

# *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

MARZO - APRILE  
2026  
2  
Anno XLVII

## **Sottoscritto il CCNL 2022-24**

### **Pronti per il prossimo**



**FOCUS**  
La storia del Rischio  
Radiologico  
e Anestesiologico

**Elezioni ONAOSI**  
La Lista Intersindacale

**Nuova edizione  
di EAST Course**  
22-24 Maggio

# Sommario

**3 Editoriale**  
Previdenza Pubblica.  
Un sistema da ripensare, senza perdere il senso della solidarietà

**4 CCNL**  
Dal contratto 2022-2024 al prossimo

**9 FOCUS**  
Sintesi Storica del Rischio Radiologico e Anestesiologico

**17 ONAOSI**  
Rinnovo del Comitato di Indirizzo della Fondazione

**18 INTERVENTO**  
Aziende Ospedaliere Universitarie, le proposte AAROI-EMAC

**19 SPECIALIZZANDI**  
Le risposte del Presidente Nazionale

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

**24 FORMAZIONE**  
Dal 22 al 24 Maggio torna East Course

## AAROI-EMAC risponde

**26** - **Previdenza:** Gli articoli degli Esperti

**30** - **Quesiti Sindacali**

News AAROI-EMAC in tempo reale [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr



LinkedIn



Instagram

## INDIRIZZI UTILI

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

**Direzione e Amministrazione**  
Via del Viminale 43 - 00184 Roma  
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733  
email: [ilnuovoar@aaroiemac.it](mailto:ilnuovoar@aaroiemac.it)

**Redazione**  
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

**Progetto grafico:**  
Roberto Spiga

**Foto:**  
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

**Chiuso in Redazione il 14-Aprile-2026**



## Previdenza Pubblica.

### Un sistema da ripensare, senza perdere il senso della solidarietà

Il 31 marzo si è svolto a Roma un interessante convegno dal titolo "Proposte e Innovazioni per la Previdenza Pubblica. Tutelare il risparmio previdenziale e il welfare dei lavoratori pubblici attraverso norme innovative e contratti di lavoro adeguati", organizzato da COSMED, la Confederazione di cui l'AAROIEMAC fa parte. Un appuntamento estremamente attuale, che ha messo in evidenza come la previdenza pubblica sia oggi un tema centrale, da affrontare senza timore di prenderne in esame aspetti che un semplicistico approccio sociale esclusivamente solidaristico ha in qualche modo sempre impedito di analizzare nella prospettiva della sua reale sostenibilità.

Nel corso del mio intervento ho voluto richiamare alcuni punti che ritengo fondamentali. Il nostro sistema previdenziale, fortemente basato su principi solidaristici che ne costituiscono il fondamento e che nessuno mette in discussione, nacque in un contesto storico completamente diverso da quello attuale, caratterizzato com'era, contrariamente a oggi, da un equilibrio demografico favorevole, con molti lavoratori attivi e relativamente pochi pensionati. Su questa base fu strutturato esclusivamente come un sistema a ripartizione, senza alcun contrappeso costituito dalla capitalizzazione dei contributi versati da ciascun lavoratore in un proprio cassetto previdenziale, e tale è rimasto. In pratica, i contributi versati dai lavoratori attivi pagano le pensioni dei lavoratori in quiescenza.

Ma quest'equilibrio non esiste più ormai da molti decenni. E questo è solo il primo, grande nodo. Un sistema in cui i contributi dei lavoratori finanziano le pensioni correnti non regge più di fronte ai cambiamenti demografici e occupazionali che stiamo vivendo.

Ci sono poi altri rilevanti aspetti che meritano di essere evidenziati: come è stato ricordato, nel nostro Paese, la massima parte del gettito IRPEF proviene da chi paga le tasse alla fonte, cioè dai lavoratori dipendenti e dai pensionati stessi. E dato che una parte sempre più rilevante delle risorse necessarie per pagare le pensioni (inclusi i cosiddetti "assegni sociali") oltre alle altre prestazioni assicurate dalle casse dell'INPS proviene proprio dal gettito IRPEF, anch'esso in eterna sofferenza a causa delle note criticità costituite dall'elusione e dall'evasione fiscale, è evidente che non sono finora bastate tutte le strette pensionistiche introdotte nel tempo per non far collassare il sistema previdenziale, vale a dire – in estrema sintesi – il progressivo allungamento dell'età pensionabile e degli anni di contribuzione necessari per la quiescenza, l'ormai cessato regime di calcolo retributivo e l'ormai prossima cessazione di quello misto, la continua revisione al ribasso dei coefficienti di trasformazione.

Le prospettive per le giovani generazioni sono sotto gli occhi di tutti: salvo ipotesi al ribasso, chi entra oggi nel mondo del lavoro percepirà poco più del 50% dell'ultimo stipendio. È un dato che dovrebbe preoccuparci pro-fondamente, poiché mette in discussione la tenuta stessa del "patto sociale" su cui si fonda un sistema pensio-nistico che continua a indebolirsi.

