



RELAZIONE TECNICA
PER IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
OTTOBRE 2026

Contratto unico per la specialistica Territoriale ed Ospedaliera Convenzionata

Conteggi, risparmio atteso, effetti sui saldi di finanza pubblica,
fattibilità giuridica, contabile e attuativa

Costo del dirigente medico aggiornato all'Ipotesi di CCNL dell'Area Sanità 2025-2027 (preintesa del 7 ottobre 2026)

Segretario Generale SUMAI Assoprof – Antonio Magi

Valori a costi costanti 2026, dipendente a regime CCNL 2025-2027 - Simulazione, non quantificazione ufficiale

Sostituisce la versione di settembre 2026 - Integra il modello di calcolo «Modello_contratto_unico_specialistica_CCNL2025-2027.xlsx»

Indice

Nota di aggiornamento.....	3
Sintesi.....	4
Messaggi chiave.....	4
1. Contesto.....	5
2. La proposta.....	6
2.1 Criteri per la scelta del rapporto.....	6
2.2 Medici di famiglia e pediatri specialisti.....	6
2.3 I tempi: dal posto vacante al medico in servizio.....	7
2.4 Medici dipendenti del SSN: ore di specialistica oltre l'orario di servizio.....	7
3. Il nuovo CCNL della dirigenza e il costo del dipendente.....	9
3.1 Cosa prevede la parte economica.....	9
3.2 Dal contratto al costo aziendale.....	9
3.3 Cautele dichiarate.....	10
3.4 Che cosa significa per il confronto tra i due rapporti.....	10
4. Metodologia e ipotesi.....	11
5. Quanto costa un'ora di lavoro medico.....	11
6. Dal singolo medico al sistema.....	12
6.1 Riparto per aree geografiche.....	13
7. Quote di adozione e durata degli incarichi.....	13
8. Sensibilità e stress test.....	14
8.1 La dinamica dei rinnovi.....	16
8.2 Il confronto a rinnovi allineati.....	16
9. Benefici non monetizzati.....	17
10. Effetti sui saldi di finanza pubblica.....	17
11. Fattibilità.....	19
11.1 Giuridica.....	19
11.2 Contabile.....	19
11.3 Attuativa.....	19
11.4 Disponibilità di specialisti.....	19
12. Rischi e misure di mitigazione.....	20
13. Obiezioni prevedibili e risposte.....	20
14. Conclusioni e richieste al MEF.....	21
Appendice A – Formule.....	22
Appendice B – Il modello di calcolo.....	22
Appendice C – Glossario.....	22
Appendice D – Fonti.....	23

Nota di aggiornamento

Il 7 ottobre 2026 Aran e organizzazioni sindacali hanno sottoscritto l'ipotesi di Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità per il triennio 2025-2027, che riguarda circa 137.000 dirigenti del SSN (120.000 medici e veterinari, 17.000 dirigenti sanitari). Questa versione della relazione recepisce il nuovo contratto e corregge un'impostazione della versione di settembre.

IRAP sempre a carico dell'azienda. Come avviene oggi, l'azienda sanitaria versa l'IRAP anche sui compensi degli specialisti convenzionati. A settembre l'IRAP era considerata solo nello scenario C; ora è compresa **in tutti gli scenari**, perché è un costo certo e non un'ipotesi. Gli scenari sono quindi ridefiniti: **A** tariffa della nota metodologica con ENPAM e IRAP; **B (centrale)** con in più i premi ACN; **C (prudenziiale)** con in più il 20% delle ore in guardia notturna o festiva.

Nuovo CCNL. Il costo aziendale annuo del dirigente medico passa da **€ 125.000 a € 134.200** (+7,4%), la tariffa di pareggio da **€ 63,26 a € 67,91 l'ora**. L'incremento è ricostruito voce per voce dal testo dell'ipotesi (artt. 34, 37, 39, 41 e 42), non dal dato medio comunicato in conferenza stampa, ed è quindi prudente (sezione 3). La tariffa convenzionata non cambia per effetto del contratto, perché l'ACN della specialistica ambulatoriale 2025-2027 non è ancora stato negoziato.

Scenario B, incarichi a 38 ore	Settembre (pubblicato, senza IRAP)	Settembre con IRAP	Ottobre: IRAP e CCNL 2025-2027
Costo aziendale annuo del dirigente medico	€ 125.000	€ 125.000	€ 134.200
Tariffa oraria convenzionata	€ 54,31	€ 58,09	€ 58,09
Tariffa di pareggio	€ 63,26	€ 63,26	€ 67,91
Risparmio per medico all'anno	€ 17.693 (-14,2%)	€ 10.210 (-8,2%)	€ 19.410 (-14,5%)
Risparmio cumulato 2027-2036	€ 4,85 mld	€ 2,80 mld	€ 5,32 mld
Risparmio annuo a regime (dal 2037)	€ 0,98 mld	€ 0,56 mld	€ 1,07 mld
Costo di un anno di ritardo	€ 0,84 mld	€ 0,48 mld	€ 0,92 mld
Risparmio sul conto consolidato PA (livello 3)	-€ 2.426	-€ 2.426	+€ 4.373
Con ACN 2025-2027 allineato al CCNL (+7,4%)	—	—	€ 3,00 mld

Tabella 0 – Effetto delle due correzioni sullo scenario centrale. La colonna centrale riporta i valori di settembre con l'IRAP compresa: è il termine di confronto omogeneo.

A parità di impostazione – IRAP sempre compresa – il nuovo contratto **quasi raddoppia** il risparmio dello scenario centrale: da € 2,80 a € 5,32 mld nel decennio. Anche se il prossimo ACN riconoscesse alla convenzione lo **stesso aumento percentuale** ottenuto dalla dipendenza, il cumulato B resterebbe di € 3,00 mld, più del valore di settembre calcolato con l'IRAP. Il risultato non dipende quindi dalla sfasatura temporale dei rinnovi.

Questa versione aggiunge inoltre due elementi della proposta: il confronto tra i **tempi di copertura** di un posto vacante con il concorso e con la graduatoria del Comitato zonale (sezione 2.3), e il **superamento dell'incompatibilità** che oggi impedisce ai medici dipendenti del SSN di svolgere, fuori dal proprio orario di servizio, ore di specialistica ambulatoriale nella propria branca (sezione 2.4).

Sintesi

In una pagina

A parità di ore, un'ora di specialista convenzionato costa all'azienda sanitaria **€ 50,46-62,16, IRAP compresa**, contro **€ 67,91** di un dirigente medico dipendente retribuito secondo il nuovo CCNL 2025-2027, in tutti gli scenari esaminati.

Coprendo in convenzione i posti che si liberano per pensione o dimissioni – **55.300 entro il 2036** – il minore costo per le aziende sanitarie è di **€ 5,3 mld nel decennio 2027-2036** nello scenario centrale (B), in una forchetta da € 3,1 a € 9,5 mld, e di **€ 1,07 mld l'anno a regime**.

Il risparmio si forma nei bilanci dei Servizi sanitari regionali. Con il nuovo contratto resta positivo anche al netto di IRAP e contributi, cioè sul conto consolidato delle amministrazioni pubbliche (€ 4.373 per medico l'anno nello scenario B). La proposta si presenta comunque a **invarianza finanziaria**, salvo i periodici rinnovi contrattuali triennali.

Si chiede una **norma abilitante** nella legge di bilancio 2027: nessun onere per lo Stato, nessun obbligo per Regioni e aziende, la misura agisce sul turnover.

Indicatore	Scenario A	Scenario B (centrale)	Scenario C
Tariffa oraria a carico azienda, IRAP compresa	€ 50,46	€ 58,09	€ 62,16
Costo annuo convenzionato (1.976 ore)	€ 99.709	€ 114.790	€ 122.826
Risparmio per medico all'anno vs € 134.200	€ 34.491 (-25,7%)	€ 19.410 (-14,5%)	€ 11.374 (-8,5%)
Margine prima del pareggio (€ 67,91/h)	+€ 17,46/h (+35%)	+€ 9,82/h (+17%)	+€ 5,76/h (+9%)
Risparmio cumulato 2027-2036	€ 9,45 mld	€ 5,32 mld	€ 3,12 mld
Risparmio nell'anno 2036	€ 1,81 mld	€ 1,02 mld	€ 0,60 mld
Risparmio annuo a regime (dal 2037)	€ 1,91 mld	€ 1,07 mld	€ 0,63 mld
Cumulato con il 50% dei posti in convenzione	€ 4,73 mld	€ 2,66 mld	€ 1,56 mld
Cumulato con ACN 2025-2027 allineato (+7,4%)	€ 7,44 mld	€ 3,00 mld	€ 0,64 mld

Tabella 1 – Risultati principali. Incarichi a 38 ore (parità di servizio), 100% dei posti in uscita salvo dove indicato, costi costanti 2026, dipendente a regime CCNL 2025-2027. IRAP a carico dell'azienda in tutti gli scenari. A: tariffa della nota metodologica; B: + premi ACN; C: + 20% delle ore in guardia notturna o festiva.

Messaggi chiave

- **La convenienza è strutturale e il nuovo CCNL la rafforza.** Anche con l'IRAP sempre a carico dell'azienda, perché la convenzione smetta di convenire la tariffa dovrebbe salire fino a € 67,91 l'ora: +35% rispetto allo scenario A, +17% rispetto al B.
- **Il risparmio è cumulativo.** Ogni anno si aggiunge una nuova coorte di specialisti convenzionati, mentre quelle precedenti continuano a far risparmiare.
- **Il valore da difendere è lo scenario B a 38 ore:** include tutte le voci ACN a carico dell'azienda, IRAP compresa, ed è un risparmio a parità di servizio. I valori a 24 e 12 ore contengono ore non ricoperte e vanno usati solo dove il fabbisogno è davvero minore.
- **Regge anche a rinnovi allineati.** Se l'ACN 2025-2027 desse alla convenzione lo stesso +7,4% del CCNL, lo scenario B varrebbe ancora € 3,00 mld. Lo scenario B si annulla solo se l'ACN crescesse, ogni anno per dieci anni, circa 2,5 punti più del CCNL.
- **Tempi: giorni invece di mesi.** Con il concorso servono da 10 a 20 mesi e oltre per avere un dirigente in servizio. Con la graduatoria del Comitato zonale il sostituto entra in servizio appena pubblicato il turno, e in 2-3 mesi al massimo c'è la nomina di un titolare a tempo indeterminato.
- **Più ore dallo stesso SSN.** Eliminare l'incompatibilità consente ai medici dipendenti di fare ore di specialistica ambulatoriale nella propria branca, oltre l'orario di servizio e sempre attraverso le graduatorie: più offerta, trasparenza, e un costo orario (€ 58,09, IRAP compresa) molto inferiore alle prestazioni aggiuntive (€ 100).
- **Tenuta.** Nello stress test più severo (scenario C con guardie, metà dei posti, dimissioni a 1.500 l'anno, un anno di ritardo) il cumulato resta positivo: circa € 1,06 mld.

