

il nuovo Anestesista Rianimatore

AARO IEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica

Direzione: Via del Viminale 43 - 00184 Roma - Redazione: Via Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

NOVEMBRE - DICEMBRE
2025
6
Anno XLVII

LAVORO E CAPITALE UMANO

Il convegno
AARO-IEMAC



SAQURE 2026
Intervista
al Responsabile
Scientifico

CCNL
Quesiti&Risposte

SimuLearn®
calendario
Maggio- Giugno

Sommario

3 **Convegno AAROI-EMAC**
Il capitale umano al centro delle trasformazioni del SSN

14 **Elisoccorso**
Specializzazioni ARTID e MEU: un conflitto inesistente

16 **Pronto Soccorso**
Impiego nelle Unità Operative di Pronto Soccorso di Medici
Anestesisti Rianimatori

19 **SAQURE**
L'intervista al Responsabile Scientifico del Meeting

21 **SimuLearn®**
Il calendario dei Corsi di Maggio e Giugno

23 **COSMED**
Decreto PA: attacco alle prerogative contrattuali e alle retribuzioni
della dirigenza pubblica

26 **Dalle Regioni**
Notizie e Comunicati Stampa dalle Sezioni Regionali

30 **CCNL**
Le risposte del Presidente Nazionale

AAROI-EMAC risponde

36 **- Quesiti Sindacali**

News AAROI-EMAC in tempo reale www.aaroiemac.it



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr



LinkedIn



Instagram

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETERIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • lombardia@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr LUIGI DE SIMONE • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr GIANLUIGI MORELLO • sicilia@aaroiemac.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • QUIRINO PIACEVOLI • ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO-MOLISE • Dr GIAMPIERO DELL'ELCE • abruzzo-molise@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr VINCENZO BRESCIA • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr MATTEO NICOLINI • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr ALBERTO PERATONER • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr LUIGI ZURLO • lazio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa ELISA G. V. PORCILE • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • lombardia@aaroiemac.it
MARCHE • Dr HOSSEIN ZAHEDI • marche@aaroiemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dr GILBERTO FIORE • piemonte-aosta@aaroiemac.it
PUGLIA • Dr ANTONIO AMENDOLA • puglia@aaroiemac.it
SARDEGNA • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
SICILIA • Dr GIANLUIGI MORELLO • sicilia@aaroiemac.it
TOSCANA • Dr LUIGI DE SIMONE • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr MASSIMILIANO DALSSASSO • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr ANDREA BRASOLA • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr LUCA FILETICI • trento@aaroiemac.it

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.A.C.

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI
Dr LUIGI DE SIMONE
Dr GIANLUIGI MORELLO

Comitato di Redazione
Dr GIAN MARIA BIANCHI
Dr POMPILO DE CILLIS
Dr COSIMO SIBILLA

Direzione e Amministrazione
Via del Viminale 43 - 00184 Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroiemac.it

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 18-02-2026

CONVEGNO AAROI-EMAC

LAVORO E CAPITALE UMANO

LE SFIDE PER IL FUTURO

**Mercoledì 18 febbraio 2026
ore 15.00 - 18.00**

Palazzo Wedekind, P.za Colonna, 366 - Roma



CONVEGNO AAROI-EMAC

Il capitale umano al centro: il convegno AAROI-EMAC sulle sfide per il futuro

Il capitale umano come elemento chiave del sistema lavoro e, in ambito sanitario, per la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Questi temi sono stati al centro del convegno *“Lavoro e Capi-tale Umano: le sfide per il futuro”*, organizzato dall'AAROI-EMAC il 18 Febbraio a Palazzo Wedekind a Roma.

L'iniziativa ha offerto un momento di confronto ampio e articolato sulle profonde trasformazioni che stanno investendo il mondo del lavoro, con un focus specifico sul settore sanitario, chiamato a misurarsi con cambiamenti organizzativi, innovazione tecnologica, digitalizzazione dei processi e criticità legate alla carenza di personale e alla sostenibilità dei carichi di lavoro.

Nel corso del convegno – al quale hanno preso parte rappresentanti delle istituzioni, del mondo accademico e delle parti sociali – è emersa con chiarezza la necessità di ripartire proprio dalle persone, dalle competenze e dal valore professionale. *“Nel settore sanitario – ha dichiarato in apertura dei lavori Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC –, ma così come in tutti gli ambiti lavorativi, il capitale umano non è una variabile accessoria. In sanità, ad esempio, è l'asse portante della qualità e della sicurezza delle cure.”*

Parlare di sostenibilità senza investire realmente sulle persone significherebbe eludere, senza scioglierlo, il nodo principale della crisi che attraversa il Servizio Sanitario Nazionale.”

Spazio è stato dedicato al tema dell'innovazione tecnologica e dei nuovi modelli organizzativi,

sempre più centrali nei processi di riorganizzazione della sanità pubblica. Secondo l'AAROI-EMAC, digitalizzazione e nuove tecnologie possono rappresentare leve importanti di miglioramento solo se accompagnate da un rafforzamento delle condizioni di lavoro e da politiche strutturate di valorizzazione professionale. *“L'innovazione organizzativa – ha sottolineato Vergallo – è fondamentale ma non può essere considerata una strada per compensare la carenza di personale. Senza sicurezza, formazione continua, riconoscimento professionale e carichi di lavoro sostenibili, il rischio è quello di impoverire ulteriormente il sistema pubblico e di allontanare ancora di più i professionisti dal SSN.”*

Nel corso del convegno è stata messa in evidenza la necessità di strategie concrete orientate alla valorizzazione delle competenze, alla tutela della qualità e della sicurezza delle prestazioni e alla tenuta complessiva del sistema lavoro, con particolare riferimento alla sanità pubblica.

Nel dibattito è stato inoltre ribadito il ruolo centrale del confronto tra istituzioni, esperti e parti sociali come strumento indispensabile per costruire politiche del lavoro e della sanità capaci di rispondere alle sfide attuali e future anche per quanto concerne il benessere lavorativo. *“Il futuro – ha concluso il Presidente AAROI-EMAC – dipende dalla capacità di rimettere le persone che ogni giorno fanno funzionare la sanità in condizioni di poterlo fare con soddisfazione professionale e nella salvaguardia della loro vita privata. Solo attraverso strategie condivise a tal fine sarà possibile continuare a garantire il diritto alla salute e l'interesse collettivo.”*



Puoi riguardare l'evento al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=39636>

L'INTRODUZIONE DEL PRESIDENTE AAROI-EMAC

*Gentile Assessore,
Onorevoli, Senatori e Senatrici,
Gentili Colleghe e Colleghi,
Gentili Partecipanti qui in presenza e da
remoto, dato che l'Evento è trasmesso in diretta
streaming,*

desidero innanzitutto ringraziarVi a nome dell'AAROI-EMAC per aver accolto l'invito a partecipare a questo Convegno, che apro con una breve introduzione, in modo da lasciare più spazio ai contributi e agli interventi in programma.

In generale, in un mondo in cui la domanda di beni e servizi evolve a ritmi sempre più rapidi, un'Organizzazione del Lavoro dei Professionisti necessari per mantenere adeguata l'offerta interessa a livello globale tutti i Sistemi Produttivi, ma assume un rilievo particolare per i cosiddetti "Sistemi Complessi", i quali per definizione sono caratterizzati da una disponibilità di risorse umane, tecnologiche, di materiali e di flussi informativi finalizzata alla trasformazione di input in prodotti finiti o in servizi da immettere sul mercato.

Sotto questo profilo, tutti i Sistemi Sanitari del mondo possiedono queste caratteristiche, ma – diversamente dai Sistemi Produttivi di tipo meramente economico – "producono" salute. Il Servizio Sanitario Nazionale del nostro Paese, in particolare, ha inoltre come suo principio etico fondante un'universalità solidaristica basata su una sostanziale gratuità delle cure, almeno quelle rientranti nei LEA, che a prescindere dal loro costo, anche quando sono erogate dalla Sanità Privata in regime di convenzionamento, gravano collettivamente sui Contribuenti.

Questo pone il nostro SSN nettamente al di sopra delle leggi di mercato, ma non di quelle che ne regolano la sostenibilità economica, dato che la realizzazione concreta delle sue finalità e la sua

adeguatezza rispetto all'evoluzione degli assetti sociali dipendono in primis dagli stanziamenti pubblici.

Una buona parte dalla spesa pubblica per la Sanità, che tende inevitabilmente ad aumentare nel tempo in ragione di numerosi fattori la cui sommatoria complessiva si traduce in una tendenziale crescita continua dei bisogni di salute, è necessaria per remunerare il personale che ne assicura le prestazioni.

Ma per troppi anni nel nostro Paese i tentativi di razionalizzazione della spesa per la Sanità hanno colpito con tagli lineari soprattutto le remunerazioni del personale nel settore pubblico, e di riflesso anche nel settore privato, esitando oltretutto, almeno nel sistema pubblico, pur di garantire i servizi, in un ricorso a personale operante in regimi di lavoro atipici, a causa di una progressiva insufficienza, non solo e non tanto numerica, di Medici e Infermieri disponibili a lavorare con contratti di lavoro di livello collettivo nazionale.

Paradossalmente, si è così verificato un aumento di spesa che per i settori specialistici – ad iniziare dalla MEU Soccorso e dall'ARTID – resi meno attrattivi anche dal peggioramento delle condizioni di lavoro ha addirittura oltrepassato quella storica, e ha avuto riflessi negativi anche sull'efficienza, sull'efficacia e sull'integrazione delle prestazioni erogate nei percorsi aziendali di diagnosi e cura. Alcuni passi per valorizzare il personale di questi settori sono già stati fatti, ma ne occorrono ancora altri.

Per troppi anni, inoltre, in Italia è mancata un'adeguata programmazione del numero di Professionisti Sanitari da formare e da rendere disponibili per le nuove assunzioni, che tenesse conto quantomeno del fisiologico ricambio generazionale e di un'età anagrafica media dei lavoratori in

aumento; su questo versante, solo negli ultimi tempi abbiamo assistito ad una corsa ai ripari, che però potranno aver effetto benefico non prima di qualche lustro, e comunque meritano fin d'ora alcuni perfezionamenti.

Su un altro versante, le più o meno recenti iniziative di riorganizzazione delle modalità di lavoro nel SSN, messe in campo anche in funzione dello sviluppo delle diverse componenti multi-professionali e della loro integrazione, potranno a loro volta aver effetti positivi solo se, oltre che implementare la qualità e la sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, saranno realizzate evitando sia sovrapposizioni di competenze, sia drenaggi osmotici tra le risorse

economiche contrattualmente riservate a ciascun profilo o stanziare per obiettivi specifici in proporzione alle corrispondenti attese di risultato. Il miglioramento del benessere lavorativo di tutti i Professionisti della Sanità (il "Capitale Umano" il cui tema è al centro del Convegno), che è fondamentale anche per massimizzarne il rendimento, resta poi un'altra materia di confronto tra Istituzioni, Esperti e Parti Sociali affinché possano essere individuate e adottate strategie condivise orientate all'interesse collettivo e alla tutela del diritto alla salute.



