato e lasciarlo in balia di una deriva opportunistica oppure includerlo nella programmazione operativa del Ssn per un adeguato governo del sistema? L'auspicio è pertanto di un'accorta correzione del Ddl in corso d'opera.

# FAQ

## Ccnl 2022-2024

Segue da pagina 9

vrei aspettarmi di ricevere 4166,95 € lordi di arretrati.

In realtà la cifra dovrebbe essere leggermente superiore: euro 4.236,76 (tabella n.7 vedi pagina....)

2) **Quello che non ho capito è se questa cifra includa anche le indennità di vacanza contrattuale 2022-2025 (che però dovrebbero di per sé ammontare, sempre se ho compreso correttamente, a 4311,66 €) o se queste siano da sommare.**

La suddetta cifra è al netto (cioè non comprende) l'indennità di vacanza contrattuale il cui ammontare è quello riportato - alle relative scadenze temporali - nella tabella n.2 (vedi pagina...). L'indennità di vacanza contrattuale è già stata percepita alle relative scadenze temporali riportate nella suddetta tabella e quindi non si somma agli arretrati.

3) **Ho poi letto in basso sotto la tabella che agli arretrati vanno aggiunti anche gli incrementi della retribuzione accessoria maturati negli stessi anni (circa 1.377 euro)**

Esatto: la stima però è grossolana perché dipende dalla struttura e dall'azienda dove uno lavora. Nel tuo caso specifico, lavorando in pronto soccorso, il trattamento accessorio comprende l'indennità di pronto soccorso ed i certificati Inail, per cui è probabile che la cifra sia superiore, ma - come già detto - questo dipende dalla situazione e dagli accordi integrativi locali.

4) **Nel mio caso specifico, qual è il calcolo che devo fare per sapere quali arretrati attendermi complessivamente (sia lordi che, almeno orientativamente, netti)?**

Gli arretrati lordi più sicuri sono quelli della tabella 7, gli altri - non conoscendo gli accordi locali - non siamo in grado di calcolarli. Gli arretrati sono tassati all'aliquota media dell'anno precedente (il dato lo dovresti trovare in busta paga). In genere la tassazione si aggira tra il 33 e il 37% a seconda di quanto si è guadagnato (trattamento fondamentale ed accessorio, produttività aggiuntiva etc..) nell'anno precedente (2024).

Sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it) sono disponibili gli aggiornamenti delle faq.

La rarissima ma potenzialmente grave complicanza associata alla somministrazione di vaccino anti-Covid-19 basato su vettori adenovirali

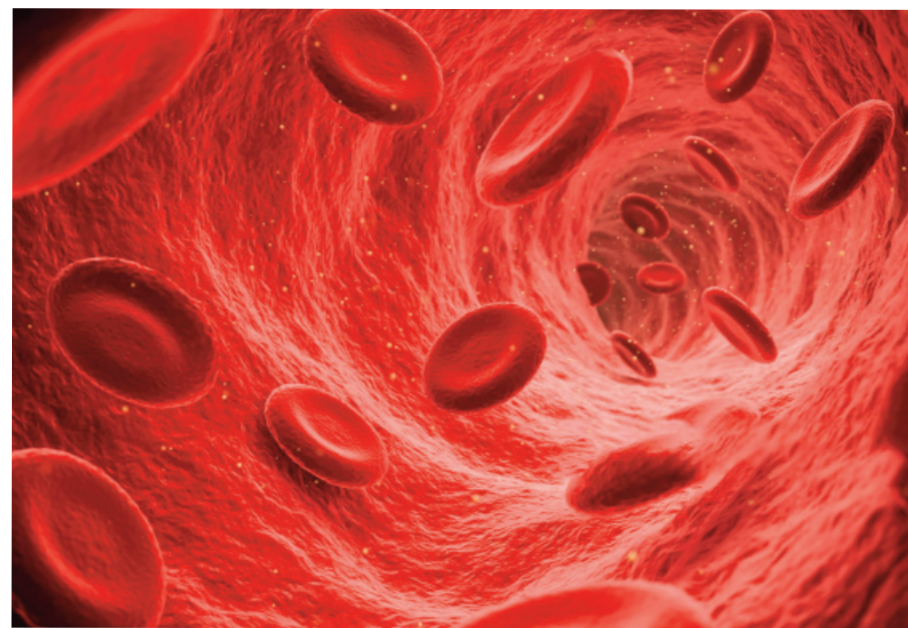
# Svelato il meccanismo molecolare alla base della VITT