- **Richiesta al MEF.** Norma abilitante a invarianza finanziaria, salvo rinnovi contrattuali triennali, minori costi lasciati ai Servizi sanitari regionali, dati RGS per la quantificazione ufficiale (compresa la scomposizione del costo del dirigente dopo il CCNL 2025-2027), chiarimento sul tetto di spesa del personale.

1. Contesto

Tra il 2027 e il 2036 usciranno dal Servizio sanitario nazionale circa **55.300 dirigenti medici**: 30.300 per pensionamento, con un picco di 3.200 l'anno nel 2029-2033, e 25.000 per dimissioni volontarie (ipotesi costante di 2.500 l'anno, neutrale in un periodo in cui il fenomeno è stato in crescita). Sono il **50,7%** dei 109.024 dipendenti del 2023. I pensionamenti sono il dato meno incerto: chi andrà in pensione è già in servizio e ha un'età nota.

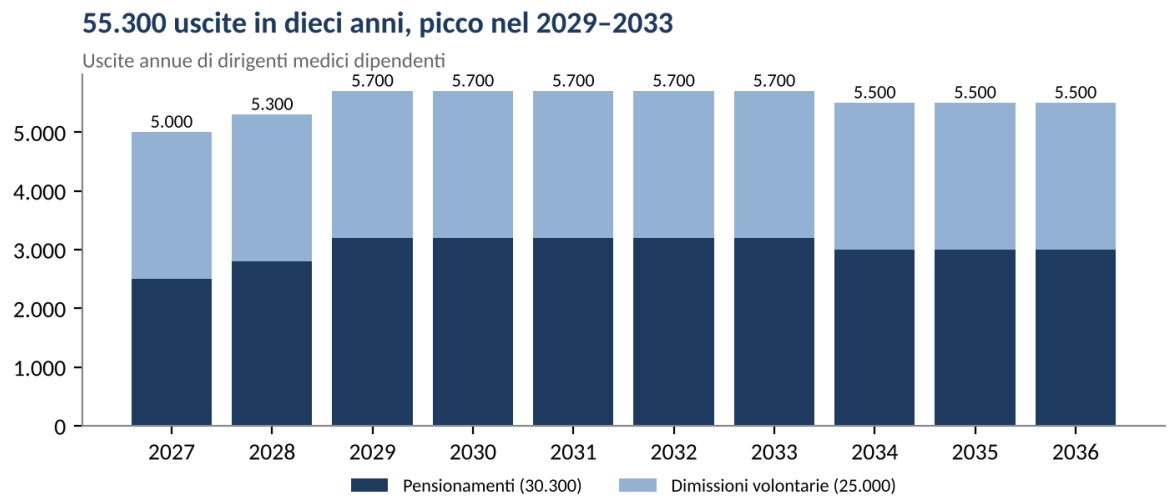


Figura 1 – Uscite annue di dirigenti medici dipendenti, 2027-2036. Fonte: Ministero della Salute, personale SSN 2023; ipotesi sulle dimissioni.

Molti concorsi vanno già deserti e le aziende ricorrono a medici «a gettone», pagati fino ai tetti fissati dalle linee guida nazionali del novembre 2025 – € 75 l'ora nei servizi ordinari, € 85 in pronto soccorso e rianimazione – oppure, da oltre 18 anni, pubblicano ore di medicina specialistica ambulatoriale convenzionata interna ai sensi dell'ACN in vigore per coprire gli organici ospedalieri.

Il rinnovo del CCNL 2025-2027 riconosce alla dirigenza un aumento medio a regime di circa 560 euro lordi mensili, di cui 167 finanziati da risorse aggiuntive stanziare per legge. È un passo necessario per trattenere i medici in ospedale, ma da solo non risolve la carenza: il problema non è soltanto quanto si paga un'ora di lavoro medico, ma con quale strumento si riesce a coprire un posto vacante. La proposta di questa relazione offre alle aziende un secondo strumento, già sperimentato, a un costo orario inferiore.

Dove è stato adottato, l'incarico di specialistica ambulatoriale in ospedale ha dato risultati: posti coperti prima dei concorsi, costo orario più basso, specialisti stabili al posto dei gettonisti. Ma oggi poggia su accordi aziendali o regionali disomogenei:

Criticità attuale	Descrizione
Base normativa	Accordi aziendali o regionali, non una disciplina nazionale
Disomogeneità	Ogni azienda regola a modo suo attività, orari e compensi
Guardie e reperibilità	Nessuna regola nazionale per l'attività ospedaliera
Équipe	Rapporti con la direzione di struttura non disciplinati
Responsabilità	Coperture assicurative pensate per l'ambulatorio
Programmazione	Ore pubblicate caso per caso: impossibile pianificare

Tabella 2 – Perché la prassi attuale non è ancora un sistema.

2. La proposta

La proposta trasforma in regola nazionale una prassi già diffusa dal 2008: coprire con specialisti ambulatoriali convenzionati turni di reparto, sala operatoria, pronto soccorso e diagnostica. Si istituisce un **contratto unico della specialistica convenzionata** con una parte generale comune e due articolazioni in un unico Accordo collettivo nazionale: **ACN della Specialistica Convenzionata Interna Territorio e Ospedale**.

Per ogni posto di dirigente medico che si libera, Regione e azienda scelgono il rapporto più adatto per il suo sostituto: dipendenza o convenzione, con incarichi da 12, 24 o 38 ore, anche a completamento orario di un incarico esistente. Nessuno in servizio cambia contratto: la misura agisce solo sul turnover, salvo diversa decisione regionale o aziendale, anche su domanda dello specialista ma con preventiva autorizzazione dell'azienda.

Elemento	Contenuto
Contratto (ACN) unico	Un solo rapporto con il SSN, ovunque lavori lo specialista. Parte generale comune: graduatorie uniche, compenso base, ENPAM, premi ACN, tutele, formazione, mobilità tra ambiti, ore cumulabili fino a 38.
ACN Territorio	Poliambulatori, Case e Ospedali di Comunità, liste d'attesa e cronicità, assistenza specialistica domiciliare, équipe con MMG e PLS, telemedicina, orari anche serali e festivi.
ACN Ospedale	Reparti, sale operatorie, pronto soccorso, diagnostica. Inserimento in équipe, turni sulle 24 ore, guardie e reperibilità con maggiorazioni, responsabilità e assicurazione, incarichi funzionali. Integrazione del 10% sul compenso base.
Facoltà di scelta	Per ogni posto vacante Regione e azienda scelgono, con motivazione nel piano dei fabbisogni, tra dipendenza e convenzione, con incarichi a 12, 24 o 38 ore secondo le esigenze, anche a completamento orario di incarichi esistenti. Non è un obbligo.
MMG e PLS specialisti	Accesso alle ore di specialistica per la branca posseduta, entro un massimale orario complessivo e con priorità all'attività di pediatria e di medicina generale. Richiede l'aggiornamento dell'art. 4 della legge 412/1991.
Medici dipendenti del SSN	Superamento dell'incompatibilità: ore di specialistica ambulatoriale nella branca posseduta, oltre l'orario di servizio e senza sovrapposizioni, assegnate solo tramite le graduatorie del Comitato zonale, entro un massimale orario e nel rispetto dei riposi.
Perimetro	Solo turnover: nessun medico in servizio cambia contratto, salvo diversa decisione regionale o aziendale. La direzione di struttura complessa resta in dipendenza; le funzioni gestionali possono essere in dipendenza o in convenzione come previsto dall'ACN.

Tabella 3 – Architettura della proposta.

2.1 Criteri per la scelta del rapporto

La norma non impone un modello. Indica i criteri con cui Regione e azienda motivano la scelta posto per posto nel piano dei fabbisogni:

Criterio	Meglio la dipendenza	Meglio la convenzione
Funzione	Direzione di struttura complessa	Attività cliniche: reparto, sala, PS, diagnostica; funzioni gestionali secondo ACN
Tempi	Se concorso con buone probabilità di successo	Concorsi deserti o tempi lunghi
Fabbisogno	Stabile a tempo pieno	Variabile o inferiore: incarichi da 12, 24 o 38 ore
Costo	Solo se la tariffa superasse € 67,91/h	Sempre, sotto la soglia di pareggio
Alternativa	Personale dipendente disponibile	Al posto dei gettonisti (€ 75-85/h)

Tabella 4 – Criteri indicativi per la scelta del rapporto. Soglia di pareggio aggiornata al CCNL 2025-2027.

2.2 Medici di famiglia e pediatri specialisti

L'apertura a MMG e PLS con specializzazione allarga l'offerta dove serve di più: pronto soccorso pediatrico, reparti di pediatria e punti nascita per i PLS; medicina interna, geriatria e Ospedali di Comunità per i MMG internisti e geriatri; pronto soccorso per i MMG specialisti in medicina d'urgenza. Ogni 1.000 medici che offrono 12 ore settimanali equivalgono a circa **316 medici a tempo pieno** (12.000 ore ÷ 38). Condizione essenziale: nessuna riduzione dell'assistenza agli assistiti, garantita da un massimale orario complessivo.

2.3 I tempi: dal posto vacante al medico in servizio

Il costo orario non è l'unico vantaggio della convenzione. Il secondo è il **tempo**. Per coprire un posto in dipendenza l'azienda deve programmare il fabbisogno, ottenere l'autorizzazione, bandire il concorso con pubblicazione sul Bollettino regionale e per estratto in Gazzetta Ufficiale, attendere i trenta giorni per le domande, nominare la commissione, svolgere le prove, approvare la graduatoria, attendere l'esito di eventuali ricorsi, assumere il vincitore e attendere il preavviso dovuto al suo precedente datore di lavoro. Se il concorso va deserto, o il vincitore rinuncia, si ricomincia.

Nella specialistica convenzionata il percorso è diverso. L'azienda pubblica il turno vacante attraverso il **Comitato zonale**; un **sostituto** viene incaricato subito scorrendo la graduatoria e può essere in servizio in pochi giorni; entro **2-3 mesi al massimo** si arriva alla **nomina di uno specialista titolare a tempo indeterminato**. Le graduatorie sono pubbliche e formate con criteri nazionali: la rapidità non va a scapito della regolarità e della trasparenza.

Fase	Dipendenza (concorso)	Convenzione (graduatoria del Comitato zonale)
Avvio	Piano dei fabbisogni e autorizzazione regionale: 2-4 mesi	Pubblicazione del turno vacante al Comitato zonale
Selezione	Bando su BUR e GU, 30 giorni per le domande; commissione, prove, graduatoria, delibera ed eventuali ricorsi: 6-12 mesi	Graduatoria già formata e pubblica: nessuna prova da organizzare
Copertura immediata	Nessuna: il posto resta vacante o si ricorre a gettonisti e prestazioni aggiuntive	Sostituto dalla graduatoria, in servizio in pochi giorni
Presa di servizio stabile	Assunzione e preavviso del vincitore: 2-4 mesi	Nomina del titolare a tempo indeterminato entro 2-3 mesi
Totale	10-20 mesi e oltre; da capo se il concorso va deserto	Giorni per il sostituto, 2-3 mesi per il titolare

Tabella 3-bis – Tempi indicativi di copertura di un posto vacante. Stima SUMAI sulla prassi delle aziende, da verificare con i dati aziendali.

