

CONCORSO

**COLLABORATORE
e ASSISTENTE
AMMINISTRATIVO ASL**

nelle **Aziende sanitarie locali**

MANUALE di **TEORIA** e **QUIZ**

con **FORMULARIO** degli atti più rilevanti

VIII Edizione **2026**

di tre mesi, ai sensi dell'art.55-sexies, comma 3. Per l'individuazione dell'autorità disciplinare competente per i procedimenti disciplinari dei dipendenti e per le forme e i termini del procedimento disciplinare trovano applicazione le previsioni dell'art. 55-bis del D. Lgs n. 165 del 2001. Il responsabile della struttura presso cui presta servizio il dipendente, previa audizione del dipendente a difesa sui fatti addebitati, procede all'irrogazione della sanzione del rimprovero verbale. L'irrogazione della sanzione deve risultare nel fascicolo personale. Non può tenersi conto, ad alcun effetto, delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro irrogazione. I provvedimenti di cui al comma 1 non sollevano il dipendente dalle eventuali responsabilità di altro genere nelle quali egli sia incorso. Resta, in ogni caso, fermo quanto previsto dal d.lgs. n. 116 del 2016 e quanto previsto dall' art. 55 e seguenti del d.lgs. n. 165/2001.

Fatta salva la sospensione cautelare disposta ai sensi dell'art. 55 quater comma 3 bis del d.lgs. 165/2001, l'Azienda o Ente, laddove riscontri la necessità di espletare accertamenti su fatti addebitati al dipendente a titolo di infrazione disciplinare punibili con la sanzione non inferiore alla sospensione dal servizio e dalla retribuzione, può disporre, nel corso del procedimento disciplinare, l'allontanamento dal lavoro per un periodo di tempo non superiore a trenta giorni, con conservazione della retribuzione (art. 67). Il dipendente che sia colpito da misura restrittiva della libertà personale è sospeso d'ufficio dal servizio con privazione della retribuzione per la durata dello stato di detenzione o, comunque, dello stato restrittivo della libertà (art. 68). Nell'ipotesi di procedimento disciplinare che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria, trovano applicazione le disposizioni dell'art. 55-ter e quater del D.Lgs.n.165 del 2001 (art. 69).

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari ed il dipendente, in via conciliativa, possono procedere alla determinazione concordata della sanzione disciplinare da applicare fuori dei casi per i quali la legge ed il contratto collettivo prevedono la sanzione del licenziamento, con o senza preavviso (c.d. determinazione concordata della sanzione, disciplinata dall'art. 70).

► 3.1.4. Il nuovo CCNL Comparto Sanità 2022-2024



Art. 39 CCNL Comparto Sanità 2022-2024 – Memorizza la norma che disciplina il contratto individuale di lavoro

Il **CCNL del comparto sanità** sottoscritto il **27 ottobre 2025** disciplina il personale del comparto per il **triennio 2022–2024** e si presenta come un testo ampio, sistematico e fortemente orientato sia alla **riorganizzazione del lavoro** sia alla **valorizzazione delle professionalità**. Già dall'indice emerge la sua articolazione in una pluralità di titoli che abbracciano le **disposizioni generali**, le **relazioni sindacali**, l'**ordinamento professionale**, il **rapporto di lavoro**, le **tipologie flessibili**, gli **istituti normo-economici** e il **trattamento economico**, confermando la volontà delle parti di intervenire in maniera organica su quasi tutti i nodi centrali del lavoro nel Servizio sanitario nazionale. Il contratto è stato effettivamente sottoscritto presso l'ARAN il 27 ottobre 2025, pur riguardando il triennio 2022–2024, e si collega alla prosecuzione delle regole già contenute nel CCNL del 2 novembre 2022, che restano applicabili quando non risultano espressamente sostituite o incompatibili.

► 3.1.4.1. Ambito di applicazione e funzione del contratto

Sotto il profilo soggettivo, il contratto si applica a **tutto il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato** dipendente dalle **Aziende ed Enti del comparto sanità**, come individuati dal CCNQ del 22 febbraio 2024. Questa scelta chiarisce subito che il CCNL non si rivolge a una platea ristretta, ma si pone come disciplina comune dell'intero comparto, abbracciando le aziende sanitarie, ospedaliere, le A.R.P.A., le agenzie, gli istituti, le RSA e gli altri enti ricompresi nel perimetro del Servizio sanitario nazionale. Il contratto chiarisce inoltre alcune definizioni utili all'interpretazione, precisando cosa debba intendersi per **Aziende ed Enti**, per **Istituti**, per **dirigente o responsabile** e per **unità operativa**, così da rendere omogenea l'applicazione delle clausole in contesti organizzativi diversi. In questo senso, il CCNL svolge una funzione non solo regolativa, ma anche **ordinante**, perché uniforma il linguaggio giuridico e organizzativo del comparto. Dal punto di vista temporale, il contratto riguarda il periodo **1° gennaio 2022 – 31 dicembre 2024** sia per la parte **giuridica** sia per quella **economica**, ma i suoi effetti decorrono dal giorno successivo alla stipulazione, salvo diverse