Il termine **VITT** (vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis, o trombocitopenia e trombosi immunitaria indotta da vaccino), è stato coniato in seguito all'osservazione di una rarissima ma potenzialmente grave complicanza in persone che avevano ricevuto un vaccino contro il COVID-19, quasi esclusivamente a carico delle formulazioni vaccinali basate su adenovirus. È una sindrome caratterizzata da trombosi atipiche e sanguinamenti incontrollabili che, sebbene rara - **circa 1 persona su 200mila** vaccinati con il vaccino di Johnson & Johnson negli Stati Uniti e in **circa 3 su 100mila** con quello di AstraZeneca nel Regno Unito, entrambi basati su vettori a base di adenovirus - portò diversi paesi europei e gli Stati Uniti a limitare l'uso dei vaccini basati su adenovirus o a sospenderlo del tutto.

**Già nel 2021** i ricercatori avevano osservato che la maggior parte dei pazienti con VITT presentano anticorpi che si legano fortemente ad una proteina umana coinvolta nella coagulazione, detta **platelet factor 4 (PF4)**. Il legame tra anticorpi e PF4 forma complessi che attivano le piastrine, inducendole a rilasciare ulteriore PF4 e avviando una pericolosa reazione a catena che porta alla formazione di trombi. Contemporaneamente, il consumo massiccio di piastrine provoca trombocitopenia e gravi emorragie.

**Dopo anni di studio**, una collaborazione che ha impegnato canadesi, tedeschi e australiani guidata da Andreas Greinacher ha portato alla pubblicazione di un articolo su *The New England Journal of Medicine* (1), che chiarisce come mai i pazienti che sviluppano VITT presentano questi anticorpi che innescano il meccanismo alla base della grave patologia. Gli scienziati hanno dimostrato che **una proteina dell'adenovirus, pVII, può innescare la produzione di anticorpi anti PF4**. Per la maggior parte delle persone questa risposta è innocua. Tuttavia, in una **piccolissima percentuale** di individui con una particolare predisposizione genetica e una specifica mutazione nelle cellule B questo fenomeno porta alle gravi manifestazioni della VITT.

Attraverso la spettrometria di massa, i ricercatori hanno analizzato gli anticor-



MARIA ROSARIA CAPOBIANCHI

pi anti-PF4 di 21 pazienti con VITT. Tutti presentavano una caratteristica comune: la presenza di un allele della catena leggera degli anticorpi (IGLV3-21\*02 or \*03) che, in posizione 31, presenta un amminoacido carico negativamente (acido glutammico o acido aspartico), al posto della lisina normalmente prevista, che ha carica positiva. Inoltre, tutti i pazienti possedevano varianti genetiche che già includevano un amminoacido negativo anche in posizione 50. Questa doppia carica negativa rende gli anticorpi fortemente attratti dal PF4, che è caricato positivamente. Ulteriori analisi hanno permesso di mappare in un frammento di 15 amminoacidi la porzione di proteina virale pVII che induce questi particolari anticorpi fortemente cross-reattivi contro PF4.

**Esperimenti su modelli murini** hanno confermato il **ruolo cruciale della mutazione in posizione 31 della catena leggera degli anticorpi**: versioni "corrette" degli anticorpi, con lisina in questa posizione, mostravano una capacità molto inferiore di legarsi al PF4 e gli eventi trombotici associati erano meno frequenti.