*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Il Ministro per le disabilità*

Gentilissimi,

Vi ringrazio per l'invito a partecipare al convegno "Lavoro e Capitale Umano: le sfide per il futuro". Si tratta di un'iniziativa di grande interesse e attualità, capace di mettere al centro un tema strategico per lo sviluppo del Paese e per la qualità dei servizi, a partire da quelli sanitari.

Purtroppo, impegni istituzionali precedentemente assunti non mi consentono di essere presente, ma desidero rivolgere un cordiale saluto al Presidente nazionale, il dottor Alessandro Vergallo, ai relatori, agli organizzatori e a tutti i partecipanti.

La riflessione sul valore del capitale umano e sulle trasformazioni del mondo del lavoro è oggi fondamentale, soprattutto nei settori ad alta responsabilità sociale come quello sanitario.

Promuovere modelli organizzativi equi, inclusivi e accessibili significa investire sull'efficienza dei sistemi, e in particolare sulla dignità e sulla piena partecipazione di ogni persona.

In questo percorso, l'attenzione ai diritti delle persone con disabilità, alle pari opportunità e alla valorizzazione delle competenze rappresenta un fattore decisivo di crescita e innovazione.

Iniziative come questa contribuiscono a costruire un confronto serio e concreto tra istituzioni, professionisti e parti sociali, favorendo una cultura del lavoro fondata su qualità, sicurezza, inclusione e responsabilità.

Auguro pieno successo ai lavori e colgo l'occasione per ringraziarVi di cuore per il Vostro instancabile impegno.

Con profonda stima e gratitudine.



*Alessandro Vergallo,
Presidente Nazionale AARO-EMAC*

*Gabriele Fava,
Presidente INPS*



*Andrea Giordano,
Capo Ufficio Legislativo
del Ministero della Salute*

*Maria Cristina Cantù,
Vice Presidente Commissione Affari Sociali,
Sanità e Lavoro del Senato*





Elisa Pirro,
Commissione Bilancio del Senato



Gian Antonio Girelli,
*Commissione Affari Sociali
della Camera dei Deputati*



Ilenia Malavasi,
*Commissione Affari Sociali
della Camera dei Deputati*



Guido Quintino Liris,
Commissione Bilancio del Senato



Simona Baldassarre,
Assessore Cultura, Pari Opportunità,
Politiche giovanili e della Famiglia,
Servizio civile della Regione Lazio

Enzo Peruffo,
Prorettore per la Didattica con delega alle
Lauree Magistrali e al Teaching & Learning
Innovation Hub, Luiss Guido Carli,



Filippo Anelli,
Presidente FNOMCeO

Nicola Draoli,
Consigliere Nazionale FNOPI





*Alessandro Grimaldi,
Coordinatore Segretari regionali
Anaa Assomed*



*Guido Quici,
Presidente Federazione CIMO Medici*



*Luciana Cois,
Segretaria Generale CISL medici*



*Giorgio Cavallero,
Segretario Generale COSMeD*



*Rino Di Meglio,
Segretario Generale CGS
Confederazione Generale Sindacale*



*Daniele G. Biasucci,
Consiglio Direttivo SIAARTI*



*Francesca Marfella,
Segretaria SIET*



*Valentina Angeli,
Presidente Cosmeu*



*Lorenzo Ghiadoni,
Presidente AcEMC*

*Alessio Lubrani,
Presidente Sismax*



*Daniele Orletti,
Presidente CoES*

*Valerio Mogini,
Direttore Area Socio-Sanitaria
Croce Rossa Italiana*





*Alessandro Idonea,
Rappresentante FIALS*





Specializzazioni ARTID e MEU: un conflitto inesistente

Nei giorni scorsi si è aperto un dibattito conseguente ad una interrogazione a risposta scritta sottoposta alla Giunta della Provincia Autonoma di Trento in merito all'apertura del servizio di elisoccorso anche ai Medici di Emergenza-Urgenza (MEU), normalmente impegnati nel Pronto Soccorso o nel servizio di emergenza territoriale. Secondo l'autrice dell'interrogazione, questa impostazione rappresenterebbe un cambiamento rispetto alla tradizionale assegnazione del servizio ai Medici Anestesisti Rianimatori. Sul tema sono intervenuti con la lettera di seguito il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo e il Presidente AAROI-EMAC Provincia di Trento, Dr Luca Filetici.

LA LETTERA

Gentile Direttore,

la tesi secondo la quale l'elisoccorso sarebbe di competenza esclusiva dei Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione (ARTID), lasciandone esclusi i Medici d'Emergenza Urgenza (MEU), che parrebbe scaturire dalle considerazioni e dai quesiti contenuti in una **interrogazione** presentata al Consiglio della Provincia Autonoma di Trento qualche giorno fa, impone all'AAROI-EMAC l'obbligo di intervenire in modo inequivocabile su un tema che qualcuno potrebbe esser tentato di cavalcare innescando inutili polemiche per tentare di risollevare questioni surrettizie e comunque ormai definitivamente superate.

Il documento ci ha lasciati sconcertati, dato che

per la nostra Associazione, la quale è ad oggi, stabilmente da molti anni ma in progressiva crescita anche tendenziale, il 3° Sindacato rappresentativo della Dirigenza Sanitaria, pur raccogliendo per propria precisa scelta strategica "soltanto" i Collegi ARTID (da sempre), e (dal 2009) anche i Collegi MEU, le due specializzazioni, in tutto il territorio nazionale, hanno pari competenze tanto sulle automediche quanto nei servizi di elisoccorso, il che è naturalmente condiviso non solo a livello della rappresentanza AAROI-EMAC Provinciale di Trento ma anche (soprattutto) dai Collegi che essa riunisce.

La pretesa politica di rimettere in discussione questo basilare concetto, ormai ampiamente consolidato e condiviso anche da altre autorevoli rappresentanze professionali di settore, si pone palesemente in contrasto con tutta l'evoluzione nazionale che nel tempo ha caratterizzato lo sviluppo dell'emergenza-

urgenza sanitaria, incluso l'elisoccorso, che ne è la "punta di diamante" anche per quanto concerne la selezione del personale da assegnare a questo servizio d'eccellenza. Un'evoluzione che è avvenuta anche e soprattutto grazie a progettualità via via nel tempo ampiamente condivise tra gli "addetti ai lavori" nel senso più lato del termine, che però non può prescindere da un elevatissimo livello di competenza specifica nel settore.

Giova appena ricordare che la realizzazione di tali progettualità non può mai considerarsi statica, in primis per l'importanza strategica dell'obiettivo di dover assicurare una qualità sempre incrementale delle prestazioni a garanzia della salute dei cittadini nelle situazioni più critiche, soprattutto in quelle tempo-dipendenti, per le quali la definizione delle competenze tecnico-specialistiche dei professionisti incaricati di gestirle viaggia di pari passo sia con l'implementazione della loro formazione post-laurea, sia con lo sviluppo di modelli organizzativi che non possono restare ancorati a schemi che invecchiano molto più rapidamente di quanto comunemente si creda o si voglia far credere.

Dubitare oggi del fatto che la specializzazione MEU, per quanto concerne l'idoneità a prestare servizio nel soccorso sanitario aereo, oltre che sui mezzi mobili di superficie, fornisca competenze analoghe a quelle che si acquisiscono con la specializzazione ARTID, significa non solo ignorare l'evoluzione che ha interessato la MEU sin dalla nascita dell'omonima scuola di specializzazione, avvenuta ormai oltre 15 anni or sono, ma addirittura disconoscerne gli obiettivi, peraltro oggi più attuali e cogenti che mai, in funzione dei quali essa fu all'epoca istituita, con un percorso formativo che per quanto concerne il supporto avanzato delle funzioni vitali pone indiscutibilmente i Medici d'Emergenza-Urgenza allo stesso livello di competenze che un tempo erano riconosciute ai soli Anestesisti Rianimatori, ferme restando le esclusive competenze di questi ultimi negli ambiti dell'anestesia generale e della rianimazione loro riconosciute dalle norme di legge e dalle buone pratiche cliniche, oltre che dalla formazione specifica.

Pertanto, non solo condividiamo in toto la **nota** del Presidente nazionale SIMEU Dr Alessandro Riccardi a commento di questa sorprendente vicenda tren-

tina, ma sottolineiamo senza mezzi termini il fatto che, sia sotto il profilo organizzativo del lavoro, sia sotto quello scientifico e accademico, l'affermazione secondo la quale "Anestesisti Rianimatori e Medici d'Emergenza-Urgenza sono specialisti differenti, con percorsi diversi, ma che condividono un'ampia area di competenze comuni quando si parla di paziente critico" costituisce una realtà innegabile, nel merito della quale sarebbe surreale, per chiunque abbia davvero contezza dell'argomento, aver il minimo dubbio.

Se in qualche parte del territorio italiano questa realtà non ha ancora avuto la possibilità di essere culturalmente accettata da tutti, a causa di qualche "prassi consolidata degli ultimi 46 anni, durante i quali il servizio è stato garantito da medici anestesisti-rianimatori", il problema è – evidentemente – proprio una prassi antica di quasi mezzo secolo. Un'eternità, considerati i ritmi grazie ai quali corrono i progressi della medicina, dai quali nessuno può ritenere avulse la formazione e la gestione dei professionisti di cui si avvale il SSN, in particolare nell'Emergenza-Urgenza, dalla quale è quantomeno contraddittorio, oltretutto, voler considerare estranei i Collegi specialisti nell'omonima disciplina.

Se poi, sempre in qualche situazione locale, specialmente se facente parte di sistemi sanitari regionali o provinciali di elevato livello qualitativo anche grazie ad un'adeguata disponibilità di risorse economiche e di personale sanitario rispetto alla media nazionale, non fosse stato ancora trovato il modo di organizzare il servizio di elisoccorso con idonei criteri di sicurezza e di appropriatezza per quanto concerne l'impiego mirato di specifici profili medici specialistici tanto negli interventi primari quanto in quelli secondari, allora a maggior ragione andrebbero urgentemente riviste le vecchie prassi finora adottate, e a tal fine siamo a completa disposizione per fornire la nostra collaborazione per consentire a chi di competenza di aggiornarle al meglio.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

*Dr Luca Filetici
Presidente AAROI-EMAC Provincia di Trento*



Medici AR in Pronto Soccorso

Il documento AAROI-EMAC in merito all'impiego nelle Unità Operative di Pronto Soccorso di Medici Anestesisti Rianimatori per sgomberare il campo, ancora una volta, da ogni dubbio e da ogni opacità comunicativa e/o interpretativa, da parte di chiunque, su tutto quanto inerente la corretta organizzazione del lavoro negli Enti del Sistema Sanitario Nazionale.