In conclusione, a mio parere occorre continuare a considerare il sistema previdenziale come un pilastro di solidarietà sociale, ma allo stesso tempo iniziare a ragionare seriamente su come mantenerlo davvero sostenibile, favorendone – anche ma non solo attraverso una maggior defiscalizzazione della contribuzione volontaria di tipo "complementare" – la riconversione in un sistema più moderno, la cui finalità solidaristica non continui a sopravanzare quella previdenziale vera e propria.

Il video del Convegno è disponibile al seguente link:

<https://www.youtube.com/watch?v=rLG-Ljcy5Q8&t=6s>

*Alessandro Vergallo  
Presidente AAROI-EMAC*



## Il Contratto siglato in Febbraio in pillole

Con la firma del 27 Febbraio 2026 è entrato in vigore il CCNL 2022-2024. Il testo introduce una serie di modifiche significative soprattutto in materia economica e di tutele per i dirigenti.

Di seguito una sintesi delle principali novità normative rispetto al CCNL 2019-2021. La disamina completa è disponibile nello Speciale Contratto pubblicato al seguente link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=39804>

▶ Relazioni Sindacali (Modifiche all'Art. 5 del CCNL 23.1.2024) – Obbligo di Informazione Preventiva alle OO. SS. riguardante il piano triennale dei fabbisogni di personale;

▶ Confronto Regionale (Modifiche all'Art.7 c.1 lett.I) – *"Piano di riparto tra le aziende quota di risorse di cui all'art. 1, c. 238 L.213 /2023, destinata al personale di cui al presente CCNL"*, si tratta della quota di compartecipazione al SSR che i frontalieri con la Svizzera sono tenuti a versare alla regione di residenza, tale quota è destinata, quale trattamento accessorio, al personale medico ed infermieristico di quelle regioni di confine a partire dal 2024:

▶ Periodo di Prova (Modifiche dell'Art.16 comma 11) – I MIF assunti con la L.145/2018 possono essere esonerati dal periodo di prova dopo aver conseguito la Specializzazione;

▶ Ricostituzione del rapporto di lavoro (Modifiche all'Art. 18 c.1 e c.2) – Il Dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro può richiedere entro 5 anni dalla data di cessazione la ricostituzione dello stesso in tutte le aziende in cui abbia lavorato e non più nell'ultima, è stato perfezionato il riconoscimento dell'anzianità maturata (al momento della ricostituzione del rapporto di lavoro invece che alla cessazione);

▶ Esperienza ai fini del riconoscimento dell'anzianità utile per il conferimento degli Incarichi (Modifiche all'Art. 22, comma 5 ) – è stata eliminata la limitazione

all'anzianità di servizio nella medesima disciplina, tale modifica non si applica alle procedure di attribuzione rinnovo incarichi avviate prima dell'entrata in vigore del presente CCNL;

▶ Ferie (Modifiche all'Art. 32):

■ Mobilità: nel caso di mobilità le ferie maturate e non godute dal dipendente presso l'Azienda vengono conservate e sono fruite presso la nuova Azienda;

■ Pianificazione obbligatoria: le Aziende devono concordare entro il primo quadrimestre il piano ferie estive e assicurarsi che i dirigenti fruiscano effettivamente del periodo di riposo; inoltre, le Aziende devono comunque attivarsi per l'effettivo godimento di tutte le ferie del dirigente;

■ Smaltimento ferie per termine rapporto di lavoro: è consentita la fruizione delle ferie, se compatibile con le esigenze organizzative, anche durante il periodo di preavviso.

▶ Tutele legali in caso di aggressioni (nuovo articolo)

■ Patrocinio legale: In caso di aggressione da parte di terzi, l'Azienda si fa carico di tutte le spese legali, inclusi consulenti tecnici e ogni grado di giudizio. Il dirigente può proporre un legale o un consulente di sua fiducia.

■ Supporto psicologico: Previsto su richiesta del dirigente.

■ Copertura assicurativa: Le Aziende possono stipulare polizze per la copertura del rischio.

▶ Disapplicazioni conseguenti alle innovazioni e alle novellazioni contrattuali – diversi articoli del CCNL 23.1.2024 vengono espressamente disapplicati e sostituiti dalle nuove disposizioni, tra cui quelle su periodo di prova, ricostituzione del rapporto, lavoro straordinario, ferie, retribuzione di posizione.

## SINTESI DELLE PRINCIPALI NOVITÀ ECONOMICHE RISPETTO AL CCNL\_2019-2021

### ▶ Aumenti stipendiali strutturali

■ Stipendio tabellare: A decorrenza 1° gennaio 2024, è previsto un incremento di € 230,00 lordi mensili per tredici mensilità, che riassorbe le anticipazioni economiche già erogate nel 2022 e 2023. Il nuovo stipendio tabellare annuo lordo è fissato a € 50.005,77.