**Gli adenovirus** sono un gruppo di virus molto comuni, che causano raffreddore e altre manifestazioni non solo a carico dell'apparato respiratorio. L'ipotesi conclusiva che deriva da queste evidenze è che le cellule B produttrici di anticorpi contro la proteina virale pVII, presenti

nei pazienti precedentemente esposti all'infezione da adenovirus, siano riattivate dalla stimolazione con vaccino a base adenovirale. I soggetti che presentano la mutazione identificata nello studio producono anticorpi "deviati" capaci di legare fortemente la proteina PF4. Questo legame, a sua volta, innescava la cascata di eventi che genera la VITT. Le evidenze riportate nello studio hanno implicazioni importanti per il futuro dei vaccini a vettore adenovirale. Nessuno dei vaccini in questione è più in uso, ma i vettori adenovirali restano tuttora fondamentali, soprattutto per malattie emergenti o con scarso ritorno economico. Infatti, essi sono alla base di piattaforme vaccinali in corso di sviluppo contro influenza, malaria, meningite, tubercolosi, Ebola, Nipah e altri virus emergenti. Le nuove conoscenze non solo chiariscono come si sviluppa la VITT, ma offrono anche una strada per **ottimizzare i vaccini adenovirali futuri**, modificando la componente virale (in particolare la proteina pVII) per evitare queste rare reazioni, pur mantenendo l'efficacia protettiva.

**La vicenda della VITT** rappresenta un esempio di come la farmacovigilanza, la collaborazione internazionale e la ricerca di base possano chiarire eventi avversi rari ma gravi, migliorando la sicurezza delle tecnologie vaccinali senza metterne in discussione il valore complessivo per la salute pubblica.

## Bibliografia

Wang JJ, Schönborn L, Warkentin TE, Müller L, Thiele T, Ulm L, Völker U, Ameling S, Franzenburg S, Kaderali L, Tzvetkova A, Colella A, Chataway T, Tan CW, Armour B, Troelnikov A, Rutten L, McCluskey J, Zahn R, Gordon TP, Greinacher A.

**Adenoviral Inciting Antigen and Somatic Hypermutation in VITT.**

*N Engl J Med.* 2026 Feb 12;394(7):669-683.

doi:

10.1056/NEJMoa2514824.

## Attesa in Pronto Soccorso

# Per molti, ma non per tutti

**I dati del sovraffollamento dei Pronto Soccorso variano molto tra ospedale e ospedale, suggerendo che esistono strategie per ridurre l'attesa e rendere più attrattivo il lavoro nell'emergenza/urgenza. L'Anaa Piemonte ha analizzato i casi virtuosi prendendo a riferimento il periodo 24 dicembre 2025-6 gennaio 2026**

**Anche durante** le festività natalizie i Pronto Soccorso piemontesi hanno vissuto condizioni di sovraffollamento e boarding inaccettabili, con pazienti bloccati per giorni in spazi inadeguati, nonostante l'impegno straordinario del personale. Tuttavia, in questo quadro oramai noto, emergono alcune realtà virtuose.

Abbiamo estrapolato dai dati Regionali disponibili (incompleti alla fonte), la media dei pazienti in PS e in attesa di ricovero di alcuni ospedali del Piemonte, nei giorni che vanno dal 24 dicembre 2025 fino all'Epifania, 6 gennaio 2026.



**ROBERTA MARINO**

Segretaria Aziendale Anaa Assomed ASL VC

**Già dai numeri assoluti**, si notano ad occhio grossolane differenze tra presidi (Tabella 1).

Ipotizzando un ipotetico "coefficiente boarding" ovvero il rapporto in percentuale tra i pazienti in attesa di ricovero in relazione a quelli da ricoverare, la differenza è molto evidente (Tabella 2). Gli ospedali di Ciriè, Vercelli, Verduno e AO Cuneo, nonostante abbiano un numero discretamente elevato di pazienti presenti in PS, dichiarano un boarding relativamente basso e un indice boarding non oltre il 22%.

**Questo significa** che i pazienti attendono meno per essere ricoverati, ma anche che il personale sanitario dell'Emergenza Urgenza non deve occuparsi della gestione clinica di pazienti che nulla più hanno di urgente, ma che necessitano invece di cure in reparti di degenza.

Questi dati, seppur aneddotici perché raccolti "one shot" e senza uno studio metodologico scientificamente rigoroso (anche per indisponibilità di dati completi) ci dicono che in alcune realtà pie-



**CHIARA RIVETTI**

Segretaria Regionale Anaa Assomed Piemonte



montesi si è riusciti a contenere il boarding.