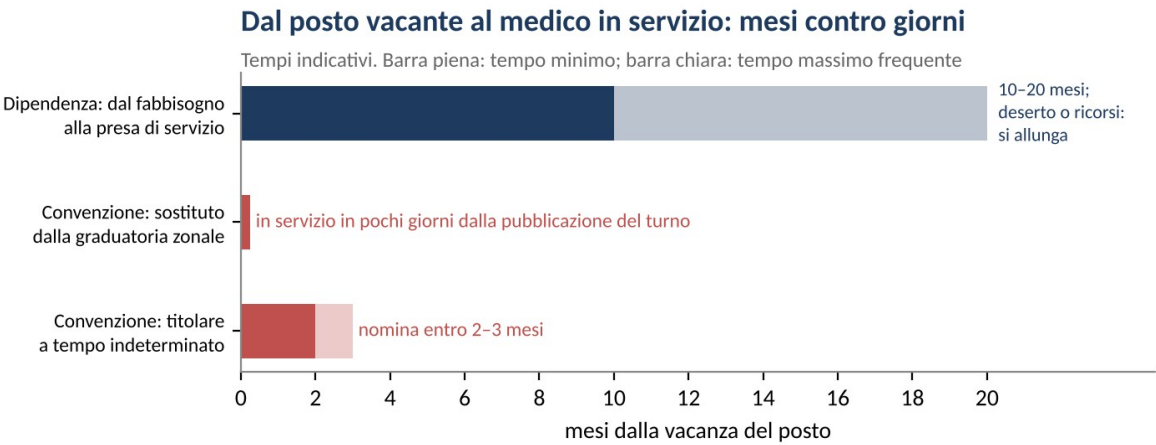


Figura 1-bis – Tempi di copertura a confronto.

Il tempo ha un costo. Anche solo con **12 mesi** di vacanza, il minimo realistico di un concorso, un posto a tempo pieno perde **1.976 ore** di assistenza. Se quelle ore vengono coperte con medici «a gettone», la spesa supera quella della convenzione (scenario B, IRAP compresa) di circa **€ 33.400 per posto nei servizi ordinari e € 53.200 in pronto soccorso**; se restano scoperte, diventano liste d'attesa. Il modello non conteggia questo effetto nei totali, che restano quindi prudenziali.

2.4 Medici dipendenti del SSN: ore di specialistica oltre l'orario di servizio

Oggi l'art. 4, comma 7, della legge 412/1991 e le regole sull'esclusività impediscono a un medico dipendente del SSN di svolgere, fuori dal proprio orario di servizio, ore di specialistica ambulatoriale convenzionata, anche nella propria branca e anche all'interno dello stesso Servizio sanitario. Le stesse ore vengono poi acquistate con le prestazioni aggiuntive a € 100 l'ora, assegnate dall'azienda senza una procedura pubblica, oppure non vengono erogate affatto.

La proposta è di **eliminare questa incompatibilità**, per i medici dipendenti e convenzionati, per l'attività svolta **sempre nel SSN**, nella **branca di specializzazione posseduta**, **oltre le ore di servizio** e **sempre passando dalle graduatorie del Comitato zonale**, per garantire regolarità e trasparenza. Il medico resta in rapporto esclusivo con il Servizio sanitario: lavora di più per il pubblico, non per il privato.

Aspetto	Oggi	Con la proposta
Chi può fare ore SAI	Solo medici non dipendenti del SSN	Anche i dipendenti, nella propria branca, fuori dall'orario di servizio
Come si assegnano le ore	Prestazioni aggiuntive decise dall'azienda	Solo tramite le graduatorie pubbliche del Comitato zonale
Costo orario per l'azienda	€ 100 (prestazioni aggiuntive)	€ 58,09 (tariffa B, compresi premi, ENPAM e IRAP)
Dove	Di norma nella propria struttura	Poliambulatori, Case della Comunità, altri presidi del territorio
Garanzie	—	Massimale orario, rispetto di riposi e limiti d'orario, nessuna sovrapposizione con il servizio

Tabella 3-ter – Il superamento dell'incompatibilità per i medici dipendenti del SSN.

L'ordine di grandezza è rilevante. Se **10.000 dirigenti medici** (meno di uno su dieci) offrissero **4 ore settimanali** per 48 settimane, il SSN disporrebbe di **1,92 milioni di ore** l'anno, circa il **10% in più** delle 18,6 milioni di ore oggi erogate dalla specialistica ambulatoriale interna: l'equivalente di oltre **1.000 specialisti a tempo pieno**, senza nuovi concorsi. A tariffa B, IRAP compresa, ogni ora così acquistata costa almeno **€ 41,91 in meno** di un'ora di prestazioni aggiuntive: circa **€ 80 milioni l'anno** su quel volume di ore. Anche questo effetto è illustrativo e non entra nei totali della relazione.

- **Regolarità e trasparenza.** Le ore si assegnano solo per graduatoria, con criteri nazionali e pubblici: nessuna assegnazione discrezionale.
- **Tutela del servizio.** Le ore sono aggiuntive all'orario contrattuale e non possono sovrapporsi; restano fermi i limiti di orario e i riposi minimi, verificati dall'azienda di appartenenza.
- **Liste d'attesa.** Le ore si concentrano dove la domanda è scoperta – poliambulatori, Case della Comunità, branche con attese più lunghe – e sono rendicontate come ore SAI.
- **Attrattività.** Il medico ospedaliero può integrare il reddito restando nel pubblico, alternativa concreta alla libera professione e all'uscita dal SSN.

3. Il nuovo CCNL della dirigenza e il costo del dipendente

Questa sezione è nuova. Ricostruisce, a partire dal testo dell'Ipotesi di CCNL dell'Area Sanità 2025-2027 sottoscritta il 7 ottobre 2026, l'effetto del rinnovo sul costo aziendale del dirigente medico, cioè sul termine di confronto dell'intero modello.

3.1 Cosa prevede la parte economica

Istituto	Valore	Decorrenza	Riferimento
Stipendio tabellare: incremento mensile per 13 mensilità	€ 125,00, rideterminato in € 240,00	1.1.2025 / 1.1.2026	Art. 34, c. 1
Stipendio tabellare annuo a regime	€ 53.125,77	1.1.2026	Art. 34, c. 3
Indennità di specificità medico-veterinaria	€ 11.653,30 annui	1.1.2026	Art. 37, c. 1
Specificità dirigenti ex II livello	€ 15.389,72 → € 16.058,72	2026 / 2027	Art. 37, c. 2
Indennità di direzione di struttura complessa	€ 11.826,00 annui	1.1.2027	Art. 38
Retribuzione di posizione, parte fissa	da € 23.226 (UOC chirurgica) a € 9.000 (alta specializzazione)	1.1.2027	Art. 39
Clausola di garanzia della posizione	€ 7.273,86 (≥ 5 anni); € 10.500 (≥ 20 anni)	—	Art. 40
Fondo retribuzione incarichi: incremento pro capite	€ 2.215,16 (2026); € 3.224,48 (dal 2027)	2026 / 2027	Art. 41, c. 2 a)
Fondo condizioni di lavoro: incremento pro capite	€ 455,00	1.1.2027	Art. 42, c. 2 a)
Indennità di pronta disponibilità	€ 2,40 lordi l'ora	dalla firma	Art. 16, c. 8
Straordinario diurno / notturno o festivo / notturno-festivo	€ 32,64 / € 36,89 / € 42,57	mese successivo alla firma	Art. 17, c. 3
Aumento medio complessivo a regime (fonte Aran)	≈ € 560 lordi mensili × 13, di cui 167 da risorse di legge	a regime	Comunicato Aran 7.10.2026
Arretrati al 31.12.2026, netto IVC (fonte Aran)	€ 6.118,50 pro capite medici e veterinari	—	Documentazione economica

Tabella 5 – Principali istituti economici dell'Ipotesi di CCNL 2025-2027. La clausola di garanzia oltre 20 anni è di € 10.500 nel testo (alcune sintesi di stampa riportano € 10.000).

3.2 Dal contratto al costo aziendale

Per non sovrastimare l'effetto, il modello non usa il dato medio di 560 euro comunicato da Aran, ma somma le sole voci che il testo quantifica pro capite e che finanziano la retribuzione del singolo dirigente: l'aumento tabellare, l'incremento del Fondo per la retribuzione degli incarichi (che per espressa previsione comprende gli aumenti dell'indennità di specificità e delle posizioni) e l'incremento del Fondo per le condizioni di lavoro. Il totale è di **€ 6.799 lordi l'anno, pari a circa 523 euro mensili per 13 mensilità**. Su questo importo si applicano gli oneri riflessi a carico dell'azienda (26,8%, la stessa ipotesi del livello 3 della sezione 10) e l'IRAP (8,5%).

Voce (€ l'anno per dirigente)	Retribuzione	Oneri 26,8%	IRAP 8,5%	Costo aziendale
Base 2026, CCNL 2022-2024	92.387	24.760	7.853	125.000
Tabellare: +240 € × 13 (art. 34)	3.120	836	265	4.221
Fondo incarichi: specificità e posizione (art. 41)	3.224	864	274	4.363
Fondo condizioni di lavoro (art. 42)	455	122	39	616
Totale a regime CCNL 2025-2027	99.187	26.582	8.431	134.200
Per memoria: con il dato medio Aran (560 € × 13)	99.667	26.711	8.472	134.850

Tabella 6 – Ricostruzione del costo aziendale del dirigente medico. Valore usato nel modello arrotondato alle centinaia.

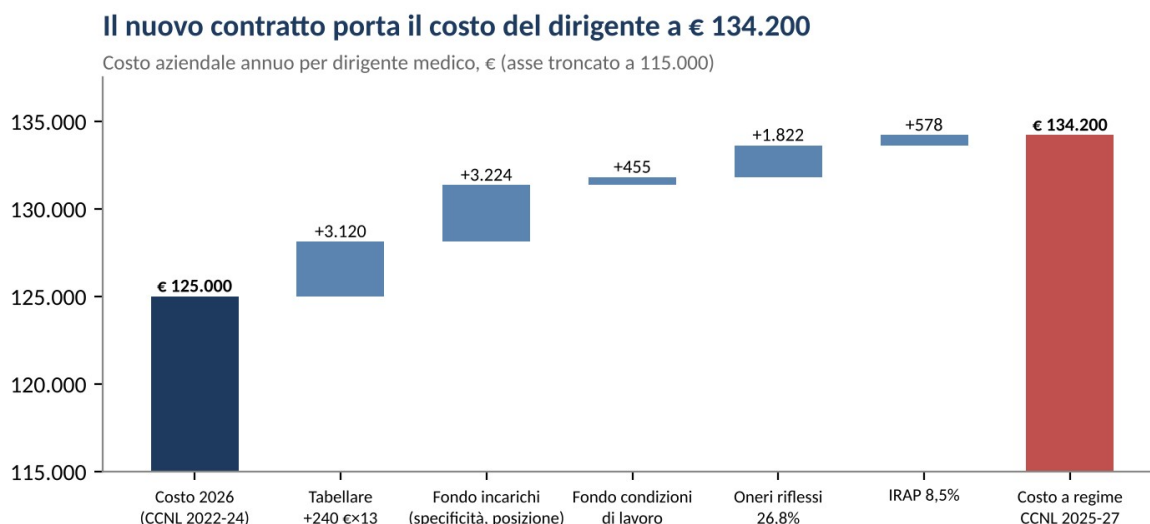


Figura 2 - Ponte dal costo 2026 al costo a regime del nuovo contratto.