■ Incremento della retribuzione di posizione fissa: previsto l'incremento della parte fissa della retribuzione di posizione in relazione all'incarico attribuito, da un minimo di 600 euro annuo per i dirigenti neoassunti fino a 2.410 euro annui per la struttura complessa di area chirurgica. Tali incrementi rappresentano un miglioramento medio per dirigenti neoassunti di oltre il 54%, del 20% per incarichi di tipo C o B, di oltre 16% per tutti gli altri incarichi).

Ai dirigenti in regime di extramoenia spetta il 65% della sola retribuzione di posizione e non più il 55%.

### ▶ Clausola di Garanzia

I valori minimi di retribuzione di posizione complessiva sono adeguati:

- Anzianità uguale o superiore ai 5 anni e inferiore ai 15 anni: € 6.798
- Anzianità uguale o superiore ai 15 anni e inferiore ai 20 anni: € 7.600
- Anzianità uguale o superiore ai 20 anni: € 9.100

### ▶ Lavoro Straordinario

Dal mese successivo alla firma, la tariffa oraria per il lavoro straordinario e rideterminata in:

- € 30,72 per lo straordinario diurno,
- € 34,73 per lo straordinario notturno o festivo,
- € 40,07 per lo straordinario notturno-festivo

### ▶ Indennità di specificità medico-veterinaria

A decorrenza 31.12.2024, l'indennità viene rideterminata a € 9.466,00 lordi annui per medici e veterinari, e a € 12.570,42 per quelli di ex II livello mentre per i dirigenti sanitari non medici l'indennità di specificità sanitaria viene rideterminata a € 1.614,46.

### ▶ Incremento dei fondi aziendali

- Fondo per la retribuzione degli incarichi: aumentato di € 1.038,70 pro-capite annui lordi dal 1.1.2024.
- Fondo per le condizioni di lavoro: Incrementato di € 533,00 pro-capite annui lordi, con ulteriori risorse per l'indennità di pronto soccorso.
- Fondo per la retribuzione di risultato: Aumentato di € 481,00 pro-capite annui lordi.

### ▶ Arretrati per il 2024 e per il 2025 (arretrati in tassazione separata):

Tabellare: (€ 230X26 mesi = € 5980) meno (IVC € 139,22X26 mesi = € 3619,22) = € 2360

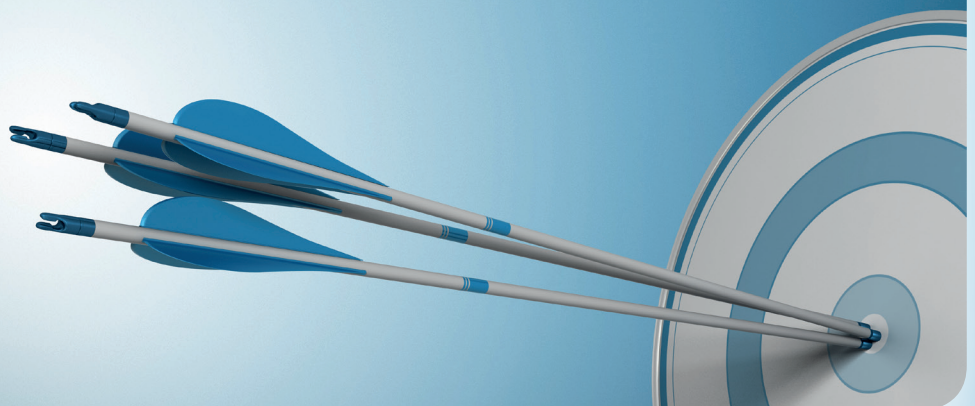
Fondo incarichi - € 122,90X 26 mesi = 3195,4

Fondo condizioni di lavoro - € 26,50 X 26 mesi = € 689

Fondo di risultato - € 10X26 = €260

Quindi Arretrati Medi da ricevere sono:

€ 2360+3195,4+689+260 = € 6504,4



### Indennità extra contrattuale nella Legge di Bilancio

Il quesito ci offre l'occasione per ricordare (come precedentemente preannunciato) che:

- come sancito dall'Art. 15 (Indennità di specificità medico – veterinaria e indennità di specificità sanitaria) del CCNL 2022-2024 siglato in forma definitiva in data 27.02.2026, a decorrere dal 31/12/2024 e a valere dall'anno successivo (quindi dalla data 01/01/2025), l'importo annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, dell'indennità di specificità medico veterinaria di cui all'art. 65 del CCNL 23.1.2024 per i dirigenti medici e veterinari è rideterminata in euro 9.466,00 per i Dirigenti appartenenti a questi 2 profili professionali, e in € 12.570,42 per i Direttori di UOC (quindi con incremento eguale per ciascun Dirigente Medico e Veterinario pari a 303,78 annui lordi rispetto al CCNL 2019-2021 del 23.01.2024), mentre per i dirigenti sanitari non medici l'importo annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, della corrispondente indennità di specificità sanitaria (ISS) viene rideterminato in € 1.614,46, senza distinzioni tra Dirigenti e Direttori (quindi con incremento per ciascun dirigente sanitario pari a 232,97 annui lordi rispetto al CCNL 2019-2021 del 23.01.2024);