Questo ha ricadute a più livelli: ovviamente sui pazienti, che attendono meno in barella in DEA prima di essere ricoverati, ma anche sul personale sanitario dell'emergenza urgenza, che non deve in questi ospedali occuparsi anche di ciò che non gli compete, ovvero la gestione clinica quotidiana di pazienti che nulla più hanno di emergente o urgente ma che necessitano di cure ospedaliere in reparti di degenza ordinaria. La conseguenza più evidente è che in questo modo si rende disponibile più personale per garantire quella che è la vera mission della MEU, cioè la gestione delle emergenze e urgenze che arrivano in DEA/PS dal territorio, la stabilizzazione di pazienti critici e il loro inquadramento diagnostico, l'esclusione di patologie potenzialmente urgenti o emergenti in quei pazienti che arrivano in DEA con problematiche minori.

Se quindi è implicito il miglioramento

dei tempi di attesa e di processo in quei DEA che non devono occuparsi del boarding, meno diretto è il collegamento tra la necessità di gestire il boarding e l'emorragia di medici strutturati, che continuano a lasciare in gran numero gli organici dei DEA e dei PS piemontesi. È interessante rilevare che negli stessi PS in cui il boarding non è un problema, anche la carenza di personale è sempre meno un problema.

Non è probabilmente un caso che tutte le realtà con minor indice di boarding siano in controtendenza anche per quanto riguarda la carenza di personale: la letteratura scientifica recente suggerisce che il boarding abbia una correlazione con il burnout e addirittura con il moral injury che colpisce i medici d'emergenza.

**Ma come hanno** fatto in questi ospedali ad annullare o ridurre fortemente il boarding?

Certamente hanno beneficiato dell'ap-



“

Come sindacato siamo orgogliosi di rilevare che un'ultima caratteristica comune alle strutture più virtuose sul boarding è il rigoroso rispetto delle norme contrattuali

bed manager, di ottimizzare il lavoro del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure, di dare priorità in caso di sovraffollamento ai ricoveri da Ps rispetto ai programmati, di limitare i ritardi per le consulenze in PS.

Ovviamente queste indicazioni non sono attuabili tutte ed ovunque e rimane cruciale il numero di posti letto per ricoverare che ciascun PS ha alle spalle, ma la DGR è uno strumento che anche se applicato solo in alcuni punti, può fare la differenza.

Infine, come sindacato siamo orgogliosi di rilevare che un'ultima caratteristica comune alle strutture più virtuose sul boarding è il rigoroso rispetto delle norme contrattuali. Il benessere organizzativo in MEU, secondo noi, passa infatti non solo attraverso la riduzione del boarding ma anche attraverso il rigoroso rispetto delle tutele previste dal Ccnl 19-21 soprattutto in termini di eccedenza oraria, nonché dei dettami della legge 66/2003 sull'orario di lavoro.

Lavorare oltre quanto previsto contrattualmente, aggiunge peso e stanchezza alla frustrazione di seguire pazienti oramai inquadri e stabilizzati, in attesa di posto letto in reparto, e certamente i carichi di lavoro e le eccedenze orarie (non pagate né recuperate) pesano sulla scelta di alcuni colleghi di lasciare il PS.

L'eccedenza oraria diventa un cane che si morde la coda: un direttore di PS ha pochi medici, li carica di lavoro per non

creare un disservizio alla popolazione rischiando però di perdere anche quei pochi che gli sono rimasti. Viceversa, dove si lavora secondo il contratto e si gestiscono solo i pazienti di competenza, si lavora meglio, e dove si lavora meno e meglio gli strutturati si trovano, persino in un campo deficitario come quello della MEU.

L'inverno del prossimo anno, è possibile che staremo di nuovo a scrivere di sovraffollamento in PS e di boarding. Ma è anche possibile che invece alcune aziende inizino ad applicare almeno parte delle indicazioni della DGR, e che quindi l'elenco dei Ps con poco boarding aumenti.