previsioni. Le Aziende e gli Enti sono tenuti ad applicare gli istituti a contenuto economico e normativo che abbiano carattere **vincolato** e **automatico** entro trenta giorni dalla sottoscrizione. È importante sottolineare che il contratto, alla scadenza, si rinnova **tacitamente di anno in anno** se non interviene disdetta, e che, anche in caso di disdetta, le disposizioni continuano a restare in vigore fino alla loro sostituzione. Ne deriva che il CCNL opera come fonte stabile della disciplina del rapporto di lavoro, capace di garantire continuità regolativa anche nelle fasi di transizione tra un rinnovo e l'altro. La stessa previsione dell'**interpretazione autentica** conferma la volontà di prevenire controversie diffuse e di conservare coerenza applicativa al testo contrattuale.

► 3.1.4.2. Le relazioni sindacali come architrave del sistema

Uno degli aspetti più significativi del nuovo contratto è la centralità attribuita al sistema delle **relazioni sindacali**. Il testo non lo concepisce come un semplice insieme di adempimenti formali, ma come uno strumento destinato a costruire rapporti stabili tra amministrazioni e organizzazioni sindacali, fondati su **partecipazione consapevole, dialogo costruttivo, trasparenza** e rispetto reciproco di diritti e obblighi. Il contratto afferma in modo esplicito che attraverso le relazioni sindacali si deve realizzare il temperamento tra la **missione di servizio pubblico** delle aziende sanitarie e l'interesse del personale a migliori condizioni di **sicurezza clinica, di crescita professionale** e di **qualità del lavoro**. La relazione sindacale, dunque, non viene vista come un momento separato rispetto all'organizzazione del servizio, ma come parte integrante della sua qualità complessiva.

Il modello relazionale delineato dal contratto si articola nella **partecipazione** e nella **contrattazione integrativa**. La partecipazione comprende l'**informazione, il confronto aziendale e regionale** e gli **organismi paritetici di partecipazione**. L'informazione ha natura preventiva e scritta, e deve mettere i soggetti sindacali in condizione di conoscere dati ed elementi utili prima dell'adozione definitiva delle misure. Il **confronto aziendale** si configura come un dialogo approfondito su materie di grande impatto, come l'articolazione dell'**orario di lavoro**, i criteri per il conferimento e la revoca degli **incarichi**, la programmazione della **pronta disponibilità**, l'individuazione delle attività svolgibili in **lavoro agile** o **lavoro da remoto**, la prevenzione del **rischio clinico**, la pianificazione delle **attività formative** e perfino l'eventuale estensione dei destinatari delle **ferie e riposi solidali**. Il **confronto regionale**, invece, assume rilievo nelle questioni che richiedono una regia territoriale più ampia, come il riparto delle risorse, i processi di riorganizzazione, il lavoro precario e le stabilizzazioni. Di particolare interesse è poi l'**Organismo paritetico per l'innovazione**, pensato come sede permanente di analisi e proposta sulle innovazioni organizzative, sul miglioramento dei servizi, sulla promozione della legalità, sul **benessere organizzativo**, sulla prevenzione dello **stress lavoro-correlato**, degli **infortuni** e del **burn-out**, nonché sull'attuazione delle politiche di **age management**. Questa previsione rivela bene l'impostazione del contratto: il cambiamento organizzativo non deve essere calato unilateralmente dall'alto, ma costruito anche mediante spazi stabili di collaborazione tra parte pubblica e parte sindacale. A ciò si aggiunge una disciplina accurata della **contrattazione collettiva integrativa**, che individua i soggetti, le materie, i tempi e le procedure, e attribuisce rilievo centrale a temi come la ripartizione delle risorse dei fondi, i criteri per i premi di **performance**, l'attivazione del **welfare integrativo**, la flessibilità oraria, il lavoro agile e l'elevazione di alcune **indennità**.