- gli ulteriori incrementi extra-contrattuali delle medesime voci (ISM e ISS), invece, erano stati stabiliti ex lege (Legge 30 dicembre 2024, n. 207, vale a dire la Manovra Finanziaria 2025) come segue:

\* dal Comma 350 (per l'ISM): "nei limiti degli importi complessivi lordi di 50 milioni di euro per l'anno 2025 e di 327 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026";

\* dal Comma 351 (per l'ISS): "nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 5,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025";

- la Legge 30 dicembre 2025, n. 199 (Manovra 2026) ha poi:

\* con il Comma 357, incrementato di altri 85 milioni l'aumento extra-contrattuale dell'ISM decorrente dal 2026, portandola complessivamente da 327 a 412 milioni spettanti a decorrere dal 01/01/2026;

\* con il Comma 359, introdotto per l'ISS uno stanziamento extra-contrattuale specifico di altri 8,5 milioni decorrente dal 2026 (che la Manovra precedente non prevedeva), portandola complessivamente da a 13,5 milioni spettanti a decorrere dal 01/01/2026.

In sostanza, si tratterà di suddividere questi stanziamenti scaglionati come sopra ricordato:

\* tra i circa 120.000 Dirigenti Medici e Veterinari (compresi i Direttori); qualora tali stanziamenti extra-con-

trattuali vengano suddivisi senza distinzioni di incarico, a ciascun Medico e a ciascun Veterinario saranno quindi corrisposti per l'ISM ulteriori circa 416 € annui lordi pro capite per l'anno 2025, che diverranno circa 3.433 € annui lordi pro capite spettanti dal 01/01/2026 in poi;

\* tra i circa 17.000 dirigenti sanitari non medici (compresi i direttori); qualora vengano suddivisi senza distinzioni di incarico, a ciascun dirigente sanitario non medico saranno quindi corrisposti per l'ISS ulteriori circa 323 € annui lordi pro capite a decorrere dall'anno 2025, che diverranno circa 749 € annui lordi pro capite spettanti dal 01/01/2026 in poi;

Tutto quanto sopra qualora non intervenissero, entro la conclusione dell'iter di rinnovo CCNL per il Triennio 2025-2027 che ora ci attende (o per meglio dire che noi attendiamo) ulteriori finanziamenti extra-contrattuali dedicati espressamente per legge all'ISM e all'ISS.

Per rispondere in estrema sintesi al quesito: gli aumenti extra-contrattuali in questione, con le loro specifiche decorrenze, compariranno in busta paga solo una volta che entrerà in vigore il CCNL 2025-2027 (che eventualmente potrà appostarvi o meno anche risorse contrattuali), poichè per Legge l'inizio della loro effettiva erogazione (con gli arretrati che spetteranno) è stata fissata a decorrere da tal futura data di entrata in vigore del CCNL 2025-2027.

Queste tempistiche (tra altre motivazioni di opportunità) rendono ragione della nostra forte determinazione (poi esitata nella nostra firma) a chiudere nel più breve tempo possibile (con comprensibile ma non da noi condivisibile disappunto di altre OO. SS. che rappresentano anche i dirigenti sanitari) il CCNL 2022-2024, determinazione che resterà altrettanto forte per il prossimo CCNL 2025-2027, pur se ad esso sarà necessario apportare quei miglioramenti di tipo normativo che non c'è stato il tempo di introdurre nel CCNL 2022-2024 siglato con firma definitiva il 27.02.2026, che rende possibile il rapido avvio del successivo.

Un'Ultima Nota:

Ricordate tutti, Colleghi MIF e Colleghi Specialisti ARTID e MEU: più Iscritti, più diritti, ma soprattutto maggior forza al Vostro Sindacato per ottenere a tutti i livelli maggior ascolto per la valorizzazione dei Medici che esso rappresenta!

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente AAROI-EMAC*

## Le proposte delle Regioni per Comparto e Dirigenza

6 Febbraio 2026 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato il Documento di proposte per il personale del comparto e della dirigenza del SSN, frutto di un confronto con le organizzazioni sindacali e disponibile al seguente link:

<https://www.regioni.it/download/news/663424/>

Tale documento contiene le RISULTANZE di una lunga serie di incontri precedenti, nel corso dei quali l'AAROI-EMAC ha collaborato fattivamente, offrendo il proprio contributo per quanto poi proposto, che peraltro aveva condotto sin dalla trattativa del CCNL 2019-2021 ad importanti risultati sia contrattuali (tramite ARAN) sia normativi (attraverso ns confronti propositivi, alcuni in parte già attuati e altri su cui continuiamo a lavorare, nei confronti della Politica).