Di seguito il documento:

Roma, 11 Febbraio 2026

IMPIEGO NELLE UNITÀ OPERATIVE DI PRONTO SOCCORSO DI MEDICI ANESTESISTI RIANIMATORI

Giungono in questi giorni alla nostra attenzione (per l'ennesima volta negli anni), segnalazioni inerenti intenzionalità riguardanti proposte o addirittura disposizioni di servizio aziendali, provenienti da diverse Regioni, finalizzate all'impiego estemporaneo o addirittura sistematico nelle Unità Operative (di seguito per brevità anche "UU. OO.") di Pronto Soccorso (di seguito per brevità anche "PS") di Medici Anestesisti Rianimatori (di seguito per brevità anche "AR").

La questione si ripropone ormai ciclicamente, con cadenze temporali che assomigliano a quelle

stabilite dalle sempiternе leggi fisiche che regolano i movimenti della Terra rispetto ai corpi celesti, con sembianze simili a quelle tipiche della "Precessione degli Equinozi" rispetto ai tentativi di cambiare gli ordinamenti e le normative in materia di equipollenze e affinità specialistiche mediche oltre che negli ambiti dei contratti di lavoro.

Per l'ennesima volta negli anni, pertanto, corre oggi l'obbligo di far chiarezza sull'argomento, sgombrando il campo (per l'ennesima volta negli anni auspicando che non si debba farlo nei secoli a venire o magari in eterno) da ogni dubbio e da ogni

opacità comunicativa e/o interpretativa, da parte di chiunque, su tutto quanto inerente (non alla fisica spaziale ma alla corretta organizzazione del lavoro negli Enti del Sistema Sanitario Nazionale, di seguito per brevità anche "SSN"), richiedendoci una biblica pazienza nel (ri)partire:

- dalle equipollenze e dalle affinità specialistiche mediche così come normate dal Decreto del Ministero della Salute del 30.01.1998 nelle relative tabelle, via via aggiornate fino a quelle pubblicate in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale, n. 187) l'11 agosto 2023;
- dal vigente (ad oggi) CCNL Triennio 2019-2021 del 23.01.2024, tenendo conto che il CCNL Triennio 2022-2024 (ad oggi ancora in attesa della firma definitiva della PreIntesa siglata il 18.11.2025) nulla varierà al proposito;
- dalle caratteristiche, anche in termini contrattuali nazionali, dell'orario di lavoro svolto nei PS, che per sua natura è sostanzialmente e funzionalmente configurato come un "Servizio di guardia";
- dalle caratteristiche, anche in termini contrattuali nazionali, delle prestazioni che i Medici AR dipendenti da qualsivoglia Ente del SSN sono tenuti a svolgere per dovere d'ufficio, i limiti delle quali corrispondono esattamente a quelli riservati anche per legge alla Specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore (di seguito per brevità anche "ARTID").

Passiamo ordunque all'analisi ordinamentale, normativa, contrattuale, organizzativa del lavoro in materia.

- le affinità specialistiche mediche, resta ad oggi immutata l'assenza di qualsivoglia equipollenza e/o affinità della Specializzazione ARTID con qualsivoglia altra specializzazione.
- Il vigente (ad oggi) CCNL Triennio 2019-2021 del 23.01.2024 recita:
 - all'Art. 29 (Servizio di guardia):
 1. *Nelle ore notturne e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le urgenze/emergenze dei servizi ospedalieri e, laddove previsto, di quelli territoriali, sono assicurate tenuto conto delle diverse attività di competenza della presente area dirigenziale, mediante:*

a) il dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove necessario, da altri servizi di guardia o di pronta disponibilità;
b) la guardia di unità operativa (ex divisionale) o tra unità operative appartenenti ad aree funzionali omogenee (dipartimentali o ex interdivisionali) e dei servizi speciali di diagnosi e cura;

c) la guardia nei servizi territoriali ove previsto.
Il servizio di guardia istituito per aree funzionali omogenee è previsto solo per aree che insistono sullo stesso presidio; esso deve riferirsi ad Unità operative/ Servizi appartenenti ad aree con particolari affinità cliniche (medica, chirurgica e dei servizi), tenendo conto delle omogenee competenze. Il dirigente non può essere preposto a più servizi di guardia contemporaneamente.

All'Allegato 1 (Servizio di guardia):

1. In riferimento all'art. 29, e in coerenza con eventuali criteri generali da emanarsi a cura delle singole Regioni, ai sensi dell'art. 6, comma 3, lett. l) relativi ai criteri generali sulla programmazione dei servizi di pronta disponibilità e di guardia, le parti si danno atto che il servizio di guardia in generale va organizzato per unità operativa:

- *nei servizi di pronto soccorso;*
- *in tutte le strutture ove esistano terapie intensive (Anestesia e Rianimazione, Utic, Terapia Intensiva Neonatale, ecc.) e semi-intensive (rianimatorie, cardiologiche, respiratorie, metaboliche, ecc.);*
- *ove esista una unità ictus di II livello;*
- *attività di alta specialità di cui al D.M. del Ministero della Salute del 29 gennaio 1992. Tale previsione riguarda anche le specialità di anestesia, laboratorio analisi e radiodiagnostica negli ospedali sede di dipartimento di urgenza ed emergenza di I e II livello;*
- *nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia;*
- *Eventuali altre unità operative e/o servizi a supporto.*

- Le caratteristiche delle attività di servizio nei PS, qualora e laddove un qualsivoglia turno di lavoro ivi assegnato preveda lo svolgimento di prestazioni diverse da quelle che in termini generali sono inquadrabili come “consulenze” (intendendosi per “consulenze” le prestazioni specialistiche che a richiesta del PS medesimo si rendano necessarie a supporto e non in sostituzione del Medico di PS), sono tali da dover essere garantite esclusivamente da Medici dedicati ai PS, siano essi specialisti in Medicina d’Emergenza-Urgenza (in breve “MEU”) ovvero in altre discipline equipollenti o affini, ovvero ancora medici non specialisti i quali in forza di deroghe o di modalità sussidiarie sono a vario titolo reclutati a tal fine.
- Le caratteristiche delle prestazioni che i Medici Specialisti ARTID dipendenti da qualsivoglia Ente del SSN sono tenuti a svolgere per dovere d’ufficio nei PS rientrano invece esclusivamente nelle “consulenze”.

PERTANTO, AI MEDICI DIPENDENTI APPARTENENTI A UNITÀ OPERATIVE ARTID, CHE PER DEFINIZIONE TAUTOLOGICA SONO ESCLUSIVAMENTE MEDICI AR, NON PUÒ E NON DEVE IN ALCUN MODO ESSERE IMPOSTO DI SVOLGERE ATTIVITÀ LAVORATIVE NELLE UU. OO. DI PS.

Acclarato tutto quanto sopra, possiamo orsù ad esaminare l’eventualità che un Ente del SSN proponga ai propri Medici AR Dipendenti di aderire ad una disponibilità volontaria a prestare servizio in PS, eventualmente in varie e/o composite modalità organizzative e/o con altrettanto varie e/o molteplici modalità remunerative, sulle quali qui soprassediamo unicamente per evitare di addentrarci in ipotesi e/o casistiche di fatto innumerevoli. In tali eventualità l’AAROI-EMAC, con valenza su tutto il territorio nazionale, senza alcuna eccezione:

- considera comunque inderogabile che l’eventuale scelta di accettare proposte finalizzate all’acquisizione di disponibilità volontarie di Medici AR a svolgere turni di servizio in PS sia strettamente individuale, e che resti quindi liberamente nelle facoltà decisionali che spettano personalmente a ciascun Medico AR interpellato a tal fine;
- esclude e disconosce in modo assoluto accordi di tipo “collettivo” (i. e. aziendali o regionali) che in qualsiasi modo rischino di configurare, nei confronti dei singoli Medici AR, un obbligo ad accettare tali proposte;
- NON consiglia di accettare tali proposte, né può avallarle in generale, tuttavia si rende disponibile, attraverso i Presidenti delle proprie Sezioni Regionali, a fornire caso per caso una valutazione di opportunità sulla scelta di accettarle o meno, lasciando comunque ogni responsabilità decisionale a ciascun Medico AR interessato;
- in caso di proposte ove siano rilevabili difformità rispetto ai principi sopra enunciati, si riserva ogni iniziativa di contestazione sindacale, nonché ogni facoltà di azione nelle sedi ritenute opportune.

La presente Informativa è un aggiornamento che annulla e sostituisce ogni altra precedente comunicazione sull’argomento, e pertanto rappresenta a valere dalla data odierna, a valere per chiunque e in qualsiasi contesto, l’unico documento a cui far riferimento nel merito di quanto in oggetto. Nessuno è autorizzato ad alterarne in alcun modo il significato letterale. Pertanto si resta disponibili a chiarirne eventuali dubbi interpretativi, che tuttavia si auspica non possano emergere, consideratane la chiarezza.

*Il Presidente Nazionale
Dr Alessandro Vergallo*



safety quality reliability

SAVE THE DATE

2026

7-8-9 maggio

Roma, Crowne Plaza St. Peter's



Sicurezza e qualità in un sistema sanitario in evoluzione

*L'intervista al Responsabile
Scientifico del Meeting,
Dr Emanuele Iacobone*



Dr Iacobone, il Meeting SAQURE è giunto alla sua VII edizione. Che significato ha questo traguardo?

Il raggiungimento della settima edizione conferma che il Meeting SAQURE, organizzato ogni anno dall'AARO IEMAC, è ormai un punto di riferimento stabile per Anestesiisti Rianimatori e specialisti dell'Area Critica. È nato con l'obiettivo di promuovere sicurezza, qualità e affidabilità delle cure e, nel tempo, si è affermato come un momento privilegiato di confronto e aggiornamento in un sistema sanitario in continua evoluzione.

Quali sono i valori fondanti che caratterizzano il congresso?

Il cuore del Meeting è rappresentato dalla formazione e dall'integrazione multidisciplinare. Sono elementi imprescindibili per affrontare la crescente complessità clinica e organizzativa. La collaborazione tra professionisti con competenze diverse consente di ridurre il ri-

schio di errore, ottimizzare l'uso delle risorse e, soprattutto, migliorare gli esiti clinici per i pazienti.

Ampio spazio è dedicato all'emergenza-urgenza. Quali aspetti verranno approfonditi?