3.3 Cautele dichiarate

- **Anticipazione IVC.** Gli incrementi tabellari comprendono l'anticipazione dell'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta dal 2025 (art. 34, c. 2). Il costo base di € 125.000 è assunto al netto di tale anticipazione; se il dato RGS la includesse, l'incremento netto si ridurrebbe di conseguenza. Per questo la scomposizione del costo del dirigente è tra le richieste al MEF.
- **Valori medi.** Gli incrementi dei fondi sono pro capite medi su tutti i dirigenti destinatari del contratto. Aran indica un aumento medio a regime di 560 euro mensili, superiore ai 523 della nostra ricostruzione, perché comprende voci che il testo non quantifica pro capite. Usare il dato Aran alzerebbe il cumulo B di circa € 0,18 mld (a € 5,50 mld): la scelta del valore più basso è prudente.
- **Decorrenze.** Il tabellare decorre dal 2026, i fondi dal 2027: poiché il modello parte nel 2027, il costo a regime è quello corretto per tutto il decennio.
- **Asimmetria temporale.** Il CCNL 2025-2027 è firmato, l'ACN della specialistica ambulatoriale per lo stesso triennio no. La sezione 8.2 verifica il risultato con un ACN che riconosca lo stesso aumento percentuale.

3.4 Che cosa significa per il confronto tra i due rapporti

Il rinnovo produce tre effetti che rafforzano la proposta. **Primo**, alza la soglia di pareggio di € 4,65 l'ora: con l'IRAP compresa, lo spazio entro cui la convenzione conviene passa dal 9% al 17% della tariffa B. **Secondo**, una quota dell'aumento (circa 167 euro mensili) è finanziata da risorse di legge riservate alla dipendenza, in particolare per l'indennità di specificità, che la convenzione non riceve: il divario retributivo a parità di lavoro si allarga, e con esso il rischio che le ore convenzionate restino scoperte se l'ACN non sarà rinnovato in tempi analoghi. **Terzo**, lo stesso CCNL riconosce, ai fini degli incarichi dirigenziali, il servizio prestato come specialista ambulatoriale interno a 38 ore (art. 12, c. 6): è il riconoscimento contrattuale che la specialistica convenzionata e la dirigenza svolgono lo stesso lavoro, che è il presupposto del contratto unico e delle graduatorie comuni.

4. Metodologia e ipotesi

Il confronto è fatto dal punto di vista di chi paga: quanto spende l'azienda sanitaria per un'ora di lavoro medico nei due regimi, a parità di ore (1.976 l'anno = 38×52). Ferie e malattia retribuite esistono in entrambi i regimi, quindi il confronto per ora pagata è omogeneo; il part-time non cambia nulla perché il calcolo è per ora.

Ipotesi	Valore	Fonte
Costo aziendale annuo del dirigente medico	€ 134.200 (era € 125.000)	Conto annuale RGS-MEF + Ipotesi CCNL 2025-2027 (sezione 3)
Tariffa di pareggio	€ 67,91/ora	€ 134.200 ÷ 1.976 ore
Compenso orario base ACN	€ 31,35	ACN SAI 2022-2024
Ponderazione / integrazione ospedaliera	18% / 10% del base	ACN SAI; proposta ACN Ospedale
Anzianità	€ 1,00/ora	Nota metodologica
Premio di collaborazione / di operosità	1/12 + 1/12 del lordo	ACN SAI (scenari B e C)
Ore in guardia notturna o festiva	20% delle ore, maggiorazione 35% del lordo (solo C)	Ipotesi prudenziale; come nella versione di settembre
ENPAM a carico SSN	14,19%	Fondazione ENPAM, aliquote 2026
IRAP sui compensi convenzionati	8,5%, in tutti gli scenari	A carico dell'azienda, come avviene oggi
Oneri riflessi del dipendente	26,8% della retribuzione	Ipotesi; da sostituire con dato RGS
Uscite 2027-2036	55.300	Min. Salute, personale SSN 2023; ipotesi dimissioni
Convenzione di metà anno	Chi esce nell'anno conta 6 mesi	Prassi delle valutazioni di finanza pubblica
Prezzi	Costanti 2026; CCNL 2025-2027 a regime; ACN vigente	Ipotesi base; vedi sensibilità (sezione 8)

Tabella 7 - Ipotesi del modello. Tutte modificabili nel foglio «Ipotesi» del modello Excel.

Il costo di € 134.200 non comprende voci che pure gravano sull'azienda per il dipendente - formazione obbligatoria, gestione amministrativa del rapporto, costi di concorso, sostituzioni per lunghe assenze, nuova «indennità ferie» commisurata al 50% delle indennità per lavoro notturno, festivo, guardie e PS introdotta dal CCNL - ed è quindi una base di confronto prudente.

Il risparmio di ciascun anno è: **(medici già sostituiti + metà delle sostituzioni dell'anno) × risparmio per medico**. Nel decennio si cumulano **274.050 anni-medico**; il modello è quindi lineare nel risparmio unitario e nella quota dei posti coperti in convenzione.

5. Quanto costa un'ora di lavoro medico

La tariffa si costruisce partendo dal compenso base dell'ACN e aggiungendo, una alla volta, tutte le voci a carico dell'azienda, **IRAP compresa in tutti gli scenari**, come avviene oggi. Le tre colonne corrispondono ai tre scenari.

Voce (€ per ora)	Come si calcola	A	B	C
Compenso orario base ACN	—	31,35	31,35	31,35
Ponderazione	18% del base	5,64	5,64	5,64
Integrazione attività ospedaliera	10% del base	3,14	3,14	3,14
Anzianità	quota fissa	1,00	1,00	1,00
Maggiorazione guardie (20% delle ore)	35% del lordo × 20%	—	—	2,88
Compenso orario lordo	somma	41,13	41,13	44,01
Premio di collaborazione	1/12 del lordo	—	3,43	3,67
Premio di operosità (accantonamento)	1/12 del lordo	—	3,43	3,67
ENPAM a carico azienda	14,19% su lordo + collaborazione	5,84	6,32	6,76
IRAP a carico azienda	8,5% su lordo + collaborazione	3,50	3,79	4,05
Tariffa oraria a carico azienda		50,46	58,09	62,16

Voce (€ per ora)	Come si calcola	A	B	C
× 1.976 ore = costo annuo		99.709	114.790	122.826

Tabella 8 – Costruzione della tariffa oraria. Premio di operosità escluso dalla base ENPAM e IRAP. IRAP sempre a carico dell'azienda.

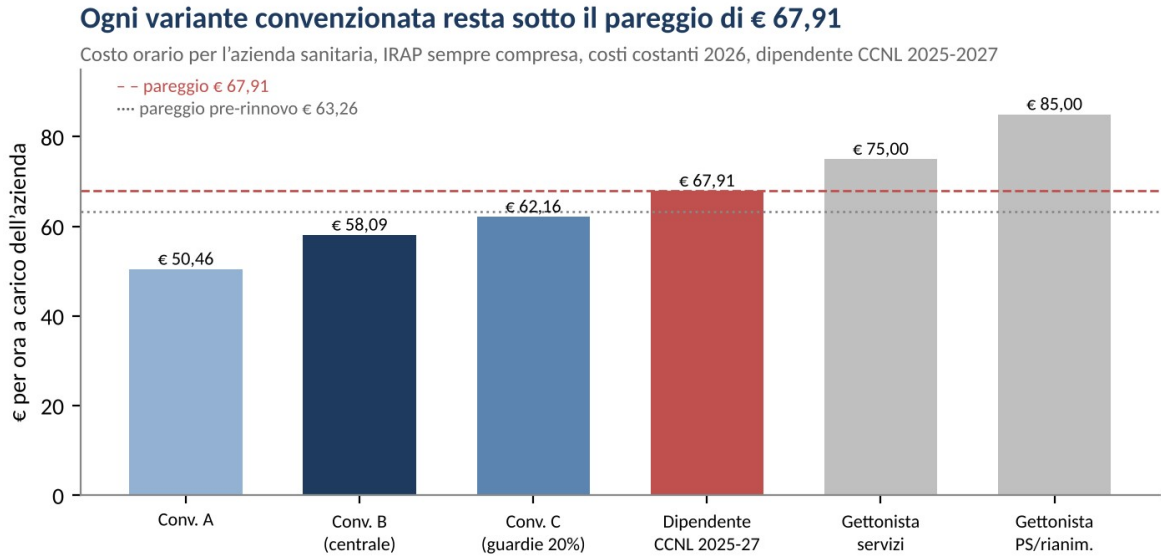


Figura 3 – Costo orario per l'azienda, IRAP compresa. Tutte le tariffe convenzionate restano sotto il pareggio con la dipendenza e molto sotto i tetti fissati per i medici «a gettone». La linea punteggiata indica il pareggio con il CCNL 2022-2024.

Lo **scenario B è il valore centrale**: include il premio di collaborazione e il premio di operosità, costi veri per l'azienda analoghi alla tredicesima e al trattamento di fine servizio già compresi nel costo del dipendente, e l'IRAP che l'azienda versa oggi sui compensi convenzionati. Lo **scenario C** aggiunge il 20% delle ore in guardia notturna o festiva: la tariffa sale a € 62,16 e resta **€ 5,76 sotto il pareggio**. L'ACN Ospedale include la maggiorazione del 10% per attività ospedaliera.

Confronto annuo per medico a tempo pieno	Scenario A	Scenario B	Scenario C
Costo annuo convenzionato, IRAP compresa	€ 99.709	€ 114.790	€ 122.826
Costo annuo dipendente (CCNL 2025-2027)	€ 134.200	€ 134.200	€ 134.200
Risparmio per medico all'anno	€ 34.491	€ 19.410	€ 11.374
Risparmio %	25,7%	14,5%	8,5%
Margine prima del pareggio	+€ 17,46/h (+35%)	+€ 9,82/h (+17%)	+€ 5,76/h (+9%)
Risparmio orario vs gettonista (€ 75–85)	€ 24,54–34,54	€ 16,91–26,91	€ 12,84–22,84
Per memoria: risparmio con il CCNL 2022-2024	€ 25.291	€ 10.210	€ 2.174

Tabella 9 – Costo annuo e margini per medico a 38 ore.

6. Dal singolo medico al sistema

Il modello non tocca nessun medico in servizio: decide solo con quale contratto coprire i posti che si liberano. Chi è stato sostituito negli anni precedenti fa risparmiare per dodici mesi; chi esce durante l'anno, in media, per sei.