Forse poi, è anche possibile che la Regione finalmente monitori l'applicazione della sua DGR, invece di ignorare di averla siglata e accettare l'affollamento in PS come il freddo d'inverno, e che attivi una piattaforma completa con i dati di tutti i presidi, in modo da avere davvero il polso del boarding in tempo reale. Noi, dal canto nostro, monitoreremo in modo sempre più stringente la corretta applicazione del contratto rispetto all'orario di lavoro.

Poi certo, sarà indispensabile aumentare i posti letto per ricoverare e potenziare la collaborazione con il territorio, ma questa è un'altra storia.

plicazione rigorosa della normativa regionale vigente, che in altre realtà è disattesa: la DGR 6428 della Regione Piemonte, del gennaio 2023, che suggerisce una serie di possibili soluzioni al problema del boarding. Se quanto indicato nella DGR, adattato ai vari contesti, è applicato rigorosamente, fa la differenza. Non solo: da quando quella DGR è stata applicata, la situazione degli organici ha iniziato a migliorare, indicando che i due fenomeni sono strettamente correlati.

Nella DGR è per esempio prevista l'attivazione di percorsi cosiddetti Fast-Track e viene indicato di limitare l'invio in PS i pazienti visitati ambulatorialmente e non urgenti esami e approfondimenti devono essere gestiti direttamente da queste strutture senza gravare sui PS.

Ancora, la DGR indica la necessità di favorire l'effettuazione dei ricoveri anche nelle ore notturne, di attivare le discharge room, di istituire la figura del

TABELLA 1

Presidio	Media PS - pazienti totali	Media PS - pazienti boarding
AO S. Croce e Carle di Cuneo	34,3	1,1
AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo (AL)	48,7	21
Ospedale Civico di Chivasso	83,8	38,2
Ospedale Civile di Ciriè	31	6,8
Ospedale Civile di Ivrea	30,1	11,8
Ospedale Infermi di Rivoli	55,7	20,5
Ospedale M. Vittoria di Torino	66,2	37,8
Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno	49,4	7,3
Ospedale Molinette di Torino	65,2	24,6
Ospedale Regina Montis Regalis di Mondovì	22,8	5,6
Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino	57,8	32,7
Ospedale Sant'Andrea di Vercelli	26,3	5,1
Ospedale SS. Annunziata di Savigliano	22,9	5,9

TABELLA 2

Presidio	Media PS - pazienti	Media PS - boarding	Indice di boarding (%)
AO S. Croce e Carle di Cuneo	34,3	1,1	3,2%
Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno	49,4	7,3	14,8%
Ospedale Sant'Andrea di Vercelli	26,3	5,1	19,4%
Ospedale Regina Montis Regalis di Mondovì	22,8	5,6	24,6%
Ospedale SS. Annunziata di Savigliano	22,9	5,9	25,8%
Ospedale Civile di Ciriè	31	6,8	22%
Ospedale Infermi di Rivoli	55,7	20,5	36,8%
Ospedale Molinette di Torino	65,2	24,6	37,7%
Ospedale Civile di Ivrea	30,1	11,8	39,2%
AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo (AL)	48,7	21	43,1%
Ospedale Civico di Chivasso	83,8	38,2	45,6%
Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino	57,8	32,7	56,6%
Ospedale M. Vittoria di Torino	66,2	37,8	57,1%

Segue da pagina 1

**In questo panorama** galoppa all'orizzonte una trasformazione culturale che colpisce l'ospedale e lo trasforma da luogo simbolo di salute e di concreto approccio alle cure a contenitore di prestazioni, dove la corsa alla performance ha eroso tutto ciò che teneva insieme i professionisti: stabilità, solidarietà, stima, memoria professionale.

**L'Ospedale**, perdendo la sua dimensione comunitaria, si è trasformato in un luogo che non può amare e non può proteggere chi vi lavora, un luogo che fatica a far crescere i suoi medici lasciandoli in gran parte con carriere spezzate o bloccate, causando inevitabilmente mortificazione e insoddisfazione in un sistema di "schizofrenico ingranaggio" che riciclandosi sopravvive ma non costruisce. È qui che si misura oggi l'entità della crisi del nostro Ssn: nella dissoluzione progressiva e silenziosa dell'ospedale come istituzione, come luogo in grado di generare identità e comunità professionale, dove la cura è un gesto di bene collettivo e la professione una staffetta tra generazioni, dove i giovani che vi accedono devono sentirsi accolti e seguiti e chi vi lavora da tempo deve percepire sé stesso come parte di un progetto di crescita, non un mero esecutore di compiti.