Analoga linea è stata seguita per quanto concerne il CCNL 2022-2024, che pur se piuttosto limitati per quanto concerne le innovazioni contrattuali, hanno posto le basi per il prossimo CCNL 2025-2027, la cui trattativa avrà inizio il 29 Aprile.

Questo traguardo temporale sarebbe già un risultato importantissimo, dopo decenni e decenni nei quali i CCNL sono stati firmati dopo la loro scadenza temporale, oltretutto avendo subito fino al Dicembre 2019 i danni non solo economici conseguenti al precedente indecente blocco contrattuale di ben 10 anni instauratosi sin dal 2010 (questo è sempre bene ricordarlo).

### Il Documento declina e dettaglia i seguenti obiettivi:

- **modelli organizzativi flessibili e sostenibili**
- **valorizzazione economica e superamento dei tetti di spesa**
- **percorsi di carriera chiari e tutelati**
- **relazioni sindacali più forti e uniformità applicativa**
- **revisione dei profili professionali**

- **coinvolgimento dei professionisti nella governance digitale**
- **confronto permanente tra Regioni e sindacati.**

Ma il lavoro da farsi è appena iniziato!

**A tale Documento l'AAROI-EMAC ha dato riscontro comunicando alle Regioni e al Comitato di Settore l'adesione e la disponibilità alla collaborazione nella prospettiva dei successivi step di sviluppo e di attuazione dei principi ivi enunciati.**

Raggiunta questa formale condivisione programmatica, adesso è altrettanto fondamentale che questi impegni non restino solo sulla carta e nei colloqui, ma vengano recepiti subito, a partire dall'Atto di Indirizzo per il CCNL 2025-2027, per poter essere immediatamente sviluppati nella trattativa che ne seguirà e per poter essere applicati davvero a cascata nelle Strutture del SSN attraverso la Contrattazione Decentrata Regionale e quella Integrativa Aziendale (C.I.A.).

Per far questo occorre che l'AAROI-EMAC implementi la propria rappresentatività, poiché la Storia dimostra che non sempre i maggiori ostacoli che si frappongono tra Noi e i nostri Obiettivi di valorizzazione AR & MEU vengono dai Governi Nazionali o da quelli Regionali (qual che ne sia il rispettivo colore politico), ma anche (a volte soprattutto) da altre OO. SS.

**L'impegno necessario per poter continuare ad essere incisivi per il raggiungimento dei Nostri Obiettivi riguarda Noi Tutti.**

**A dicembre 2026 ci sarà la nuova rilevazione deleghe valevoli presso ARAN, perciò occorre che ciascuno di NOI faccia acquisire all'AAROI-EMAC più Iscritti!**

Invitiamo perciò Tutti i nostri Iscritti ad impegnarsi da subito, ORA, per far aderire all'AAROI-EMAC quanti più Colleghi possibile!

Grazie!

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente AAROI-EMAC*

## Prima Convocazione ARAN per il CCNL 2025-2027

Proprio mentre stiamo andando in chiusura del giornale, è pervenuta la convocazione ufficiale della prima riunione presso l'ARAN. L'incontro, fissato per il 29 aprile 2026 alle ore 15.00, segna l'avvio formale della trattativa per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

dell'Area Sanità relativo al triennio 2025-2027. A pochi mesi dalla firma definitiva del precedente contratto siamo come sempre pronti a sederci nuovamente al tavolo per fare la nostra parte!

Dr Alessandro Vergallo

## La Sintesi Storica del Rischio Radiologico e Anestesiologico Iter e Fonti Normative di Legge /Contrattuali di Lavoro

Aggiornamento 31/03/2026

**RISCHIO ANESTESIOLOGICO** e **RISCHIO RADIOLOGICO** hanno una storia strettamente collegata ma nettamente distinta, sia dal pdv della Indennità Economica, sia da quello del Congedo fruibile in termini di astensione retribuita dal lavoro.

**DI SEGUITO LE PRINCIPALI FONTI NORMATIVE E CONTRATTUALI CHE INTERESSANO I MEDICI OSPEDALIERI PUBBLICI DIPENDENTI (e – nei limiti del loro recepimento nei CCNL dell’Ospedalità Privata – anche i COLLEGHI DIPENDENTI DELLE STRUTTURE PRIVATE)**

### PRINCIPALI FONTI NORMATIVE DI LEGGE

#### L’INDENNITÀ ECONOMICA per il RISCHIO RADIOLOGICO a favore dei soli TECNICI DI RADIOLOGIA

MEDICA, oggi TSRM, fu introdotta dalla **LEGGE 28 marzo 1968 n. 416** [Indennità di rischio da radiazione per i tecnici di radiologia medica], che all’Art. 1 dispose quanto segue:

*A favore dei tecnici di radiologia medica che alle dipendenze o per conto di qualsiasi amministrazione pubblica o privata esplicano detta mansione, è istituita una indennità di "rischio da radiazione" nella misura unica mensile di lire 30.000. ((1))*