Anno	Uscite	Stock sostituito	Medici-anno	A (€ mln)	B (€ mln)	C (€ mln)
2027	5.000	5.000	2.500	86,2	48,5	28,4
2028	5.300	10.300	7.650	263,9	148,5	87,0
2029	5.700	16.000	13.150	453,6	255,2	149,6
2030	5.700	21.700	18.850	650,2	365,9	214,4
2031	5.700	27.400	24.550	846,8	476,5	279,2
2032	5.700	33.100	30.250	1.043,4	587,1	344,1
2033	5.700	38.800	35.950	1.240,0	697,8	408,9

Anno	Uscite	Stock sostituito	Medici-anno	A (€ mln)	B (€ mln)	C (€ mln)
2034	5.500	44.300	41.550	1.433,1	806,5	472,6
2035	5.500	49.800	47.050	1.622,8	913,2	535,2
2036	5.500	55.300	52.550	1.812,5	1.020,0	597,7
Totale	55.300	—	274.050	9.452,3	5.319,2	3.117,1

Tabella 10 – Sviluppo annuo del risparmio, IRAP sempre compresa. Medici-anno = stock a fine anno precedente + metà delle uscite dell'anno.

Il risparmio cresce con ogni coorte sostituita

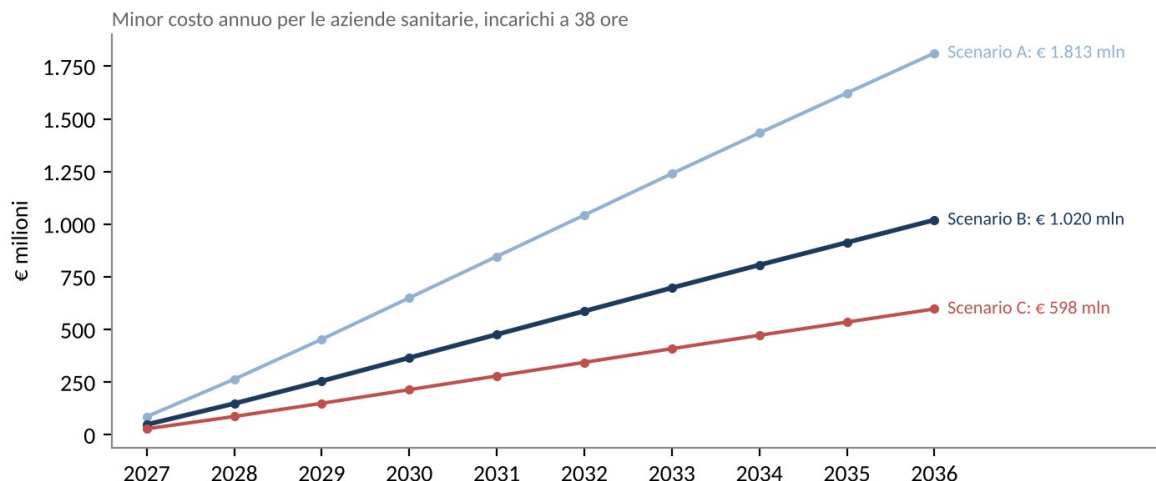


Figura 4 – Risparmio annuo per le aziende sanitarie, 2027–2036, nei tre scenari (€ milioni).

Il valore del 2036 conta ancora per soli sei mesi le uscite di quell'anno. Dal 2037, con tutti i 55.300 specialisti in servizio per dodici mesi, il risparmio annuo sale a **€ 1,91 mld (A)**, **€ 1,07 mld (B)** o **€ 0,63 mld (C)**, e continua a crescere finché prosegue il turnover.

Il tempo conta. Ogni anno di ritardo nell'avvio costa circa **€ 0,92 mld** nel decennio (scenario B; € 1,64 mld nello scenario A), perché si perde l'intera prima coorte di sostituzioni: 5.000 medici per 9,5 anni. Il picco dei pensionamenti cade nel 2029–2033.

6.1 Riparto per aree geografiche

Il risparmio nazionale si distribuisce tra le Regioni in proporzione ai dirigenti medici di ciascuna (dati 2023). La Lombardia, da sola, vale circa il 14% del totale.

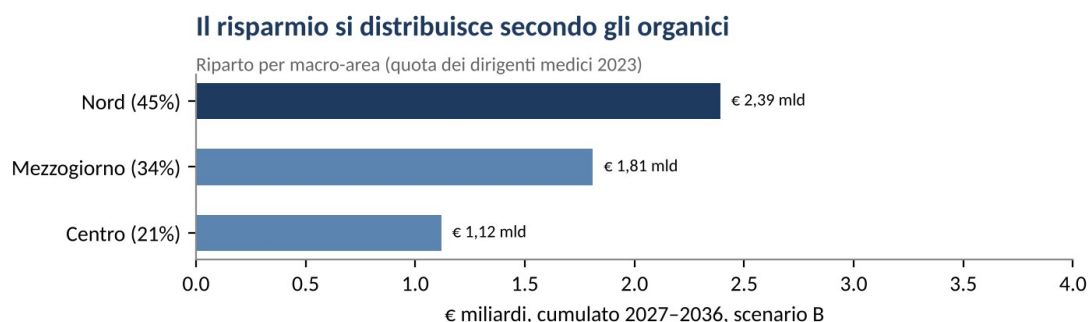


Figura 5 – Riparto del risparmio cumulato per macro-area, scenario B. Scenario A: Nord € 4,3 mld, Mezzogiorno € 3,2 mld, Centro € 2,0 mld; scenario C: € 1,4 / 1,1 / 0,7 mld.

7. Quote di adozione e durata degli incarichi

Poiché la scelta resta a Regioni e aziende, il risparmio effettivo dipende da quanti posti saranno coperti in convenzione. Il modello è lineare: con metà dei posti il risparmio si dimezza, ma anche al 25% e a parità di ore supera **€ 1,3 mld** nel decennio.

Quota in convenzione	38 ore - A	38 ore - B	38 ore - C	24 ore - B*	12 ore - B*
100%	€ 9,5 mld	€ 5,3 mld	€ 3,1 mld	€ 16,9 mld	€ 26,8 mld
75%	€ 7,1 mld	€ 4,0 mld	€ 2,3 mld	€ 12,7 mld	€ 20,1 mld
50%	€ 4,7 mld	€ 2,7 mld	€ 1,6 mld	€ 8,5 mld	€ 13,4 mld
25%	€ 2,4 mld	€ 1,3 mld	€ 0,8 mld	€ 4,2 mld	€ 6,7 mld

Tabella 11 – Risparmio cumulato 2027-2036 per quota di adozione. * Include ore non ricoperte.

Il valore a 38 ore è un risparmio **a parità di servizio**. Gli incarichi a 24 e 12 ore producono risparmi più alti, ma in gran parte perché si acquistano meno ore: sono legittimi solo dove il fabbisogno del posto è davvero inferiore o le ore si spostano sul territorio con l'ACN Territorio, e **non vanno letti come risparmio generale**. Il costo per ora non cambia con la durata dell'incarico: coprire 38 ore con un incarico da 24 e uno da 14 costa come un incarico unico da 38; cambia solo il numero di specialisti (1,6 a 24 ore, 3,2 a 12 ore).

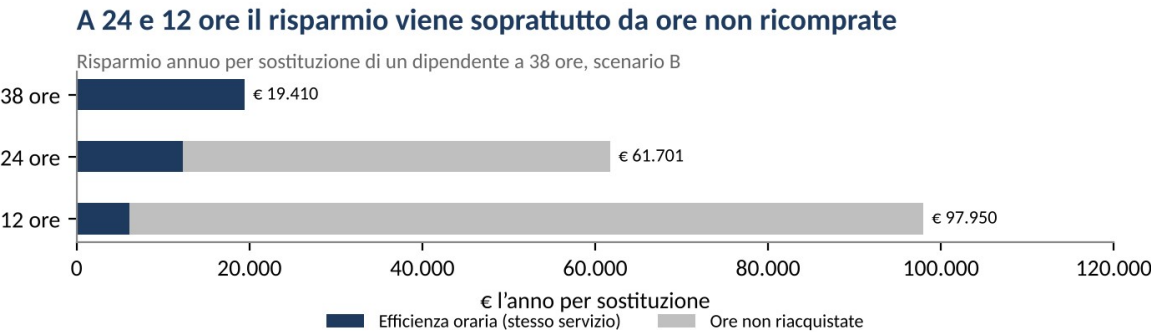


Figura 6 – Risparmio annuo per sostituzione, scenario B. Efficienza oraria = ore acquistate × (€ 67,91 – tariffa); ore non ricoperte = ore del dipendente non riacquistate × € 67,91.

Incarico	Ore annue	Costo convenzionato	Risparmio per sostituzione	di cui efficienza oraria	di cui ore non ricoperte	Annua a regime
38 ore	1.976	€ 114.790	€ 19.410	€ 19.410	—	€ 1,07 mld
24 ore	1.248	€ 72.499	€ 61.701	€ 12.259	€ 49.442	€ 3,41 mld
12 ore	624	€ 36.250	€ 97.950	€ 6.129	€ 91.821	€ 5,42 mld

Tabella 12 – Scomposizione del risparmio per durata dell'incarico, scenario B.

8. Sensibilità e stress test

Un modello solido si riconosce da quanto è facile capire cosa succede se cambia un'ipotesi. Il grafico mostra, per ogni variabile, di quanto si sposta il cumulato dello scenario B quando la si porta agli estremi dell'intervallo provato, tutto il resto fermo.

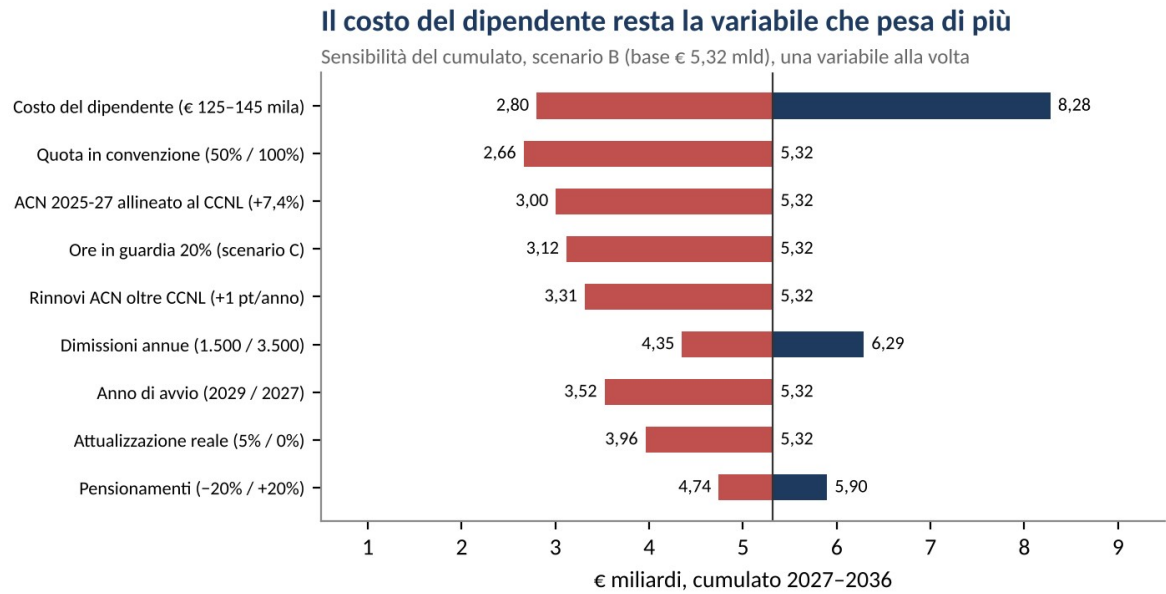


Figura 7 – Sensibilità del cumulato 2027-2036, scenario B. Rosso: variazione in diminuzione; blu: in aumento.