**Al contrario oggi** l'ambiente frammentato, burocratizzato, reso caoticamente aziendalizzato, incapace di fornire prospettive genera smarrimento. Nei giovani neolaureati la distanza che si palesa tra l'immaginario percepito nel corso degli studi e l'incontro con il reale quotidiano, induce il desiderio di programmare l'intera propria carriera medica e sanitaria lontana dall'ospedale, luogo in cui non maturano più prospettive e visioni.

**A complicare il quadro** interviene una narrazione mediatica distorta e dall'analisi talora superficiale e incoerente: da un lato l'immagine idealizzata e iper-specializzata del medico che basta a sé stesso, dall'altra la descrizione degli ospedali come luoghi inefficienti, pericolosi, ostili, dove può consumarsi facilmente l'errore nei confronti dei pazienti e l'aggressività nei confronti dei sanitari. Una dicotomia che innesca un cortocircuito identitario tra il professionista protagonista solitario e l'istituzione delegittimata, declassata, non più riconosciuta come pilastro portante del bene salute.

**È così che la crisi** di un sistema diviene crisi d'identità professionale, che non riguarda la vocazione al mestiere della cura, ancora tanto fortemente sentita, ma riguarda il luogo in cui quella vocazione dovrebbe trovare spazio e forma. È qui che si percepisce la frattura più dolorosa: quella tra il valore profondo della professione e la disponibilità di strumenti organizzativi e politici utili a garantirne la piena espressione. Se non ricuciamo il divario tra ciò che la medicina rappresenta e ciò che oggi l'ospedale consente, consegneremo alle nuove generazioni una professione monca, senza struttura identitaria, priva di riconoscersi come valore sociale.

**Una professione in cui** il significato della cura resterà solo sul piano simbolico, mentre la pratica quotidiana continuerà a svolgersi in un contesto di numeri, tetti di budget, livelli di performance, solitudine professionale, in un costante critico divario tra il ruolo e il contesto. Il medico continuerà a cercare dimensioni culturali e sociali differenti per affermare la propria carriera secondo le sue più giuste aspettative.

**È in questo spazio** tra etica e organizzazione, tra ciò che la medicina chiede e ciò che l'ospedale con le sue risorse permette, che si gioca il futuro della cura del nostro Paese.

**Occorre colmare** questo spazio attraverso un progetto culturale e politico di valore perché la sanità non sia un insieme di problemi da rincorrere e rattoppare, ma un organismo plastico da sostenere, rinnovare e riprogettare riconoscendone la sua indispensabile dinamica natura.

Segue a pagina 16



# GLI EVENTI ANAAO ASSOMED SU YOUTUBE.

# Rivedili

Conferenza  
nazionale  
Dirigenza sanitaria



Conferenza nazionale  
Dirigenza Sanitaria Anaa Assomed

**Valorizzazione  
e riconoscimento**  
delle specificità  
della Dirigenza sanitaria

Biologi, Chimici, Farmacisti,  
Fisici, Psicologi del SSN

Convegno  
nazionale  
psichiatria



**IL RUOLO  
DELLA DIRIGENZA  
MEDICA E SANITARIA  
PER L'INNOVAZIONE  
E LO SVILUPPO  
IN SALUTE MENTALE**

CONVEGNO  
NAZIONALE

Roma  
Venerdì 6 febbraio 2026  
Hotel St Martin  
Via San Martino della Battaglia 58

Psichiatria tra cura,  
diritto e responsabilità.

Confini giuridici, clinici  
e di governance  
della salute mentale.

Dalla pratica clinica  
alle politiche pubbliche.



## Libro Bianco AnaaO Assomed

*“Non è un atto di accusa,  
ma un atto di responsabilità  
verso il Paese, la sanità tutta  
e i professionisti”*



Inquadra il Qr code  
e leggi il Libro Bianco in pdf

[anaao.it](http://anaao.it)