*Tale indennità, per i tecnici radiologi dipendenti da amministrazioni dello Stato, non è cumulabile con altre eventualmente fruite a titolo di lavoro nocivo e rischioso o per profilassi.*

---

#### NOTE ALLA L. 416/1968

Gli **Accordi tra la F.I.A.R.O. (Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedali) e le Organizzazioni Sindacali del 02/04/1970 e del 05/05/1970** e la **Circolare Min. San. 144 del 4 agosto 1971** estendono il beneficio, prevedendo che *“Al personale esposto per ragioni professionali, e quindi addetto a sorgenti radiogene in ‘zone controllate’, spettano i benefici previsti dalle vigenti disposizioni in materia (indennità di rischio da radiazioni, aumento del congedo ordinario di giorni quindici, assicurazione obbligatoria contro le malattie da raggi): ciò in quanto è da presumersi che tale personale potrebbe trovarsi accidentalmente in condizioni di assorbire dosi di radiazioni superiori ai valori massimi ammissibili.”*

Il DPR 13/2/1964 n.185 aveva definito la “Zona Controllata” come segue: *“luogo determinato in cui esiste una sorgente di radiazioni ionizzanti e in cui persone esposte per ragioni professionali possono ricevere una dose di radiazioni superiore a 1,5 rem per anno”*, identificando le “Persone esposte per ragioni professionali” come segue: *“Persone esposte per ragioni professionali: persone che in una zona controllata effettuano abitualmente un lavoro che le espone al pericolo derivante dalle radiazioni ionizzanti.”*

L’INDENNITÀ ECONOMICA per il RISCHIO RADIOLOGICO a favore anche dei MEDICI fu introdotta dalla **LEGGE 27 ottobre 1988 n. 460**, che all’Art. 1 dispose quanto segue:

**1. I servizi di radiologia medica, radiodiagnostica, radioterapia e medicina nucleare devono garantire, sulla base delle conoscenze tecnologiche attuali, la massima protezione e la minima esposizione possibile alle radiazioni ionizzanti del personale ivi adibito.**

**2. Al personale medico e tecnico di radiologia di cui al comma 1 dell'articolo 58 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, l'indennità mensile lorda di L. 30.000, corrisposta ai sensi della legge 28 marzo 1968, n. 416, è aumentata a L. 200.000 a decorrere dal 1° gennaio 1988.**

**3. Al personale non compreso nel comma 2 del presente articolo, che sia esposto a rischio in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione, in quanto adibito normalmente o prevalentemente a funzioni diverse da quelle svolte dal personale di cui allo stesso comma 2, è corrisposta una indennità mensile lorda di L. 50.000 a decorrere dal 1° gennaio 1988. L'individuazione del predetto personale sarà effettuata secondo le modalità previste dal comma 4 dell'articolo 58 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270.**

**4. I successivi eventuali adeguamenti dell'indennità di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo saranno determinati mediante contrattazione collettiva alla scadenza prevista per i rinnovi dei contratti nazionali di lavoro, con decorrenza dal 1991.**

-----  
**NOTE ALLA L. 460/1988**

Nota Generale:

Il **DPR 5 maggio 1975 n. 146** [Regolamento di attuazione dell'art. 4 della **legge 15 novembre 1973, n. 734**, concernente la corresponsione di indennità di rischio al personale civile, di ruolo e non di ruolo, ed agli operai dello Stato] aveva già introdotto varie Indennità Economiche, a favore di diverse categorie di lavoratori **“per compensare prestazioni di lavoro che comportino continua e diretta esposizione a rischi pregiudizievoli alla salute o alla integrità personale ovvero che richiedano un maneggio di valori di cassa quando possano derivarne rilevanti danni patrimoniali o comportino una continua applicazione agli impianti meccanografici o che siano effettuate in ore notturne.”**

Tra tali rischi era ricompreso quello della **“esposizione diretta e continua a radiazioni ionizzanti”**.

Note all'art. 1, comma 2:

- Il testo del comma 1 dell'art. 58 del **D.P.R. n. 270/1987** (Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale), è il seguente:  
**"Art. 58 (Indennità di rischio da radiazioni). - 1. Al personale medico e tecnico di radiologia sottoposto in continuità all'azione di sostanze ionizzanti o adibito ad apparecchiature radiologiche in maniera permanente, viene corrisposta una indennità di 'rischio da radiazione' nella misura unica mensile lorda di L. 30.000 ai sensi della legge 28 marzo 1968, n. 416, e successive modificazioni e integrazioni".**
- La Legge n. 416/1968 reca: "Indennità di rischio da radiazione per i tecnici di radiologia medica".