#	Variabile	Valore base	Intervallo provato	Effetto sul cumulato
1	Costo aziendale del dipendente	€ 134.200	€ 125-145 mila	± € 274 mln per ogni € 1.000; B: € 2,80-8,28 mld
2	Tariffa oraria	scenari A-C	± € 1 l'ora	≈ € 541 mln per ogni € 1/h
3	Premi ACN (collaborazione, operosità)	esclusi in A	1/12 + 1/12 (B, C)	- € 4,1 mld (da A a B)
4	Ore in guardia notturna o festiva	nessuna in A e B	20% delle ore (C)	- € 2,2 mld (da B a C)
5	Pensionamenti	30.300	± 20%	B: € 4,7 - 5,9 mld
6	Dimissioni volontarie	2.500 l'anno	1.500 - 3.500	B: € 4,3 - 6,3 mld
7	Quota dei posti in convenzione	100%	25% - 100%	≈ € 53 mln per punto (B)
8	Anno di avvio	2027	ritardo 1-2 anni	B: € 4,4 - 3,5 mld
9	ACN 2025-2027 allineato al CCNL	ACN vigente	+7,4% sulla tariffa	B: € 3,00 mld
10	Rinnovi ACN successivi vs CCNL	crescita uguale	+0,5 / +1 / +2 punti	vedi Figura 8
11	Attualizzazione	nessuna	2% - 5% reale	B: € 4,7 - 4,0 mld
12	Ore, part-time, ferie, malattia	parità di ore	qualsiasi	neutre
13	Risparmi indiretti (gettonisti, concorsi)	non conteggiati	—	solo in aumento

Tabella 13 – Mappa delle variabili, IRAP sempre compresa. Effetti calcolati una variabile alla volta.

8.1 La dinamica dei rinnovi

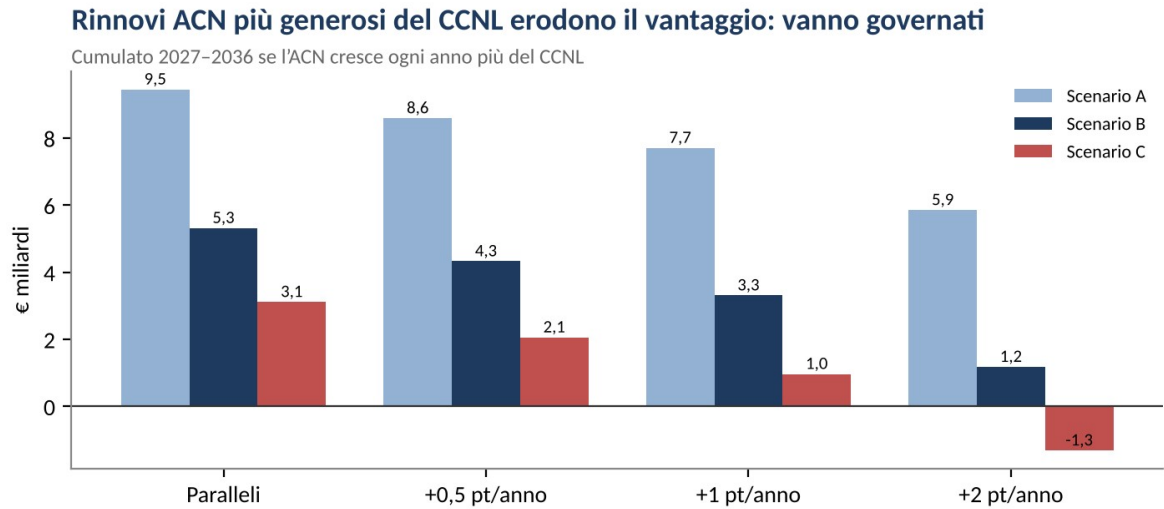


Figura 8 - Effetto di rinnovi ACN più generosi del CCNL sul cumulato 2027-2036.

La **dinamica dei rinnovi** è la variabile da presidiare: se i rinnovi della convenzione fossero stabilmente più generosi di quelli della dipendenza, il vantaggio si ridurrebbe gradualmente. Con 2 punti l'anno in più per dieci anni gli scenari A e B restano positivi (B: € 1,18 mld), mentre lo scenario C con le guardie diventerebbe negativo (–€ 1,31 mld). Lo scenario B si annulla oltre circa 2,5 punti l'anno. La variabile va quindi governata nella norma e nell'atto di indirizzo, anche perché la proposta prevede di utilizzare parte del risparmio per aumenti contrattuali dei medici convenzionati: conviene fissarne la quota massima.

8.2 Il confronto a rinnovi allineati

Il risultato centrale confronta il CCNL già rinnovato con l'ACN vigente. Per neutralizzare la sfasatura tra i due rinnovi si è calcolato il caso in cui l'ACN 2025-2027 riconosca alla tariffa convenzionata lo **stesso aumento percentuale del costo del dipendente (+7,4%)**: un'ipotesi generosa, perché comprende anche la quota di aumento finanziata per legge solo per la dipendenza.

ACN 2025-2027 allineato al CCNL (+7,4%)	Scenario A	Scenario B	Scenario C
Tariffa oraria a carico azienda, IRAP compresa	€ 54,17	€ 62,37	€ 66,73
Risparmio per medico all'anno	€ 27.153	€ 10.961	€ 2.334
Risparmio cumulato 2027-2036	€ 7,44 mld	€ 3,00 mld	€ 0,64 mld
Per confronto: CCNL e ACN 2022-2024, IRAP compresa	€ 6,93 mld	€ 2,80 mld	€ 0,60 mld

Tabella 14 - Risultati con rinnovi paralleli. Il vantaggio è proporzionale al livello dei costi e si conserva quando i due contratti crescono allo stesso ritmo.

Lo stress test più severo

Mettendo insieme lo scenario di costo più prudente (C, con IRAP e il 20% delle ore in guardia), la sostituzione di metà delle uscite, dimissioni ridotte a 1.500 l'anno e un anno di ritardo nell'avvio, il risparmio cumulato resta positivo: **circa € 1,06 mld nel decennio**. Anche nell'ipotesi peggiore combinata la convenzione non costa più della dipendenza.

9. Benefici non monetizzati

Il modello conteggia solo il minor costo dell'ora di lavoro. Restano fuori benefici che possono solo migliorare il risultato:

- **Alternativa ai gettonisti.** Ogni ora coperta da un convenzionato (scenario B, IRAP compresa) al posto di un medico «a gettone» costa € 16,91–26,91 in meno: € 33.400–53.200 l'anno per posto a tempo pieno. È una spesa verso operatori esterni al perimetro pubblico.
- **Reclutamento più rapido.** Con la graduatoria del Comitato zonale il sostituto entra in servizio in pochi giorni e il titolare in 2-3 mesi, contro i 10-20 mesi e oltre di un concorso, che oggi va spesso deserto (sezione 2.3). Dodici mesi di vacanza coperti da gettonisti costano € 33.400–53.200 in più per posto.
- **Più ore senza nuovi ingressi.** I medici dipendenti potrebbero offrire ore di specialistica nella propria branca, fuori dall'orario di servizio e tramite graduatoria, a un costo di € 41,91 l'ora inferiore alle prestazioni aggiuntive (sezione 2.4).
- **Si paga solo il lavoro che serve.** L'incarico è a ore: l'azienda può aumentare, ridurre o spostare le ore in base al fabbisogno reale, anche tra sedi e tra ospedale e territorio.
- **Minori costi di gestione.** Selezione, concorsi e amministrazione del rapporto costano meno; non si applicano gli istituti accessori introdotti dal nuovo CCNL che il modello non conteggia (indennità ferie, ore di recupero dello straordinario).
- **Continuità.** Incarichi a tempo indeterminato garantiscono stabilità; il vero rischio di discontinuità oggi sono i posti vacanti e i gettonisti.
- **Attrattività.** Autonomia organizzativa e orari modulabili contano sempre di più per le nuove generazioni e per chi lascia l'ospedale.
- **Rafforzamento del territorio.** Case della Comunità, poliambulatori, assistenza domiciliare e riduzione delle liste d'attesa: la specialistica ambulatoriale ne è già il braccio operativo.

10. Effetti sui saldi di finanza pubblica

Il risparmio calcolato nelle sezioni precedenti è un **minor costo per le aziende sanitarie**. Per la finanza pubblica nel suo complesso va letto su tre livelli, perché una parte del costo – IRAP e contributi – è un trasferimento all'interno del perimetro delle amministrazioni pubbliche. L'IRAP grava su entrambi i rapporti: sulle retribuzioni del dipendente e sui compensi del convenzionato.

€ l'anno per medico a 38 ore	Dipendente	Conv. A	Conv. B	Conv. C
1. Azienda sanitaria: costo aziendale	134.200	99.709	114.790	122.826
Risparmio		34.491	19.410	11.374
2. Consolidato regionale: al netto IRAP	125.769	92.801	107.307	114.818
Risparmio		32.968	18.462	10.951
3. Consolidato PA: al netto IRAP e contributi (illustrativo)	99.187	81.269	94.814	101.451
Risparmio (al lordo IRPEF)		17.918	4.373	-2.264

Tabella 15 – Il risparmio su tre livelli. Livello 3: oneri riflessi del dipendente ipotizzati al 26,8% della retribuzione, da sostituire con il dato RGS; ENPAM considerato nel perimetro S.13 (da confermare sull'elenco ISTAT vigente).

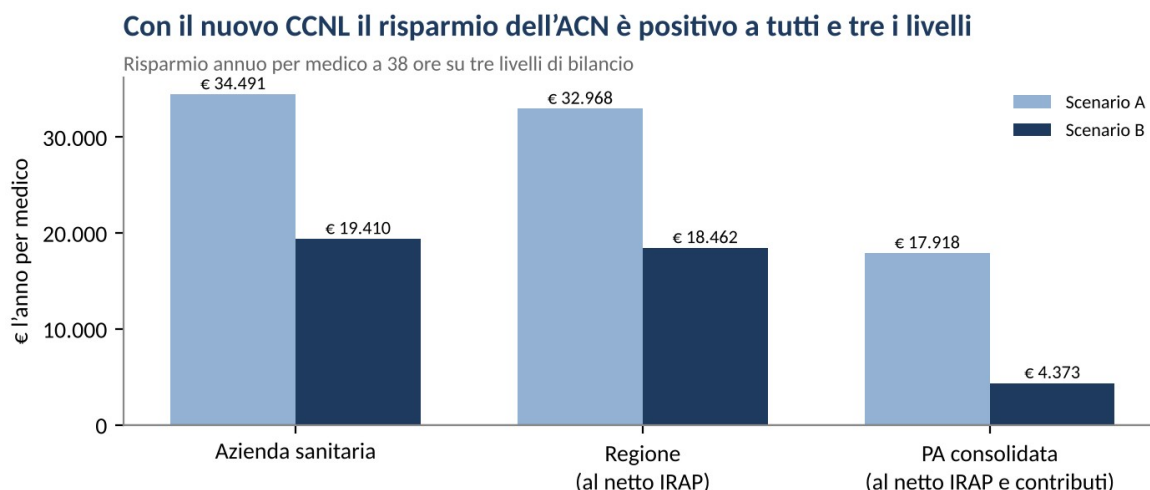


Figura 9 - Risparmio annuo per medico a 38 ore su tre livelli di bilancio, scenari A e B.