Le sessioni dedicate all'emergenza-urgenza si concentreranno sui protocolli di gestione del paziente critico e sull'importanza dell'utilizzo precoce di tecnologie innovative e farmaci già disponibili in ambito pre-ospedaliero. Un focus specifico sarà riservato al tema del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, che non è un problema isolato ma coinvolge l'intera organizzazione ospedaliera.

La sicurezza delle cure resta un tema centrale. In che modo viene affrontato?

La tutela del paziente è un elemento imprescindibile, anche alla luce della Legge n. 24/2017 sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale. Il con-

gresso richiama l'importanza dell'adozione di Linee Guida e Buone Pratiche clinico-assistenziali, strumenti fondamentali per ridurre complicità ed eventi avversi, in particolare nei contesti di emergenza-urgenza.

Quali novità sono previste in ambito tecnologico e organizzativo?

Affronteremo le più recenti innovazioni in sala operatoria, con un'attenzione crescente al ruolo della telemedicina e dell'intelligenza artificiale. In Terapia Intensiva verranno analizzate le evoluzioni nella gestione dello shock settico e delle principali complicanze cardiologiche, respiratorie e neurologiche, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e la tempestività degli interventi.

È previsto anche un focus sul dolore?

Sì, un'intera sessione sarà dedicata al dolore acuto e cronico, una problematica che interessa circa il 70% dei pazienti che accedono ai Dipartimenti di Emergenza. Si tratta di un tema spesso sottovalutato, ma centrale nella qualità dell'assistenza e nella tutela del paziente.

Non mancano temi etici e legati al benessere degli operatori.

Il congresso ospiterà dibattiti di bioetica sulla gestione e condivisione delle scelte nella fase di fine vita. Inoltre,

verrà dato spazio al benessere degli operatori sanitari, con approfondimenti su contratti, assicurazioni e responsabilità professionale, aspetti sempre più rilevanti nella pratica quotidiana.

Qual è il valore aggiunto del format del Meeting SAQURE?

Il Meeting è articolato in sessioni frontali ma anche workshop pratici e tavole rotonde dedicate ai Direttori UO per favorire un confronto diretto e la condivisione di esperienze, difficoltà e soluzioni operative.

interattive e. Presentiamo modelli organizzativi innovativi che puntano concretamente a garantire sicurezza e qualità delle cure, favorendo un apprendimento realmente applicabile alla pratica clinica.

Un messaggio finale?

Il congresso rappresenta un'importante occasione di incontro tra professionisti di Area Critica. Partecipare significa contribuire attivamente a un percorso che mira a migliorare gli esiti clinici, promuovere l'innovazione e migliorare i livelli organizzativi.

Vi aspettiamo a Roma, dal 7 al 9 maggio, al Crowne Plaza Hotel.

CALL FOR ABSTRACT

SAQURE 2026 offre alle Colleghe e ai Colleghi regolarmente iscritti all'Evento come Autori di Comunicazioni Orali o di Poster un'ulteriore opportunità di partecipazione scientifica. È infatti possibile inviare, entro il 10 aprile 2026, tramite l'apposito form, uno o più contributi scientifici inerenti ai temi del Congresso:

- Sicurezza
- Qualità
- Affidabilità
- Sostenibilità
- Tematiche medico-legali

Tutti gli abstract pervenuti saranno sottoposti alla valutazione del Comitato Scientifico e, una volta approvati, saranno esposti durante l'Evento in un'area dedicata, sotto forma di poster cartacei o tramite totem digitali.

Il Comitato Scientifico selezionerà inoltre, tra tutti i contributi ricevuti, quello ritenuto maggiormente rappresentativo di uno o più dei temi sopra indicati.

Agli Autori sarà richiesto di indicare un Collega cui verrà riservata una partecipazione gratuita, a scelta nella prima data disponibile, a un Evento Formativo Residenziale ECM di Simulazione Medica Avanzata presso il Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna, comprensiva dell'eventuale pernottamento presso un Hotel convenzionato.

INVIA L'ABSTRACT AL LINK: <https://www.saqure.it/abstract/#abstract>

Il Calendario dei Corsi di Febbraio – Aprile 2026

Il calendario dei corsi proposti nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna nei mesi di Maggio e Giugno 2026.

CORSI BASE DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

Sicurezza in ALR ecoguidata con sistemi di simulazione. Focus su blocchi perinervosi delle estremità

Lunedì 4 e Martedì 5 maggio 2026

Accessi Vascolari Ecoguidati in Emergenza. Corso pratico con simulazione avanzata

Lunedì 11 e Martedì 12 maggio 2026

Oltre la Leadership

Venerdì 15 e Sabato 16 maggio 2026

Urgenze e sicurezza nel malato critico adulto e pediatrico

Mercoledì 27 e Giovedì 28 maggio 2026

Le “E” dell’intensivista: Emodinamica, Emogasanalisi, Ecografia

Lunedì 8 e Martedì 9 giugno 2026

Corso intensivo sull’ARDS in simulazione avanzata

Mercoledì 10 e Giovedì 11 giugno 2026

Analgesia ed Anestesia Locoregionale sicura in Urgenza ed Emergenza. Focus su frattura di femore e trauma toracico

Venerdì 12 e Sabato 13 giugno 2026

CORSI AVANZATI DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

Corso ACLS (AHA®)

Mercoledì 13 e Giovedì 14 maggio 2026

Corso Avanzato di simulazione ad alta fedeltà – Anestesia e Urgenze Pediatriche

Lunedì 18 e Martedì 19 maggio 2026

ATLS – Advanced Trauma Life Support

Da Mercoledì 20 a Venerdì 22 maggio 2026

Corso Avanzato di simulazione ad alta fedeltà – Il controllo delle vie aeree nei diversi contesti clinici

Lunedì 25 e Martedì 26 giugno 2026



Informazioni e iscrizioni al link sul sito
www.aaroiemac.it



Decreto PA: attacco alle prerogative contrattuali e alle retribuzioni della dirigenza pubblica

IL PASSAGGIO DI RISORSE DALLA DIRIGENZA AL COMPARTO MERITA LA MOBILITAZIONE DI TUTTA LA DIRIGENZA

La sedicente "riforma della Pubblica Amministrazione" contenuta nel Disegno di legge "Disposizioni in materia di sviluppo della carriera dirigenziale e della valutazione della performance del personale dirigenziale e non dirigenziale delle pubbliche amministrazioni" oltre a discutibili scorciatoie nei riguardi dell'obbligo del concorso (esplicitamente previsto dalla Costituzione) per l'accesso, sferra un pesante attacco alle prerogative contrattuali della Dirigenza e prevede espressamente un passaggio automatico di risorse dalla Dirigenza al personale non dirigente.

Infatti l'articolo 3 comma 1 lettera b dopo aver stabilito che la massima valutazione può essere riconosciuta a non più del 30% del personale dirigente e un altro 20% può ottenere una valutazione "eccellente" stabilisce che "le economie derivanti dalla riduzione della retribuzione legata alla performance del personale dirigenziale, sono destinate all'incremento delle risorse per la retribuzione della performance del personale non dirigenziale in deroga all'articolo 23 comma 2 del Dlgs 25 maggio 2017 n.75". In pratica si riducono i fondi della Dirigenza per implementare quelli del comparto, limitando la retribuzione legata alla performance al 50% dei

Dirigenti e riversando le economie che ne derivano sul comparto.

Si tratta di un attacco inaudito all'autonomia contrattuale della Dirigenza e ai contratti di lavoro delle aree Dirigenziali. Non avendo avuto il coraggio di superare il tetto previsto dalla Legge 75 che persiste dal 2017 pur essendo una disposizione transitoria, si saccheggiano le risorse della Dirigenza per implementare i fondi dei comparti non dirigenziali. Incomprensibile il richiamo a una contrattazione integrativa evidentemente vincolata dalla norma legislativa. Si scardina la contrattazione con una permeabilità delle risorse, ma solo dalla Dirigenza al comparto e non viceversa. Il principio violato giustifica una mobilitazione di tutta la Dirigenza.

Il Disegno di legge è già stato votato alla Camera lo scorso 28 gennaio 2026 e sarà calendarizzato al Senato e Cosmed chiede il ritiro di ogni ipotesi di passaggi impropri di risorse a danno della Dirigenza e di ogni ingerenza sulla autonoma contrattazione delle aree Dirigenziali.

*Giorgio Cavallero
Segretario Generale Cosmed*

RINNOVATA LA CONVENZIONE TRA BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA E COSMED

È stata rinnovata fino al 31 dicembre 2026 la convenzione tra la Cosmed e il Monte dei Paschi di Siena per quanto riguarda tutti i servizi mentre lo spread massimo sui mutui è rinnovato fino al 30 giugno 2026.

LA CONVENZIONE È ESTESA A TUTTI GLI ISCRITTI DELLE SIGLE ADERENTI COSMED (ANAAO ASSOMED, AAROI EMAC, FVM, FEDIR, ANMI ASSOMED SIVEMP FPM, ANDPROSAN) AI LORO FAMILIARI CONVIVENTI E AI FAMILIARI DI PRIMO GRADO ANCHE NON CONVIVENTI.

Particolarmente vantaggiose sono le **condizioni per il conto corrente** che per iscritti e familiari è azzerato per 12 mesi (il costo medio di un conto corrente come riportato dal corriere della sera del 9 febbraio 26 è di 159,5 euro). Possibile negoziare un tasso creditore sulla liquidità del conto corrente a livello di filiale.

Decisamente interessanti sono i **tassi per i mutui per la casa per iscritti e familiari** sia per acquisto di abitazioni (prima e seconde case) che per la surroga di mutui esistenti, nonché per la trasformazione in liquidità di un immobile in possesso.

In allegato le condizioni per i mutui di febbraio 2026 con la convenzione Cosmed e confrontati con i tassi alle migliori condizioni pubblicati dal Corriere della sera il 16 febbraio 2026.

Queste **condizioni** sono **nettamente migliorative rispetto alle condizioni medie certificate dal bollettino mensile dell'ABI** (Associazione Bancaria Italiana). **In allegato il bollettino di Febbraio 2026.**

In aggiunta **tutte le spese di istruttoria sono gratuite pertanto il tasso è comprensivo delle spese** (che mediamente sono quantificate in 500 euro).

Si ricorda che è possibile **sostituire il proprio mutuo con uno più vantaggioso**. Tale facoltà è la cosiddetta **surroga**, possibile per mutui oltre i 50.000 euro di debito residuo ma anche per cifre inferiori a discrezione delle filiali. Il fatto che il tasso medio dei mutui in corso sia significativamente superiore al tasso dei mutui di nuova sottoscrizione dimostra come lo **strumento** sia **sottoutilizzato**. Si ricorda che per un mutuo di 200.000 euro una riduzione del tasso annuo pari allo 0,5% comporta un risparmio annuo netto di 1.000 euro, che per un mutuo trentennale costituisce un beneficio significativo.