Nota all'art. 1, comma 3:

- Il testo del comma 4 dell'art. 58 del D.P.R. n. 270/1987 è il seguente:  
**"4. L'accertamento del personale non compreso nel comma 1 soggetto a rischio radiologico verrà effettuato da una apposita commissione presieduta dal coordinatore sanitario e composta dal responsabile dell'unità operativa di medicina nucleare o radiologica, da un rappresentante designato dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo recepito nel presente decreto e da un esperto qualificato nominato dal comitato di gestione od organo corrispondente secondo i rispettivi ordinamenti".**

**IL CONGEDO per il RISCHIO RADIOLOGICO** risale al DPR 27 marzo 1969, n. 130 [stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri], che, nel disciplinare il congedo ordinario, prevede in un ultimo comma dell'art. 36: "**il periodo di congedo è aumentato di giorni 15 per il personale comunque sottoposto al rischio di radiazioni ionizzanti**". L'ambito di applicazione della norma era limitato ai dipendenti degli enti ospedalieri, il cui stato giuridico veniva disciplinato da quella normativa. Tuttavia, la Legge 31 gennaio 1983, n. 25 [modifiche ed integrazioni alla legge 4 agosto 1965, n. 1103, e al DPR 6 marzo 1968, n. 680, sulla regolamentazione giuridica dell'esercizio della attività di tecnico sanitario di radiologia medica] ne estese la portata, disponendo all'art. 9: "**le norme di cui all' articolo 36 del decreto del Presidente della repubblica 27 marzo 1969, n. 130, e allo articolo 17 del decreto del Presidente della repubblica 16 ottobre 1979, n. 509, sono estese ai tecnici sanitari di radiologia medica ovunque operanti**" (come poi confermato anche da Sentenza Corte di Cassazione n. 3882 del 18 febbraio 2010).

Di conseguenza, anche i CCNL della sanità privata recepirono (pur con vario grado di aderenza alla normativa di legge) il diritto a tale beneficio.

In seguito, IL CONGEDO per il RISCHIO RADIOLOGICO fu sancito (per l'ospedale pubblica) dal DPR 28 novembre 1990 n. 384 [Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68]:

- con l'Art. 54 Comma 9 per il Personale del Comparto (vedasi di seguito)
- con l'Art. 120 Comma 9 per il Personale dell'Area Medica (vedasi di seguito).

**IL CONGEDO per il RISCHIO ANESTESIOLOGICO** fu introdotto (vedasi la Sezione PRINCIPALI FONTI CONTRATTUALI che segue) dal **DPR 28 novembre 1990 n. 384** [Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n. 68] con l'Art. 120 Comma 10 (vedasi di seguito).

## PRINCIPALI FONTI CONTRATTUALI DI LAVORO

### **1) CCNL\_1985-1987 (DPR 270/1987) Artt. 58 c.1 e 98 c.1 (INTRODUZIONE SOLA INDENNITÀ DI RISCHIO RADIOLOGICO)**

Art. 58 [Indennità di rischio da radiazioni]

*1. Al personale medico e tecnico di radiologia sottoposto in continuità all'azione di sostanze ionizzanti o adibito ad apparecchiature radiologiche in maniera permanente, viene corrisposta un'indennità di «rischio da radiazione» nella misura unica mensile lorda di L. 30.000 ai sensi della legge 28 marzo 1968, n. 416 , e successive modificazioni e integrazioni.*

*2. L'indennità in parola spetta alla condizione che il suddetto personale sia tenuto a prestare la propria opera in «zone controllate», ai sensi della circolare del Ministero della sanità n. 144 del 4 settembre 1971, e che il rischio stesso abbia carattere professionale, nel senso che non sia possibile esercitare l'attività senza sottoporsi al relativo rischio.*

*3. L'accertamento delle condizioni ambientali che caratterizzano le zone controllate deve essere effettuato con le modalità di cui alla richiamata circolare del Ministero della sanità.*

*4. L'accertamento del personale non compreso nel comma 1 soggetto a rischio radiologico verrà effettuato da una apposita commissione presieduta dal coordinatore sanitario e composta dal responsabile dell'unità operativa di medicina nucleare o radiologica, da un rappresentante designato dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo recepito nel presente decreto e da un esperto qualificato nominato dal comitato di gestione od organo corrispondente secondo i rispettivi ordinamenti.*

*5. L'indennità di rischio da radiazioni deve essere pagata in concomitanza con lo stipendio.*

*6. Tale indennità non è cumulabile con l'analoga indennità di cui al D.P.R. 5 maggio 1975, n. 146 e con altre eventualmente previste a titolo di lavoro nocivo o rischioso. È peraltro cumulabile con l'indennità di profilassi antitubercolare.*

...

Art. 98 [Indennità di rischio radiologico]

*1. L'indennità di rischio radiologico di cui all'art. 58 spetta, altresì, al personale medico anestesista rianimatore in quanto sottoposto al doppio rischio da radiazioni ionizzanti e da gas e vapori anestetici.*

### **NOTE AL CCNL\_1985-1987 (DPR 270/1987)**

- La Legge 28 marzo 1968 n. 416 non cita altro personale del SSN “*sottoposto in continuità all'azione di sostanze ionizzanti o adibito ad apparecchiature radiologiche in maniera permanente*”, oltre al solo “*personale medico e tecnico di radiologia*”.
- Il Dipartimento Funzione Pubblica esprime parere di riconoscere l'indennità di rischio da radiazioni ai soli Medici e Tecnici di Radiologia.