- **Livello 1 - azienda sanitaria.** È il livello su cui operano i tetti di spesa e l'equilibrio dei bilanci sanitari: il risparmio è pieno in tutti gli scenari, IRAP compresa.
- **Livello 2 - Regione.** L'IRAP pagata dall'azienda, su dipendenti e convenzionati, torna alla Regione. Il risparmio regionale nello scenario B è di circa **€ 18.462 per medico l'anno, € 5,1 mld nel decennio**: poco meno di quello aziendale, perché l'IRAP del dipendente è più alta di quella del convenzionato.
- **Livello 3 - conto consolidato PA.** È la novità più rilevante del nuovo contratto. A settembre, nello scenario B, al netto di IRAP e contributi il risparmio diventava leggermente negativo (–€ 2.426). Con il CCNL 2025-2027 la retribuzione lorda del dipendente supera i compensi lordi del convenzionato, premi compresi: il risparmio resta **positivo anche sul conto consolidato (+€ 4.373 per medico, circa € 1,2 mld nel decennio)**. Solo nello scenario C, con le guardie, il livello 3 è lievemente negativo.

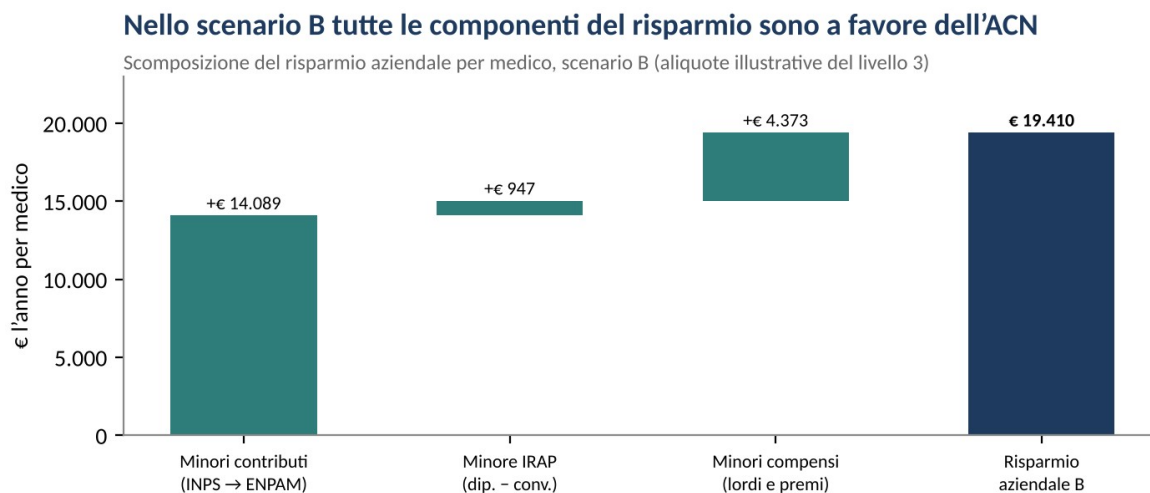


Figura 10 - Scomposizione del risparmio aziendale per medico, scenario B, con le aliquote illustrative del livello 3.

Ne derivano due conseguenze per l'impostazione della norma. Primo, la proposta **non chiede di iscrivere risparmi nei saldi** e va costruita a invarianza finanziaria, salvo i periodici rinnovi contrattuali triennali: le stime restano simulazioni finché la RGS non fornisce i dati ufficiali. Secondo, il suo valore per la finanza pubblica sta nel contenere la spesa sanitaria regionale a parità di servizio, nel ridurre il ricorso ai gettonisti e nel minore debito previdenziale implicito a carico dell'INPS, che il calcolo annuale non coglie; con il nuovo contratto vi si aggiunge un effetto positivo, seppur contenuto, sull'indebitamento netto.

11. Fattibilità

11.1 Giuridica

La specialistica ambulatoriale convenzionata è già disciplinata dall'art. 8 del d.lgs. 502/1992 e dagli ACN negoziati dalla SISAC. Serve una **norma primaria abilitante**, preferibilmente nella legge di bilancio 2027, che:

- istituisca il contratto unico della specialistica convenzionata con parte generale comune e un unico ACN della Specialistica Convenzionata Interna, articolato in Territorio e Ospedale (prassi già in uso da 18 anni, dal 2008);
- riconosca a Regioni e aziende la facoltà di coprire i posti vacanti di dirigente medico con incarichi ACN Ospedale, anche a completamento orario di incarichi esistenti, con scelta motivata nel piano triennale dei fabbisogni;
- escluda gli incarichi di direzione di struttura complessa e preveda il mantenimento delle funzioni gestionali in capo alla dirigenza dipendente e convenzionata secondo l'ACN vigente;
- aggiorni le incompatibilità dell'art. 4, comma 7, della legge 412/1991 per consentire l'accesso di MMG e PLS specialisti entro un massimale orario;
- elimini l'incompatibilità per i medici dipendenti e convenzionati del SSN a svolgere, oltre l'orario di servizio e sempre nel SSN, ore di specialistica ambulatoriale nella branca posseduta, assegnate esclusivamente tramite le graduatorie del Comitato zonale, con massimale orario e rispetto dei riposi, coordinando le norme sull'esclusività del rapporto;
- confermi la copertura immediata dei turni vacanti con sostituti tratti dalle graduatorie zonali e l'assegnazione del titolare entro termini certi;
- contenga la clausola di invarianza finanziaria, salvo i periodici rinnovi contrattuali triennali, e un obbligo di monitoraggio.

La norma si coordina con il nuovo CCNL, che già riconosce il servizio di specialista ambulatoriale interno a 38 ore ai fini degli incarichi dirigenziali (art. 12, c. 6): la reciprocità tra i due rapporti è quindi già entrata nella contrattazione collettiva.

11.2 Contabile

Oggi il costo degli specialisti convenzionati è rilevato nel conto economico delle aziende tra gli acquisti di servizi sanitari, non tra i costi del personale. Per evitare che la sostituzione venga letta come elusione del **limite di spesa per il personale**, si propone che la norma computi gli incarichi ACN Ospedale sostitutivi di posti di dipendenza nel limite stesso, al loro costo effettivo. Il margine liberato resterebbe così trasparente e verificabile dal Tavolo di verifica degli adempimenti.

L'IRAP sui compensi convenzionati resta a carico dell'azienda, come avviene oggi, ed è compresa in tutti gli scenari della relazione: non è un'incognita del calcolo.

11.3 Attuativa



Figura 11 – Percorso di attuazione. Tappe indicative, da adattare ai tempi reali di approvazione.

Per non perdere il picco dei pensionamenti conviene partire con una **fase transitoria** che dia copertura nazionale alle esperienze già in corso: ogni anno di ritardo vale circa € 0,9 mld di minori risparmi. Il monitoraggio annuo dovrebbe rilevare ore, costi, risparmi, liste d'attesa e indicatori di qualità, tenendo separate efficienza oraria e ore non ricoperte.

11.4 Disponibilità di specialisti

Ore cumulabili fino a 38, incarichi modulabili, graduatorie uniche tra ospedale e territorio e l'apertura a MMG e PLS specialisti allargano l'offerta. Il modello assume che ci siano abbastanza specialisti disposti alla convenzione; se così non fosse, l'effetto passa per la quota dei posti coperti (Tabella 11). Il divario retributivo creato dal nuovo CCNL rende

urgente un rinnovo dell'ACN che mantenga attrattiva la convenzione: anche con un aumento pari al CCNL il risparmio resta di € 3,0 mld (sezione 8.2).

12. Rischi e misure di mitigazione

Rischio	Effetto	Misura
Rinnovi ACN più generosi del CCNL	Erosione graduale del risparmio (Figura 8)	Crescita coordinata ACN-CCNL fissata nella norma e nell'atto di indirizzo
Rinnovo ACN 2025-2027 in ritardo rispetto al CCNL	Perdita di attrattività della convenzione, ore scoperte	Atto di indirizzo SISAC in parallelo alla norma; risorse coerenti con l'aumento della dipendenza
Uso del risparmio per aumenti contrattuali	Riduzione del risparmio netto	Quota massima predeterminata e verificata nel monitoraggio
Riduzione del servizio	Risparmi da ore non ricoperte presentati come efficienza	Ore scelte posto per posto su analisi del fabbisogno; monitoraggio separato delle due componenti
Qualità e sicurezza	Integrazione insufficiente nell'équipe	Regole ACN Ospedale su équipe, turni, guardie, responsabilità e assicurazione
Offerta insufficiente	Posti non coperti	Ore cumulabili, graduatorie uniche, accesso MMG/PLS
Scelte regionali disomogenee	Risultati diversi tra territori	Criteri condivisi e monitoraggio nazionale
Tempo degli assistiti di MMG/PLS	Minore assistenza primaria	Massimale orario complessivo e priorità all'attività di base
Lettura come elusione dei tetti	Contestazioni in sede di verifica	Computo degli incarichi sostitutivi nel limite di spesa del personale
Ore SAI dei dipendenti: affaticamento	Rischio per la sicurezza delle cure	Massimale orario, rispetto dei limiti d'orario e dei riposi, verifica dell'azienda di appartenenza
Ore SAI dei dipendenti: sovrapposizioni	Ore pagate due volte	Ore solo fuori servizio, rilevazione elettronica delle presenze, controlli incrociati

Tabella 16 – Rischi da presidiare. Nessuno rovescia la convenienza a livello aziendale.