Disponibile anche un **anticipo del TFS** ad un tasso del 2,30%, ma con necessità oltre i 100.000 euro di atto notarile e durata massima di 4 anni, per questa tipologia ricordiamo che è disponibile la convenzione con il Banco BPM al tasso del 2,45% ma senza spese, atti notarili e senza limiti di durata.

Tassi mutui acquisto surroga e liquidità

Convenzione COSMED

LE MIGLIORI OFFERTE

Fonte : Corriere della sera
16 febbraio 2026

tassi febbraio 2026

spese istruttoria gratuite

durata

fisso	20 anni	3,57%	IRS 20 anni / 6 M lettera penultimo giorno lavorativo mese precedente	più 0,40 spread	3,70%
fisso	30 anni	3,57%	IRS 20 anni / 6 M lettera penultimo giorno lavorativo mese precedente	più 0,40 spread	3,80%
fisso	green 20 anni	3,17%	IRS 20 anni / 6 M lettera penultimo giorno lavorativo mese precedente		3,50%
fisso	green 30 anni	3,17%	IRS 20 anni / 6 M lettera penultimo giorno lavorativo mese precedente		3,70%
variabile	tutte	2,344%	Euribor 1 mese tasso 360 quartultimo giorno lavorativo mese precedente	più 0,40 spread	2,80%
variabile	green tutte	2,224%	Euribor 1 mese tasso 360 quartultimo giorno lavorativo mese precedente	più 0,30 spread	2,65% - 2,70%

AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

“Sfruttamento” Anestesisti Rianimatori a Latisana

La lettera dell'AAROI-EMAC FVG ai vertici dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC) per denunciare una situazione di grave criticità, già ampiamente segnalata e oggi giunta a un livello non più tollerabile presso il Presidio Ospedaliero Latisana.

LA LETTERA

Dott. D. Caporale - Direttore Generale,

Dott. D. Turello - Direttore Sanitario

Dott.ssa C. Giuliani - Direttore Medico Presidio Palmanova- Latisana

Dott. S. Meduri - Direttore Dipartimento Emergenza e Servizi P.O. Palmanova-Latisana

Dott. F. Bassi - Direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

Dott. R. Colussi - Direttore SOC Anestesia e Rianimazione Latisana

Oggetto: Avviso Interno n.18290 del 3/2/2026. Nuova segnalazione su assetto organizzativo-lavorativo pericoloso per personale e pazienti.

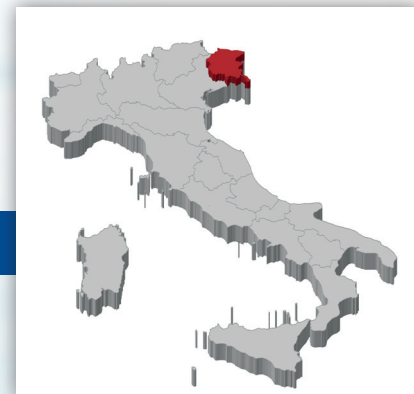
Gentilissimi Direttori,

si apprende con estremo rammarico e preoccupazione che a nulla sono valse le numerose segnalazioni della scrivente OS in merito alle criticità sul chiaro “sfruttamento” degli Anestesisti Rianimatori all'interno del Presidio Ospedaliero Latisana per tamponare le evidenti, note e gravi criticità di uno degli ospedali spoke di ASUFC e per sviare l'attenzione dall'incapacità manageriale gestionale di questo ambito in cui l'unica soluzione aziendale sembra essere quella di privatizzare ed appaltare pezzi di ospedale.

È evidente che l'ulteriore aggravamento delle criticità dovuto a nuove defezioni di personale, tra l'altro quanto meno paventate se non preannunciate dalla Scrivente OS, richieda urgenti soluzioni al problema,

pena l'impossibilità a garantire servizi essenziali, ma è altrettanto evidente “la toppa che si vuole ora mettere al buco appare ben peggiore del buco stesso”.

Da quanto si apprende dall'avviso interno, appare indiscutibile intenzione dell'Azienda formalizzare e strutturare questo mal costume secondo il quale l'Anestesista Rianimatore deve garantire attività che vanno ben oltre le proprie competenze specialistiche ed il proprio ambito di operatività. Tale pratica che doveva rappresentare una soluzione emergenziale ad altre criticità organizzative aziendali oltre ad aver causato ulteriori criticità rischia di diventare un inaccettabile assetto ordinario. Infatti nel documento in oggetto si legge:



L'attività non si limita quindi alla sola gestione della propria unità operativa, ma funge da garante per l'intera struttura, ricoprendo simultaneamente i seguenti ruoli:

- *guardia attiva in Terapia Intensiva (4 posti letto);*
- *guardia attiva Anestesiologica (urgenze operatorie);*
- *guardia interdivisionale per i Dipartimenti di Medicina, Chirurgia e Materno-Infantile (in supporto a ostetrica e pediatra).*

Al di là delle emergenze intraospedaliere codificate (procedura DMOLP_PR_31 Versione n. 02 del 24/04/2024), il dirigente è routinariamente chiamato, inoltre, a vicariare l'assenza di altri specialisti per:

- *correzione di terapie mediche e antalgiche nei reparti;*
- *valutazione clinica post-caduta e relativa refertazione;*
- *constatazione di decessi (ufficialmente constatazione dell'assenza di indicazioni rianimatorie);*
- *parto-analgesia ed emergenze ostetriche (tagli cesarei)*

Quanto qui contenuto appare completamente in contrasto con le chiarissime prescrizioni contrattuali che impongono la coesistenza di una guardia attiva di anestesia e di una guardia attiva di rianimazione sulle 24 ore in un presidio ospedaliero peraltro punto nascita regionale. E ancora, appare assolutamente in contrasto con la corretta gestione del rischio clinico, ed in contrasto con le prescrizioni legislative, che un medico formalmente dedicato alla gestione di 4 malati critici, sottoposti a trattamenti di sostegno vitale continuo, debba abbandonarli per svolgere attività differibili o quantomeno meno urgenti in altri setting ospedalieri, determinando un grave pericolo per i pazienti critici stessi abbandonati alla sorveglianza di 2 o talora di 1 infermiere e forse 1 OSS.

L'avvallo ed ora la chiara formalizzazione di tale condotta risultano assolutamente pericolose per gli utenti in primis ma anche per i professionisti stessi, stanchi, sfruttati, sviliti, demotivati e chiaramente esposti a rischi clinici e medico legali che gli stessi non si vogliono né si possono più assumere. Inoltre non si riesce a comprendere come mai le criticità di tutti gli specialisti debbano essere sempre risolte o tamponate dalla nostra Disciplina.

Infine riteniamo, senza remora di smentita alcuna, che tale ulteriore inutile manovra non sarà in grado assolutamente di impattare sul reclutamento di personale verso questo spoke, visti anche i recenti bandi meno impegnativi e meglio remunerati che non hanno prodotto risultati. Rimarchiamo inoltre la completa assenza di una vision e di una gestione Dipartimentale di questo problema che nelle altre aziende della regione NON esiste sui centri spoke.

La Scrivente OS informa fin da ora che agirà presso le sedi competenti a tutela dei propri iscritti che già si trovano ad operare in questa situazione di grave pericolosità per sé stessi e per i propri pazienti.

Cordiali saluti

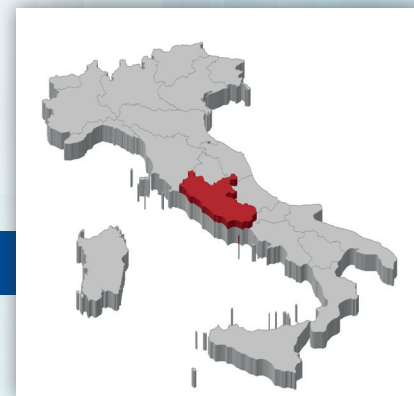
*dr. Luciano Sanarico
Rappresentante Aziendale AAROI EMAC ASUFC*

*dr. Alberto Peratoner
Presidente Regionale AAROI EMAC FVG*

6 Febbraio 2026

AGGIORNAMENTO 13 FEBBRAIO

Dopo la lettera di protesta dell'AAROI-EMAC FVG, l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale ha sospeso l'avviso interno del 3 febbraio con il quale - secondo quanto sottolineato nella lettera - gli Anestesisti Rianimatori del Presidio Ospedaliero Latisana avrebbero dovuto "garantire attività che vanno ben oltre le proprie competenze specialistiche ed il proprio ambito di operatività".



Tre aggressioni in tre giorni situazione fuori controllo, le istituzioni intervengono immediatamente

Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria – Aaroi-Emac Lazio – Anaa Assomed Lazio – Federazione CIMO FESMED (ANPO-ASCOTI, CIMO, CIMOP, FESMED) – Federazione CISL Medici Lazio – FVM Federazione Veterinari e Medici – Coordinamento regionale UIL-FPL Medici, Veterinari, Dirigenti Sanitari – esprimono la più ferma condanna per la gravissima aggressione avvenuta la scorsa notte presso l'ospedale di Tivoli, dove un paziente, ricoverato in terapia intensiva cardiologica dopo un intervento salvavita per infarto, ha staccato i macchinari vitali e assalito cinque persone tra medici, infermieri, operatori sanitari, addetto alla sicurezza e un altro degente.

Ancora una volta un reparto critico è stato teatro di violenza incontrollata, con feriti tra il personale e rischi estremi per la sicurezza di tutti i presenti. Questo episodio, come quelli di pochi giorni prima, accaduti al pronto soccorso dell'Ospedale Vannini di Roma e nel reparto di Psichiatria a Rieti, conferma un fenomeno sistemico che denunciavamo da anni e che persiste nonostante le nostre ripetute richieste di intervento.

Le gravissime segnalazioni ricevute, che rappresentano fatti non più isolati, costituiscono una improcrastinabile emergenza per la quale le Organizzazioni Sindacali chiedono alla Regione Lazio l'apertura immediata di un tavolo di confronto sui seguenti temi:

- protocolli di sicurezza stringenti con vigilanza dedicata e sistemi di allarme nei reparti ad alto rischio;
- percorsi specifici per pazienti con alterazioni comportamentali o psichiche;
- campagne di sensibilizzazione sul rispetto per gli operatori sanitari;
- rafforzamento delle tutele penali e civili per le vittime di aggressioni;
- monitoraggio pubblico del fenomeno con dati trasparenti per interventi strutturali.

Lavorare in Sanità non può significare esporre medici e operatori a pericoli quotidiani. Esprimiamo solidarietà alle vittime e ribadiamo il nostro impegno per la tutela di chi garantisce il Sistema Sanitario Nazionale.