► 3.1.4.3. Il nuovo ordinamento professionale e la logica della valorizzazione

Il **Titolo III** dedicato all'**ordinamento professionale** conferma una linea di forte investimento sulla differenziazione delle competenze e sulla crescita professionale del personale. Il primo elemento di rilievo è l'istituzione del profilo di **Educatore professionale socio-pedagogico**, collocato nel ruolo tecnico dell'area dei **professionisti della salute e dei funzionari**. La descrizione del profilo chiarisce che si tratta di una figura orientata alla promozione della prospettiva **pedagogico-educativa**, alla prevenzione delle difficoltà educativo-relazionali e alla costruzione di percorsi formativi e progettuali finalizzati al benessere individuale e sociale, senza sovrapposizioni con le attività tipiche o riservate alle professioni sanitarie. Questa innovazione segnala una trasformazione culturale importante: il sistema sanitario viene letto in modo sempre più integrato con la dimensione educativa e sociale. Accanto a ciò, il contratto aggiorna la **declaratoria delle aree e dei profili** e conferma l'accesso all'area di **elevata qualificazione**, rinviando all'allegato A per la puntualizzazione dei requisiti. Viene inoltre

► 1.1. Classificazione delle aziende pubbliche. L'azienda sanitaria come azienda composta pubblica orientata all'efficienza, all'efficacia e all'economicità.



All. 2, D.lgs. 118/2011_Memorizza la definizione della voce "garanzie prestate" nello Schema di Stato Patrimoniale degli enti SSN.

La distinzione tra "unità di produzione" e "unità di consumo" costituisce la classificazione più immediata, delle diverse entità in relazione al tipo di attività economica svolta. Da ciò deriva la tradizionale distinzione in aziende di produzione, le quali soddisfano in modo indiretto i bisogni, in quanto svolgono la funzione di produrre beni e servizi diretti allo scambio e aziende di consumo o di erogazione che utilizzano, in relazione a proprie finalità, i beni e servizi disponibili per il diretto soddisfacimento dei bisogni, secondo parametri di efficienza economica.

Le prime (aziende di produzione) vengono istituite e rette allo scopo preminente di conseguire un lucro, o risultato economico positivo.

Le seconde (aziende di consumo o erogazione), si distinguono nelle seguenti categorie:

- **aziende di consumo**, che svolgono un'attività di raccolta e impiego di mezzi al fine di soddisfare i bisogni delle persone che costituiscono le medesime aziende;
- **aziende di erogazione** in senso stretto, quelle aziende in cui i mezzi acquisiti vengono erogati per il soddisfacimento dei bisogni di persone esterne alle stesse aziende;
- **aziende composte pubbliche**, che si caratterizzano per la particolare caratteristica di coniugare sia processi di produzione che processi di consumo della ricchezza. Sono da considerarsi tali le amministrazioni pubbliche (amministrazioni dello Stato, Regioni, enti locali, aziende sanitarie, enti previdenziali, camere di commercio, università, istituzioni scolastiche).

Tra le aziende di erogazione, l'azienda composta pubblica è il modello più rilevante in quanto rappresenta l'ordine strettamente economico delle amministrazioni pubbliche. Essa nasce laddove si attui una produzione di servizi pubblici, cioè di servizi diretti a soddisfare bisogni di primario interesse (sanità, lavori pubblici, istruzione, giustizia, difesa, ordine interno, ecc.) che, in quanto necessari, devono essere gestiti in forma pubblica.

L'azienda sanitaria pubblica acquisisce a tutti gli effetti la qualificazione di azienda composta in quanto in essa si realizzano congiuntamente:

- processi di produzione, in senso economico, ossia di cessione dei risultati dell'attività contro il corrispettivo di un "prezzo" (produzione di ricchezza);
- processi di consumo, in senso economico, ossia di cessione dei risultati dell'attività senza corrispettivo diretto (consumo di ricchezza).

La finalità istituzionale dell'azienda sanitaria, in quanto azienda composta pubblica, è dunque rappresentata dal soddisfacimento dei bisogni della collettività (tutela della salute) mediante la produzione e l'erogazione di servizi pubblici (prestazioni sanitarie).