13. Obiezioni prevedibili e risposte

Obiezione	Risposta
«Nella tariffa mancano delle voci»	Tutti gli scenari comprendono ENPAM e IRAP a carico dell'azienda; lo scenario B aggiunge premio di collaborazione e premio di operosità, il C anche il 20% delle ore in guardia. Il risparmio resta di € 19.410 e € 11.374 per medico all'anno.
«Il costo del dipendente è gonfiato»	L'aumento è ricostruito dal testo del CCNL, voce per voce, ed è inferiore al dato medio Aran. Ogni € 1.000 in meno vale circa € 274 milioni nel decennio. Anche ignorando del tutto il rinnovo (€ 125.000) lo scenario B, IRAP compresa, dà € 2,80 mld. E il dato esclude formazione, concorsi, gestione amministrativa e nuova indennità ferie.
«Il confronto è asimmetrico: il CCNL è rinnovato, l'ACN no»	Vero, ed è dichiarato. Con un ACN 2025-2027 che riconosca lo stesso +7,4% il cumulato B è di € 3,00 mld, più del valore di settembre con l'IRAP (€ 2,80 mld; sezione 8.2).
«Per la PA consolidata il risparmio sparisce»	Non più: con il nuovo contratto il livello 3 è positivo anche nello scenario B (+€ 4.373 per medico). Si chiede comunque invarianza finanziaria: il beneficio principale è per i bilanci sanitari regionali, a parità di servizio.
«I rinnovi dell'ACN saranno più generosi»	È la variabile da presidiare. Con il nuovo CCNL lo scenario B regge fino a circa 2,5 punti l'anno di crescita in più, per dieci anni: basta che i rinnovi procedano in parallelo o entro una quota definita.
«Nessuno accetterà la convenzione»	La convenzione offre flessibilità, autonomia e rapidità di ingresso. Il modello regge anche sostituendo solo metà delle uscite (€ 2,7 mld nello scenario B).
«I convenzionati non fanno guardie e reperibilità»	L'ACN Ospedale le disciplina con maggiorazioni; con il 20% delle ore in guardia (scenario C) la tariffa, IRAP compresa, è di € 62,16: € 5,76 sotto il pareggio.
«Si perde continuità assistenziale»	Gli incarichi a tempo indeterminato garantiscono stabilità. Il vero rischio oggi sono i posti vacanti e i gettonisti.
«La convenzione non è più rapida del concorso»	Il sostituto dalla graduatoria del Comitato zonale è in servizio in pochi giorni dalla pubblicazione del turno; la nomina del titolare entro 2-3 mesi. Un concorso richiede 10-20 mesi e oltre, tra prove e ricorsi, e può andare deserto.

Obiezione	Risposta
«I dipendenti lavorerebbero troppo»	Le ore sono volontarie, fuori servizio, entro un massimale e nel rispetto di limiti d'orario e riposi. Oggi le stesse ore si comprano come prestazioni aggiuntive, a € 100 e senza graduatoria.
«È una stima, non un dato ufficiale»	Vero, e lo si dichiara. È costruita su fonti istituzionali e sul testo del nuovo CCNL, con scelte prudenti, ed è replicabile con il modello Excel allegato.

Tabella 17 – Obiezioni e risposte.

14. Conclusioni e richieste al MEF

A parità di ore la convenzione costa meno della dipendenza in tutti gli scenari esaminati, e il rinnovo del CCNL 2025-2027 amplia il divario. Applicata al turnover, la proposta produce per le aziende sanitarie un minore costo di **€ 5,3 mld nel decennio** (scenario B, IRAP sempre a carico dell'azienda), crescente fino a circa **€ 1,1 mld l'anno a regime**, senza toccare nessun rapporto in essere. Anche nell'ipotesi di un ACN rinnovato con lo stesso aumento percentuale del CCNL, il risparmio resta di € 3,0 mld; e per la prima volta è positivo anche sul conto consolidato della PA. La proposta si presenta comunque a invarianza finanziaria, salvo i periodici rinnovi contrattuali triennali, e il risparmio può essere utilizzato, entro una quota predeterminata, per il rinnovo contrattuale dei medici convenzionati.

A questo si aggiungono vantaggi che il modello non monetizza: tempi di copertura di giorni invece che di mesi, la possibilità per i medici dipendenti e convenzionati di offrire ore di specialistica nel SSN tramite graduatoria, flessibilità, alternativa stabile ai gettonisti, rafforzamento dell'assistenza territoriale. Si chiede al Ministero dell'economia e delle finanze di:

1. esprimere parere favorevole a una **norma abilitante nella legge di bilancio 2027**, con clausola di invarianza finanziaria e senza iscrizione di risparmi nei saldi, comprensiva del **superamento dell'incompatibilità** per le ore di specialistica dei medici dipendenti e convenzionati del SSN tramite graduatoria;
2. confermare che i **minori costi restano nella disponibilità dei Servizi sanitari regionali**, da destinare a liste d'attesa, assistenza territoriale e retribuzioni;
3. mettere a disposizione, tramite la Ragioneria generale dello Stato, la **scomposizione del costo del dirigente medico** (retribuzione, oneri, IRAP) dal Conto annuale, **aggiornata agli effetti del CCNL 2025-2027** e con l'indicazione dell'anticipazione IVC già corrisposta, per trasformare la simulazione in quantificazione ufficiale;
4. chiarire il trattamento degli incarichi sostitutivi rispetto al **limite di spesa per il personale**;
5. assicurare all'atto di indirizzo per l'**ACN della specialistica ambulatoriale 2025-2027** risorse coerenti con quelle riconosciute alla dipendenza, entro una crescita coordinata dei due contratti;
6. inserire il **monitoraggio** di ore, costi e risparmi tra gli adempimenti verificati dal Tavolo tecnico.

Roma, ottobre 2026

Antonio Magi
Segretario Generale SUMAI Assoprof

Appendice A - Formule

Grandezza	Formula
Costo del dipendente CCNL 2025-2027	$\text{€ } 125.000 + (240 \times 13 + 3.224,48 + 455) \times (1 + 26,8\% + 8,5\%) \approx \text{€ } 134.200$
Compenso orario lordo	$\text{base} \times (1 + 18\% + 10\%) + \text{anzianità}$
Tariffa A	$\text{lordo} \times (1 + 14,19\% + 8,5\%)$
Tariffa B	$\text{lordo} \times (1 + 1/12 + 1/12) + (14,19\% + 8,5\%) \times \text{lordo} \times (1 + 1/12)$
Tariffa C	come B, con $\text{lordo} \times (1 + 20\% \times 35\%)$ per le ore in guardia
Costo annuo convenzionato	$\text{tariffa} \times 1.976 \text{ ore}$
Risparmio unitario r	$\text{€ } 134.200 - \text{costo annuo convenzionato}$
Tariffa di pareggio	$\text{€ } 134.200 \div 1.976 = \text{€ } 67,91$
Stock a fine anno	$S(t) = S(t-1) + U(t)$
Risparmio dell'anno	$R(t) = [S(t-1) + U(t) \div 2] \times r$
Risparmio a regime	$55.300 \times r$
Rinnovi ACN	$\text{tariffa}(t) = \text{tariffa} \times (1 + g)^{(t - 2027)}$
ACN allineato al CCNL	$\text{tariffa} \times (1 + 7,36\%)$
Risparmio per incarico a h ore	$\text{€ } 134.200 - \text{tariffa} \times h \times 52 = \text{efficienza oraria} + \text{ore non ricoperte}$
Riparto regionale	$\text{risparmio nazionale} \times (\text{medici della regione} \div 109.024)$

Appendice B - Il modello di calcolo

Il file «Modello_contratto_unico_specialistica_CCNL2025-2027.xlsx» riproduce tutti i valori della relazione con formule collegate. I parametri si modificano solo nel foglio «Ipotesi» (celle in blu su fondo giallo); gli altri fogli si ricalcolano automaticamente.

Foglio	Contenuto
Ipotesi	Costo del dipendente e incrementi del CCNL 2025-2027, voci della tariffa ACN, aliquote ENPAM e IRAP, dimissioni, quota di adozione, anno di avvio, rinnovi, attualizzazione, tetti dei gettonisti
Costo_dipendente	Nuovo: ponte dal costo 2026 al costo a regime del CCNL 2025-2027, con oneri e IRAP; confronto con il dato medio Aran
Tariffa	Costruzione del costo orario negli scenari A, B, C e confronto annuo con il dipendente
Risparmio_annuo	Uscite, anni-medico e risparmio 2027-2036; regime dal 2037; costo di un anno di ritardo; cumulato attualizzato
Ore_incarico	Incarichi a 38, 24 e 12 ore: efficienza oraria e ore non ricoperte
Quote_adozione	Cumulato per quota dei posti coperti in convenzione
Saldi_PA	Lettura su tre livelli: azienda, Regione, PA consolidata; scomposizione del risparmio B
Tempi_e_ore_SSN	Costo dei mesi di vacanza coperti da gettonisti; ore di specialistica offerte dai medici dipendenti e confronto con le prestazioni aggiuntive
Sensibilita	Costo del dipendente, pensionamenti, dimissioni, avvio, quota, ACN allineato, rinnovi, attualizzazione, stress test

Appendice C - Glossario

- **ACN** – Accordo collettivo nazionale che regola il rapporto degli specialisti ambulatoriali convenzionati con il SSN, negoziato dalla SISAC per le Regioni.
- **CCNL** – Contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica dipendente, negoziato dall'Aran. «Ipotesi» indica il testo sottoscritto in preintesa, prima dei controlli e della firma definitiva.
- **ENPAM** – Ente di previdenza dei medici. Per gli specialisti ambulatoriali l'aliquota 2026 è 32,65%, di cui 14,19% a carico del SSN.

- **Indennità di specificità medica** – Indennità fissa riconosciuta ai dirigenti medici e veterinari, finanziata in parte da risorse di legge; con il CCNL 2025-2027 è di € 11.653,30 annui.
- **IRAP** – Imposta regionale sulle attività produttive; per le aziende sanitarie si calcola sulle retribuzioni dei dipendenti e sui compensi dei convenzionati (8,5%), sempre a carico dell'azienda.
- **IVC** – Indennità di vacanza contrattuale; l'anticipazione corrisposta dal 2025 è assorbita negli incrementi tabellari del nuovo CCNL.
- **Premio di collaborazione** – Somma annua prevista dall'ACN pari a un dodicesimo del compenso, simile a una tredicesima.
- **Premio di operosità** – Somma prevista dall'ACN alla cessazione dell'incarico: una mensilità per anno di servizio, simile al trattamento di fine rapporto.
- **Anni-medico** – Numero di medici moltiplicato per gli anni in cui lavorano in convenzione anziché in dipendenza.
- **Tariffa di pareggio** – Costo orario al quale la convenzione costerebbe esattamente quanto la dipendenza.
- **Convenzione di metà anno** – Ipotesi per cui chi esce durante l'anno conta, in media, per sei mesi.

Appendice D - Fonti

- Aran, Ipotesi di Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità, triennio 2025-2027, sottoscritta il 7 ottobre 2026 (artt. 12, 16, 17, 34-42).
- Aran, comunicato e documentazione economica di accompagnamento all'Ipotesi di CCNL 2025-2027 (7 ottobre 2026); Quotidiano Sanità, 7 ottobre 2026.
- Ministero della Salute, Rapporto sul personale del SSN – dati 2023 (ed. settembre 2025).
- RGS-MEF, Conto annuale del personale delle pubbliche amministrazioni.
- SISAC, ACN per la specialistica ambulatoriale interna 2022-2024.
- Fondazione ENPAM, aliquote contributive 2026.
- Linee guida nazionali sull'impiego dei medici «a gettone» (novembre 2025).
- D.lgs. 502/1992, art. 8; legge 412/1991, art. 4, comma 7.
- Nota metodologica e documento di approfondimento «Specialistica convenzionata o dipendenza ospedaliera?» (settembre 2026); relazione tecnica per il MEF, versione di settembre 2026.