AAROI-EMAC Lazio

ANAAO ASSOMED Lazio

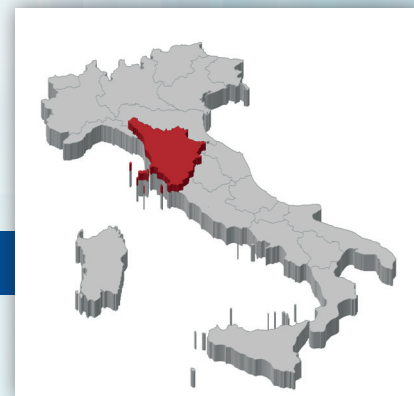
Federazione CIMO FESMED (Anpo-Ascoti, Cimo, Cimop, Fesmed)

Federazione CISL Medici Lazio

FVM Federazione Veterinari e Medici

Coordinamento regionale UIL-FPL Medici, Veterinari, Dirigenti Sanitari

29 Gennaio 2026



Punti Nascita a rischi: “la priorità è la sicurezza, non abbassare le soglie”

Sul rischio di chiusura di alcuni punti nascita in Toscana e sulla proposta della Regione di abbassare le soglie minime di attività, interviene l'AAROI-EMAC Toscana, che mette in guardia dalle possibili conseguenze sulla sicurezza delle cure. *“La vera sfida non è moltiplicare le strutture, ma ottimizzare le risorse a disposizione, impegnandosi a mantenere punti nascita che siano efficaci, efficienti e soprattutto sicuri – afferma il presidente di AAROI-EMAC Toscana, Luigi De Simone. – Abbassare le soglie minime di attività può rappresentare un rischio concreto proprio per la sicurezza garantita in questi presidi”.*

Secondo il presidente il tema centrale riguarda il personale sanitario: *“La domanda è semplice: chi ci mettiamo a lavorare dentro questi punti nascita? È indispensabile che siano presenti professionisti con anni di esperienza, non operatori alle prime armi. In medicina la qualità delle cure è fatta anche dall'esperienza di chi le garantisce, e l'esperienza si costruisce attraver-*

so la casistica e i volumi di attività. Ridurre questi volumi può essere pericoloso. Ci sono poi punti nascita, come Portoferraio, che sono attrezzati per far fronte a ogni evenienza. Altri, invece, risultano assolutamente insufficienti a garantire la sicurezza in caso di gravi complicanze post parto. Penso a un punto nascita dove c'è un'anestesista di guardia e nient'altro intorno. È indispensabile – conclude De Simone – che non si creino meccanismi che possano incidere sulla sicurezza. Non vorremmo che prevalesse l'idea che l'importante sia garantire un servizio, senza interrogarsi sulla qualità e sulla sicurezza di quel servizio. Piuttosto che abbassare le soglie, occorre riorganizzare il sistema, ottimizzando le risorse disponibili: bassi volumi di attività si associano ad una minore prontezza nella gestione delle emergenze e alla difficoltà di garantire la presenza continua di équipe competenti e specializzate e questo scenario deve essere scongiurato”.

19 Gennaio 2026



Le risposte del Presidente Nazionale sul CCNL

Nel CCNL, a mio avviso, vi sono due tematiche allo stato attuale non più utilizzabili:

1) Mobilità volontaria

2) Aspettativa non retribuita per altro incarico.

Per la prima, vi era la possibilità di averla dopo 10 giorni in caso di assenso dell'azienda di partenza, previo assenso di quella accettante, o di 90 giorni con il solo assenso di quella accettante. Ora, è pressoché impossibile ottenerla, perché si deve avere l'assenso di entrambe (evento molto difficile).

Per la seconda, si otteneva l'aspettativa non retribuita per altro incarico, senza grossi problemi. Ora, viene negata e si deve adire alle vie legali per ottenerla, nella speranza che si incontri un togato pro lavoratore (conosco colleghi che hanno ottenuto e perso la causa a seconda dell'interpretazione del magistrato, poiché le aziende affermano di non avere fondi per la sostituzione di questi medici, affinché i LEA vengano garantiti).

Nel corso degli anni, sempre in prima ipotesi, i sindacati medici non hanno fatto fronte comune sul mantenere questi diritti, che sono diventati ottenibili attraverso anticamera presso soggetti esterni. In taluni casi, è stata conferita a seconda dell'iscrizione a sindacati filogovernativi.

Per entrambe le osservazioni si tratta di una vexata quaestio.

La 1ª osservazione, che riguarda la Mobilità Volontaria, NON è esatta.

Va infatti ricordato che non è stato il CCNL, nei suoi progressivi rinnovi avvenuti dopo il blocco contrattuale (durato quasi 10 anni) tra il II BIENNIO ECONOMICO 2008-2009 siglato il 06/05/2010 e il Triennio 2016-2018 (siglato il 19/12/2019) a in-

trodurre l'assenso dell'azienda di appartenenza, dato che anche all'epoca NON bastava "il solo assenso di quella accettante".

Infatti la norma contrattuale vigente era la seguente (combinato disposto dall'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e dall'Art. 41 CCNL 10.2.2004):

1. La mobilità volontaria dei dirigenti tra le aziende e tutti gli enti del comparto di cui al CCNQ del 2 giugno 1998 - anche di Regioni diverse - in presenza della relativa vacanza di organico avviene a domanda del dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e disciplina di appartenenza del dirigente stesso.

2. Il nulla osta dell'azienda o ente di appartenenza, qualora non venga concesso entro dieci giorni dalla richiesta, è sostituito dal preavviso di tre mesi.

Quindi NON vi era alcun "diritto" alla mobilità volontaria, dato che essa necessitava anche all'epoca dell'assenso dell'Azienda di appartenenza, che soltanto nel caso essa non si fosse pronunciata entro dieci giorni (p. es. negandolo) poteva essere superato dal preavviso di tre mesi.

Inoltre, in materia di mobilità, si fa presente che l'art. 30 del D.Lgs. n. 165 del 2001 che la regolava con maggior forza gerarchica del CCNL, è stato modificato dall'art. 49 del D.Lgs. n. 150 del 2009, dall'art. 1, comma 19, del D.L. n. 138 del 2011, convertito dalla Legge n. 148 del 2011, nonché dall'art. 13, comma 2, della Legge n. 183 del 2010 (cd. Collegato lavoro), e, da ultimo, dall'art. 4 del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014. Tali modifiche normative hanno rafforzato l'obbligatorietà dell'assenso dell'Azienda di appartenenza, dato che da un lato hanno mantenuto la dizione "previo assenso dell'amministrazione di appartenenza" (Comma 1 dell'arti-

colo 30 del D.Lgs 30 Marzo 2001, n. 165), MA hanno cassato la seguente disposizione del Comma 2.2. tra parentesi quadra: [I contratti collettivi nazionali possono integrare le procedure e i criteri generali per l'attuazione di quanto previsto dai commi 1 e 2.] mantenendo la seguente disposizione tra parentesi tonda: (Sono nulli gli accordi, gli atti o le clausole dei contratti collettivi in contrasto con le disposizioni di cui ai commi 1 e 2.) Pertanto la colpa dell'attuale (non certo nuova) difficoltà relativa alla mobilità volontaria è del Legislatore.

Sulla 2^a osservazione, che riguarda la Aspettativa non retribuita per altro incarico, effettivamente è avvenuta una retrocessione rispetto a quanto disposto dall'Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005, che al Comma 8 lett. a e b disponeva:

8. L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:

a) un periodo massimo di sei mesi se assunto presso la stessa o altra azienda ovvero ente o amministrazione del comparto, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed incarico di direzione di struttura complessa, ai sensi degli artt. 15 e segg, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502;

b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto. L'aspettativa prevista dall'art. 23 bis del d.lgs 165 del 2001 per attuare la mobilità pubblico – privato si applica esclusivamente nei casi in cui l'incarico sia conferito da Organismi pubblici o privati della Unione Europea o da ospedali pubblici dei paesi dell'Unione stessa o da Organismi internazionali. L'incarico già conferito al dirigente dall'azienda o ente che concede l'aspettativa è sospeso per la durata dell'aspettativa e prosegue al suo rientro a completamento del periodo mancante sino alla valutazione. Durante l'as-

senza, in rapporto alla durata dell'aspettativa, si applica l'art. 18 comma 1 o 5 del CCNL 8 giugno 2000 (Sostituzioni).

Di fatto con il CCNL 2016-2018 è scomparso quanto normato alla lettera b, poichè altre modifiche di legge ne impedivano la prosecuzione degli effetti; anche in questo caso, pertanto, la colpa è del Legislatore; comunque, mentre altre Sigle subivano passivamente tale arretramento, l'AAROI-EMAC - per mia iniziativa durante una fase piuttosto ostile della trattativa dell'epoca - ottenne (picchiando i pugni sul tavolo) in contraccambio (non legalmente dovuto) di aumentare le tutele relative al periodo di prova in caso di vincita di concorso (o di mobilità qualora concessa).

Infatti il medesimo CCNL 2016-2018 (sempre per iniziativa AAROI-EMAC) novellò all'Art. 16 il "Periodo di prova" come segue al Comma 9:

9. Il dirigente:

a) proveniente dalla stessa Azienda o Ente che a seguito di vincita di un concorso cambia disciplina;

b) cui sia assegnato, a seguito di selezione pubblica, l'incarico di direttore di struttura complessa, ivi compreso il distretto qualora le Aziende o Enti nel proprio atto aziendale lo configurino come incarico di struttura complessa;

c) già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, qualora ivi sia previsto l'espletamento del periodo di prova;

durante il periodo di prova ha diritto alla conservazione del posto e, in caso di mancato superamento dello stesso, ovvero in caso di recesso ai sensi del comma 5, è reintegrato, su richiesta, nella Unità Operativa di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa, disciplina, incarico e fascia di esclusività di provenienza.

Sulla valenza attuale di quanto invece disposto dall'Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005, al Comma 8 lett. a (aspettativa per vincita di concorso di direzione

di struttura complessa), a differenza di quanto disposto dalla lett. b, va osservato che a far data dal CCNL 2016-2018 resta non disapplicata l'aspettativa regolata dall'art. 10 ccnl 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 ccnl 3.11.2005, anche se alcune Aziende (troppe) si attaccano ad una interpretazione (postuma) degli artt. 15 e segg. del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 per negare l'aspettativa anche ai vincitori di concorso per direzione di struttura complessa, riducendola ad una fumosa "conservazione del posto di lavoro" normata dal comma 9 dell'Art. 16 del vigente CCNL 2019-2021, che dispone quanto segue:

9. Il dirigente:

- a) proveniente dalla stessa Azienda o Ente che a seguito di vincita di un concorso cambia disciplina;
 - b) cui sia assegnato, a seguito di selezione pubblica, l'incarico di direttore di struttura complessa, ivi compreso il distretto qualora le Aziende o Enti nel proprio atto aziendale lo configurino come incarico di struttura complessa;
 - c) già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, qualora ivi sia previsto l'espletamento del periodo di prova;
- durante il periodo di prova ha diritto alla conservazione del posto e, in caso di mancato superamento dello stesso, ovvero in caso di recesso ai sensi del comma 5, è reintegrato, su richiesta, nella Unità Operativa di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa, disciplina, incarico e fascia di esclusività di provenienza.