La disciplina contenuta nel D. Lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria) e nelle modifiche contenute nel D. Lgs. 229/1999, ha sancito il principio che la gestione delle aziende debba avvenire nel rispetto dei criteri dell'**economicità, dell'efficienza e dell'efficacia**. Invero, non esiste in dottrina una univoca definizione di economicità. Si potrebbe in ogni caso affermare che «è la capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza "fisiologico", ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa¹». L'economicità della gestione di un'azienda sanitaria locale o ospedaliera è, infatti, soddisfatta quando sono garantite entrambe le due determinanti: l'efficienza (*Efficiency*) e l'efficacia (*Effectiveness*).

La gestione di un reparto ospedaliero o più in generale di un Centro di Responsabilità (CdR) è efficiente

¹ Borgonovi E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, 1996

quando i ricavi (R), derivanti dai servizi resi, riescono almeno a coprire i costi (C) sopportati per produrli. Altrimenti, la gestione è non efficiente.

La gestione aziendale è massimamente efficiente quando produce il massimo ricavo a costo dato, oppure quando realizza il costo minimo a ricavo dato. In altri termini, una gestione massimamente efficiente implica la condizione di “zero ridondanza”, vale a dire richiede l’assenza di risorse e di capacità produttiva inutilizzata (assenza di *slack resources*).

L’efficacia è la seconda dimensione dell’economicità. Essa esprime la capacità di un CdR di realizzare gli obiettivi pianificati, ovvero i risultati desiderati o attesi. Un CdR che, a parità di ricavi, consuma meno risorse di un altro è più efficiente. Tuttavia, se esso non contribuisce in modo adeguato al raggiungimento degli obiettivi, allora tale CdR non è efficace e, quindi, non soddisfa la condizione di economicità.

La gestione di un’azienda è efficace quando il risultato realizzato (B) è maggiore o uguale dell’obiettivo atteso e/o desiderato (B*), ovvero quando $(B)/(B^*) > 1$.

Per come l’efficacia aziendale è stata appena definita, risulta che un CdR può essere efficiente ma non efficace: consuma, cioè, le risorse senza sprechi, ma non realizza gli obiettivi rilevanti. D’altra parte, un CdR può essere efficace, ma non efficiente. Realizza gli obiettivi gestionali pianificati, ma con notevoli “sprechi di risorse”.

In altri termini, si può affermare che l’efficienza e l’efficacia sono entrambe condizioni necessarie per l’economicità. Se manca l’efficienza o se manca l’efficacia o se mancano entrambe, la gestione non soddisfa il requisito dell’economicità.

Ciò fonda, in ultima analisi, la natura complessa e “multidimensionale” della misura della economicità dell’azienda.

2. La nuova disciplina contabile degli enti del SSN

L’esigenza di contenere la spesa pubblica, soprattutto con riferimento alla riduzione dei disavanzi delle aziende sanitarie, ha reso necessaria la ricerca e l’introduzione di nuove modalità di gestione delle aziende sanitarie, orientate non soltanto all’universalità e all’equità, ma anche, così come previsto dal D. lgs. n. 502/92, all’efficacia, all’efficienza, all’economicità e alla qualità. L’introduzione del citato principio di **aziendalizzazione nel SSN**, avviata con la trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende, presuppone, pertanto, non solo la trasformazione della natura giuridica di tali enti, ma soprattutto la concreta implementazione di criteri e strumenti di natura aziendale indirizzati al perseguimento dell’equilibrio economico a valere nel tempo. Tra questi un’importanza capitale è rivestita dalla nuova disciplina contabile.

In particolare, il D. lgs. 502/92 all’art. 5, così come confermato dai successivi interventi normativi, sanciva l’obbligo per le Regioni di emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle **unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere**, in conformità ai principi del codice civile, prevedendo in aggiunta gli strumenti e gli obblighi della contabilità generale, propri delle aziende aventi personalità giuridica, nonché di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.

Tale decreto prevede, quindi, che le aziende sanitarie e quelle ospedaliere adottino la contabilità economica patrimoniale, che in un primo tempo si affianca alla contabilità finanziaria per poi sostituirla del tutto.

Questo impianto normativo, inoltre, si è rivelato particolarmente innovativo nella misura in cui, già nel 1992 veniva previsto dovessero essere rese pubbliche le analisi di costo (mediante la contabilità analitica) e le valutazioni sui rendimenti e sui risultati (valutazione delle performance).

La **contabilità economico patrimoniale** ha comportato, infatti, anche:

- l’affinamento del sistema di contabilità analitica;
- l’introduzione della prospettiva economica nei documenti di programmazione e pianificazione: la logica economico patrimoniale influenza anche il processo programmatico, mediante la redazione di budget economico, individuando i prevedibili