Questo per rispondere alle 2 osservazioni principali.

Quanto all'aspettativa "conferita a secondo dell'iscrizione di sindacati filogovernativi", spiace ovviamente (condividendo il disappunto dell'Autore del post) dover prendere atto di siffatti comportamenti aziendali che - inoltre - da un lato si spingono ad affermazioni come quella riportata ("possono licenziarsi i medici che non

vogliono stare in azienda"), dall'altro concedono o dispongono in favore di alcuni comandi o altri istituti contrattuali o di legge in modo così discrezionale.

Attività libero professionale, alcune aziende 80 euro l'ora altre 85 altre 100.

Chiedo ai nostri vertici sindacali: vogliamo dare uno stop a questa disparità di trattamento economico e imporre una tariffa uguale per tutti e per tutte le Aziende?

Per darvi riscontro occorre partire da 3 principi irrinunciabili per chiunque si approcci in qualsiasi modo e in qualsivoglia veste alla materia sindacale:

A) - in generale, alle novità e alle novellazioni normative (sia di legge, sia contrattuali) non conviene approcciarsi con modalità meno che puntuali e contestuali;

B) - men che meno conviene approcciarsi ai riflessi economici di ogni innovazione di cui al punto A senza analizzarne i punti di partenza e (ancor più) i punti di arrivo;

C) - nel caso specifico, la tariffa standard (quella "minima") stabilita dal CCNL (da tutti i CCNL) per tali prestazioni DEVE restare incrementabile, altrimenti la contratteremmo al ribasso e non al rialzo.

L'indicazione, apparentemente, ad occhi inesperti potrebbe sembrare "l'uovo di Colombo" (pertanto non vi sono dubbi che sia animata da ottime intenzioni), ma proprio per questo occorre analizzarne puntualmente i presupposti e (soprattutto) gli eventuali esiti, dimostrando come si vedrà che si basa su presupposti completamente errati rispetto all'obiettivo (che parrebbe quello di incrementare per tutti, come "valore fisso" l'attuale valore base di 80€/h).

Proviamo orsù a fare una disamina dell'idea come segue:

1) - I costi complessivi (sia per quanto concer-

ne la loro sommatoria nazionale, sia per gli stanziamenti regionali e quindi per le disponibilità aziendali) non sono infiniti.

2) - Dato il fatto di cui al punto 1, è evidente (basta ragionare sul meccanismo e sulle modalità di applicazione del medesimo) che la possibilità di incremento (a livello regionale e/o aziendale) della "tariffa minima" stabilita contrattualmente tutela sia i Dipendenti delle Aziende (e quindi delle Regioni) "ricche" sia quelli di quelle "povere" (che lo siano davvero o che come tali vogliano comportarsi verso i propri dipendenti).

In altri termini, la "tariffa minima incrementabile" consente il pagamento di tali prestazioni a una tariffa minima obbligatoria in tutte le Aziende stabilita contrattualmente (che con il CCNL 2019-2021 è passata a 80€ dai 60€ stabiliti dal CCNL 2016-2018), ma dando la possibilità di una maggior remunerazione laddove possibile.

3) - La maggiorazione tariffaria decentrata, infatti, è un "plus" che grava su ciascuna Regione (e su ciascuna Azienda di ogni Regione), dato che (anche in base alla "legislazione concorrente" tra Stato e Regioni che ad oggi vige costituzionalmente per quanto concerne le spaesa sanitaria) le maggiorazioni regionali (e aziendali) non gravano sul bilancio nazionale ma su quelli regionali.

4) - Qualora dunque fossimo talmente ingenui da proporre "una tariffa uguale per tutti e per tutte le Aziende", è facile oltre che intuitivo immaginare che otterremmo 2 risultati contrastanti tra loro ma che ugualmente ci qualificerebbero con altri epiteti molto poco gratificanti:

* il 1° risultato sarebbe un tappeto rosso da parte delle Regioni e dall'ARAN in fase di trattativa (e da parte delle Aziende in fase applicativa del CCNL), per l'evidente esito contrattuale di una tariffa che non consentirebbe maggiorazioni;

* il 2° risultato (non saprei quanto peggiore o meno, ma sicuramente molto meno esaltante) si concretizzerebbe (giustamente) quantomeno in sonore pernacchie da parte di tutti i Colleghi che rappresentiamo, una volta focalizzato il meccanismo così irrigidito, il che avverrebbe agli occhi di tutti (o quasi) credo dal mese di applicazione decentrata di una simile idea tradotta in articolato contrattuale.

5) - Ecco perchè NON abbiamo alcuna intenzione di metter mano all'impianto dell'Art. 89 commi 3 e 4, che recitano:

3. La misura della tariffa oraria di cui al comma 2 da erogare per tali prestazioni è pari a 80 euro lordi onnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente, tale valore può essere elevato fino a 100 euro sulla base delle linee di indirizzo regionali. In ogni caso si applica il limite di cui al comma 4.

4. Nell'applicazione del comma 3, le Aziende ed Enti garantiscono annualmente l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive, al lordo degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente, 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. Tale limite può essere 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., tenendo conto della eventuale perequazione e compensazione a livello regionale.

6) - Ecco perchè abbiamo preferito agire mantenendo tale impianto, e ottenendo la flat tax al 15% con la L. 29 luglio 2024, n. 107 [G.U. n.178 del 31/07/2024] – Entrata in vigore del provvedimento: 08/06/2024) che costituisce un ulteriore "plus" sempre proporzionale (quindi a vantaggio di tutti) ma che, almeno finchè restano gli attua-

li assetti economico-finanziari di limitata "autonomia differenziata", in termini di flussi fiscali in entrata, grava sull'erario soprattutto a livello di bilancio nazionale (cioè sul gettito Irpef) e molto meno sui bilanci regionali (cioè sulle addizionali).

7) - Ecco (anche) perché NON abbiamo alcuna intenzione di seguire il suggerimento di porci come obiettivo sindacale "una tariffa uguale per tutti e per tutte le Aziende", nè ora nè mai, anzi, qualora ce lo proponesse la controparte (eliminando quindi la possibilità di incrementarne il valore in trattativa decentrata!), sapremmo bene dove inviarla a svernare (o a godere del sol d'estate, in base alla stagione).

8) - Per completezza, val la pena ricordare che è e resterà sempre un nostro obiettivo quello di elevare, a beneficio di tutti i Colleghi rappresentati dall'AAROI-EMAC, l'attuale valore base di 80€/h (nonchè il limite di incremento regionale e

aziendale), così come fatto con l'entrata in vigore del CCNL oggi vigente, ma anche per il futuro sempre tenendo presente:

- quanto di cui ai limiti finanziari previsti dalle norme in sintesi richiamate dal comma 4 dell'Art. 89 del vigente CCNL (ovviamente aggiornato al momento in cui sarà possibile avviare le trattative del CCNL 2025-2027, dato che nel CCNL 2022-2024 in via di sottoscrizione definitiva la cifra resterà invariata);

- le prospettive di utilizzo dell'istituto "prestazioni aggiuntive" e della loro attribuzione alle varie UOC (l'AAROI-EMAC fa gli interessi dei propri Iscritti, non certo quelli di Specialisti e MIF di altri settori).

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*

CCNL 2022-2024, via libera del Consiglio dei Ministri

Il 5 Febbraio il Consiglio dei Ministri ha dato il via libera all'Ipotesi di CCNL dell'Area della Dirigenza Sanitaria per il triennio 2022-2024. Un passo in avanti verso la definitiva sottoscrizione.

I PROSSIMI PASSAGGI

- **Trasmissione del testo contrattuale approvato dal CdM alla Corte dei Conti, che dal momento in cui lo riceve ha 15 giorni di tempo per la certificazione (vincolante per i successivi step);**
- **Successivamente alla certificazione da parte della Corte dei Conti, Convocazione delle OO. SS. rappresentative da parte di ARAN, per la Firma definitiva;**
- **Pubblicazione in G.U., a seguito della quale il CCNL entra in vigore dal giorno successivo;**
- **Corresponsione di Aumenti e Arretrati a decorrere dal mese successivo alla pubblicazione in G.U.**

Quesiti dal web

l'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di

Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)



È diritto del lavoratore poter recuperare in corso d'anno le ore eccedenti rispetto al monte ore settimanale di 38 ore, accumulate per svariate ragioni (tra cui il quotidiano sfioramento di sala operatoria non programmato), regolarmente autorizzate a fine mese dal Direttore di UO, indipendentemente dal raggiungimento delle 94 ore derivanti dal calcolo del noto algoritmo?

In caso di risposta affermativa, chiedo suggerimenti sindacali su come procedere affinché l'azienda ci metta nelle condizioni di poter richiedere il "recupero ore anno in corso", attualmente opzione non percorribile sul nostro portale aziendale, se non oltre il raggiungimento delle fatidiche 94 ore.

Il recupero in corso d'anno delle ore eccedenti rispetto al monte ore medio settimanale di 38h contrattuali, regolarmente autorizzate (rectius: "approvate", o meglio ancora "non disapprovate") a fine mese dal direttore di UO:

- è assolutamente indipendente dal raggiungimento o meno delle 94h derivanti dal calcolo del cd "algoritmo" di cui all'art. 27 c.3;
- è attuabile in corso d'anno.

Premessa questa duplice risposta affermativa al quesito, il 1° suggerimento da darsi sul recupero in questione (che in sostanza è semplicemente una "compensazione d'orario") consiste nella necessità che la programmazione della turnistica attraverso i piani di lavoro di cui al c.4 del medesimo art. 27, richiamati anche al comma 10 lett. c, "nel rispetto dell'art. 4 del D.Lgs. n. 66/2003" non ecceda, in un periodo di tempo congruo (costituito possibilmente dal mese in corso, auspicabilmente da un periodo non eccedente il trimestre) le 38 ore medie settimanali. Di tale programmazione è responsabile il Dir. UOC, il quale anche nell'assenza sul portale aziendale di una "casella" apposita deve attenersi a tale necessità.

Il 2° suggerimento: il "recupero" in argomento, a maggior ragione nei casi di "sfioramento" (in tal caso tale termine recupero è anche più appropriato) sarebbe più fluido e inequivocabile se nei casi citati tali imprevedibilità fossero codificate formalmente come vero straordinario previsto dall'art. 31 c.1, il quale prevede che:

"tali prestazioni possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi o recuperi

orari, anche a giornata intera, da fruirsì, compatibilmente con le esigenze di servizio, entro i quattro mesi successivi”.

Se lo sfioramento fosse “quotidiano” come descritto, tratterebbesi (forse ancor peggio rispetto ad altri casi) di pessima programmazione, poichè una buona programmazione deve tener conto della realtà e non di condizioni ideali irrealizzabili.

Purtroppo fino al CCNL 2022-2024 ad oggi ancora allo stato di “PreIntesa” l'AAROI-EMAC non è riuscita ad ottenere, a causa dell'ostracismo di altre OO. SS., una maggior responsabilizzazione in tal ambito dei DirUOC.

Ciò non toglie:

- che tale responsabilità possa esser reclamata sia in via di relazioni interne all'UOC, sia in ambito delle relazioni sindacali ufficiali aziendali, ed in ultima analisi anche per via giudiziaria;

- che sarà nostra cura pretendere di esplicitare tale responsabilità in termini sanzionatori non solo contrattualmente, all'apertura del prossimo CCNL 2025-2027, ma di farla valere in ogni altro ambito e con ogni modalità possibile.

Ovviamente tanto maggiore potrà essere la nostra forza (non solo per quanto in argomento) quanto più alta sarà la nostra rappresentatività in termini di Collegi iscritti (p. es. in quanto valevoli per ARAN). Ecco perchè dobbiamo crescere nei numeri.

La mia Azienda ha attivato l'attività libero-professionale intramuraria allargata quest'anno mediante la stipula di convenzioni con diverse cliniche private. Tuttavia, tali convenzioni risultano limitate ad alcune specialità mediche (chirurghi, cardiologi, oncologi, endoscopisti ecc...), ma non figurano mai gli anestesisti.

Ci è stato riferito dal nostro direttore di UOC che tale esclusione deriverebbe dal fatto che le cliniche private dispongono già di un proprio servizio di anestesia e, pertanto, non accettano l'impiego di anestesisti afferenti alla nostra Azienda.

Alla luce di quanto sopra, mi chiedo se sia conforme alla normativa vigente una disparità di trattamento che consenta ad alcune specialità di svolgere attività libero-professionale intramuraria allargata, escludendone altre.

Gli assetti descritti, a condizione che non si configuri il favoreggiamento di una “concorrenza sleale” di una Struttura Privata nei confronti di un Ente Pubblico, sono legittimi, dato che si tratta di “attività libero-professionale intramuraria allargata”. Non esiste infatti al proposito una normativa che obblighi un Ente Pubblico del SSN (al cui personale che ha scelto l'intra-moenia è applicabile il CCNL della Dirigenza Sanitaria) a ricomprendere nelle convenzioni con altri Enti (pubblici o privati) tutte le discipline specialistiche.

Ciò detto, nel caso accennato i medici autorizzati a tale modalità di attività LP idevono comunque rispettare tutte le regole delle prestazioni oggetto di “intra-moenia allargata” (i. e. le modalità di accesso dell'utenza a tali prestazioni, gli incassi, la rendicontazione dei pagamenti, etc.).

A latere di quest'ultima nota, una considerazione per l'eventuale attività in una siffatta “intra-moenia allargata” che coinvolgesse prestazioni di carattere anestesilogico per interventi chirurgici: rispettare le suddette regole, in tal caso, sarebbe certamente possibile, ma richiederebbe che le regole di cui sopra siano seguite in modo “autonomo” rispetto a quelle che riguardano il “prestatore d'opera” cui l'utenza si rivolge più o meno direttamente per acquistare la prestazione (che nel caso di intervento chirurgico è evidentemente il chirurgo). Infatti, (tra tutti i professionisti a ciò autorizzati) anche l'AR dovrebbe utilizzare canali aziendali (della sua azienda) e non personali nè di ente terzo, tantomeno privato (dato che trattasi sempre di intramoenia, pur se “allargata”).

Nel caso di trasferimento all'estero in ospedale dell'UE:

- **è fattibile farlo in aspettativa e per quanto tempo?**

- **la anzianità viene persa o si può mettere in stand by?**

Nel caso in esame è prevista aspettativa a norma Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005 che recita:

8) L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:

b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto. L'aspettativa prevista dall'art. 23 bis del d.lgs 165 del 2001 per attuare la mobilità pubblico – privato si applica esclusivamente nei casi in cui l'incarico sia conferito da Organismi pubblici o privati della Unione Europea o da ospedali pubblici dei paesi dell'Unione stessa o da Organismi internazionali. L'incarico già conferito al dirigente dall'azienda o ente che concede l'aspettativa è sospeso per la durata dell'aspettativa e prosegue al suo rientro a completamento del periodo mancante sino alla valutazione.

Durante l'assenza, in rapporto alla durata dell'aspettativa, si applica l'art. 18 comma 1 o 5 del CCNL 8 giugno 2000.

Per quanto riguarda l'anzianità si applica l'art. 22 del CCNL che recita:

5. Nel computo degli anni ai fini del conferimento degli incarichi, fermi i requisiti previsti dalle disposizioni legislative in materia, rientrano i periodi di effettiva anzianità di servizio maturata, con o senza soluzione di continuità, anche a tempo determinato e/o a tempo ridotto con incarico dirigenziale, nella medesima disciplina relativa all'incarico da conferire, presso:

- Aziende od Enti di cui all'art. 1 (Campo di applicazione);
- altre amministrazioni di comparti diversi;
- ospedali privati accreditati;
- ospedali, Aziende Ospedaliero-universitarie pubbliche e private o altre strutture pubbliche dei paesi dell'Unione Europea. Tale esperienza deve essere maturata con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali nonché certificata dalle strutture stesse e riconosciuta in base alle disposizioni legislative vigenti.

È possibile chiedere un giorno di congedo straordinario o 6 ore di permesso per motivi personali nel corso dello stesso mese con turni già approvati e con preavviso di pochi giorni? Può essere negato ed in tal caso quando nel caso specifico?

Il giorno di congedo può essere richiesto ed il Direttore può non concederlo per ragioni di servizio.

Avendo già maturato quasi 20 anni di anzianità mi compete avere l'alta specializzazione?

Nel caso in questione dal 5° anno di anzianità va affidato un incarico professionale di altissima professionalità o un incarico professionale di alta specializzazione oppure un incarico incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo.

Sono assunto da circa un anno ed ancora non mi è stato dato l'incarico base.

La remunerazione inizia dalla effettiva assegnazione dell'incarico professionale iniziale conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova.

Nella UOC presso cui presto servizio fino ad oggi è stato stilato mensilmente un turno di reperibilità (8:00-20:00).

Da tempo la retribuzione di questi turni è ferma e noi abbiamo continuato a garantire la disponibilità e ci è stato comunicato in maniera informale dalla Direzione Sanitaria che questa turnistica non sarà più retribuita, né lo saranno i turni già svolti negli anni scorsi, in quanto il CCNL non prevede reperibilità diurna. Chiedo quale sia la normativa vigente e come applicare a riguardo il CCNL vigente.

L'Art. 30 del CCNL al comma 3 recita:

Servizio di pronta disponibilità

3. Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni ed ai giorni festivi garantendo il riposo settimanale. Tale servizio può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia di cui al presente CCNL. Nei servizi di anestesia e nelle unità operative di rianimazione e terapia intensiva è prevista esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa.

Sono un Anestesista Rianimatore a tempo indeterminato la mia Asl mi ha concesso un'aspettativa senza assegni per conseguire una seconda specializzazione, durante questi anni il mio ufficio del personale mi riferisce che però non potrò svolgere attività di continuità assistenziale.

Durante il periodo di aspettativa senza assegni per conseguire una seconda specializzazione bisogna dedicarsi alle attività della scuola di specializzazione e non è possibile svolgere altra attività.

Sono una specializzanda ARTID attualmente assunta con decreto Calabria. Sono appena rientrata a lavoro dopo la maternità e so che è previsto la riduzione del monte ore per allattamento fino all'anno del bambino. Vorrei sapere se possibile quale dovrebbe essere il mio monte ore settimanale e la riduzione oraria prevista nella mia situazione.

Per quanto riguarda l'orario va applicato il *DECRETO LEGISLATIVO* 26 marzo 2001, n. 151 che recita:

Art. 39.

Riposi giornalieri della madre

(legge 30 dicembre 1971, n. 1204, art. 10)

1. Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore.

2. I periodi di riposo di cui al comma 1 hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'azienda.

3. I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva o nelle o nelle immediate vicinanze di essa.

Non si tratta di una riduzione dell'orario ed i periodi di riposo non possono essere cumulati.

Attualmente sono dipendente di un'Azienda pubblica a tempo indeterminato, ma nei prossimi mesi sono in aspettativa per ricoprire un

incarico a tempo determinato presso un'altra azienda pubblica. Adesso mi viene proposto il rinnovo del contratto a tempo determinato, ma mi è stato comunicato in modo informale che probabilmente non mi verrà concessa la proroga dell'aspettativa. È possibile secondo la normativa contrattuale?

La norma contrattuale che regola la concessione dell'aspettativa è:

Articolo 10 CCNL integrativo 10 febbraio 2004 modificato dall'articolo 24 CCNL 3 novembre 2005

8. L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:

b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto. L'aspettativa prevista dall'art. 23 bis del d.lgs 165 del 2001 per attuare la mobilità pubblico - privato si applica esclusivamente nei casi in cui l'incarico sia conferito da Organismi pubblici o privati della Unione Europea o da ospedali pubblici dei paesi dell'Unione stessa o da Organismi internazionali. L'incarico già conferito al dirigente dall'azienda o ente che concede l'aspettativa è sospeso per la durata dell'aspettativa e prosegue al suo rientro a completamento del periodo mancante sino alla valutazione. Durante l'assenza, in rapporto alla durata dell'aspettativa, si applica l'art. 18 comma 1 o 5 del CCNL 8 giugno 2000;

9. Il dirigente che non intende riprendere servizio, al termine dell'aspettativa di cui al comma 8, lett. b), è esonerato dal preavviso purché manifesti per iscritto la propria volontà 15 gg prima. Il preavviso non è comunque richiesto nell'ipotesi di cui alla lett. a) o se il dirigente non rientra al termine del periodo di prova presso altra azienda.

Nota Bene: le "Risposte ai Quesiti" si basano sulle fonti legislative e contrattuali – che a volte sono lacunose – riferibili ai casi descritti, e pertanto non possono avere alcuna pretesa di infallibilità, stanti le possibili diverse interpretazioni delle normative.



SAVE THE DATE
2026
7-8-9 maggio

Roma, Crowne Plaza St. Peter's