### **2) CCNL\_1988-1990 (DPR 384/1990) Artt. 54 c.6 e c.9 COMPARTO; Artt. 92 c.6, 120 c.6, c.9 e c.10 AREA MEDICA (CONFERMA INDENNITÀ DI RISCHIO RADIOLOGICO e INTRODUZIONE CONGEDI RADIOLOGICO E ANESTESIOLOGICO)**

- Art. 54 Comparto [Indennità di rischio da radiazioni]

*6. Al personale di cui al comma 4 che, a seguito della nuova verifica effettuata dalla commissione ivi prevista, risulti esposto al rischio da radiazioni anche in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione, ai sensi dell'articolo 9, lettera h) gruppo 1, del decreto del Presidente*

*della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, in quanto adibito normalmente o prevalentemente a funzioni diverse, e' corrisposta l'indennita' nella misura unica mensile lorda di L. 50.000.*

NOTA: la LEGGE 27 ottobre 1988 n. 460, con l'Art. 1 c.2, porterà poi il valore economico della predetta Indennità a L. 200.000.

...

*9. Al personale di cui all' articolo 1, comma secondo, della legge 27 ottobre 1988, n. 460, compete un periodo di congedo ordinario aggiuntivo di giorni quindici da usufruirsi in un'unica soluzione.*

...

- Art. 92 Area Medica [Tutela della salute ed igiene negli ambienti di lavoro]

*6. Per gli operatori esposti all'azione dei gas anestetici gli Enti provvedono alla istallazione ed attivazione di opportuni impianti di decontaminazione delle camere operatorie nonché alla esecuzione di visite e controlli trimestrali, alla adeguata protezione delle lavoratrici gestanti e dagli epato-pazienti.*

...

- Art. 120 Area Medica [Indennità di rischio da radiazioni]

*6. Al personale di cui al comma 4 che, a seguito della nuova verifica effettuata dalla commissione ivi prevista, risulti sottoposto al rischio da radiazione anche in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione, ai sensi dell'articolo 9, lettera h), gruppo 1, del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, in quanto adibito normalmente o prevalentemente a funzioni diverse, è corrisposta l'indennità nella misura unica mensile lorda di L. 50.000.*

...

*9. Al personale di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 27 ottobre 1988, 460, compete un periodo di congedo ordinario aggiuntivo di giorni quindici da usufruirsi in un'unica soluzione.*

*10. in attuazione dell'articolo 92, comma 6, al personale medico anestesista compete, a decorrere dal 1° dicembre 1990, un periodo di congedo ordinario aggiuntivo di giorni 8 da usufruire in un'unica soluzione.*

-----  
**NOTE AL CCNL\_1988-1990 (DPR 384/1990)**

- La **Legge 27 ottobre 1988 n. 460**, oltre al “*personale medico e tecnico di radiologia*” identificato all'Art. 1 C.2 come “*sottoposto in continuità all'azione di sostanze ionizzanti o adibito ad apparecchiature radiologiche in maniera permanente*”, aveva già previsto (all'Art. 1 C.3) la corresponsione dell'Indennità di rischio da radiazioni “*Al personale non compreso nel comma 2 del presente articolo, che sia esposto a rischio in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione, in quanto adibito normalmente o prevalentemente a funzioni diverse da quelle svolte dal personale di cui allo stesso comma 2*”.
- La **Sentenza della Corte Costituzionale n. 343 del 1992** dispose poi che l'indennità spetta anche a coloro i quali sono sottoposti a “rischio analogo” a quello cui sono sottoposti i Medici e i Tecnici di Radiologia di cui al DPR 28 novembre 1990 n.384.
- La **Legge 24 dicembre 1993 n.537**, dal 01/01/1995, sopprime sia l'Indennità sia il Congedo Radiologico con l'Art. 8 [Disposizioni in materia di sanità] C.6:  
*6. A far data dal 1 gennaio 1995, è soppressa l'indennità mensile lorda prevista dalla legge 28 marzo 1968, n. 416, come modificata dall'articolo 1, commi 2 e 3, della legge 27 ottobre 1988, n. 460.*  
*Dalla stessa data l'indennità di rischio da radiazione è ricondotta nell'ambito delle indennità professionali previste in sede di accordo di lavoro e correlate a specifiche funzioni. Dalla*

*stessa data, al personale sottoposto al rischio di radiazioni ionizzanti non spetta il congedo ordinario aggiuntivo di giorni quindici.*

- La **Legge 23 dicembre 1994 n.724** ripristinò sia l'Indennità sia il Congedo Radiologico con l'Art. 5 [Congedo ordinario aggiuntivo per categorie di lavoratori esposti a rischio radiologico]:
  1. *A partire dal 1 gennaio 1995 il congedo ordinario aggiuntivo di quindici giorni spetta ai tecnici sanitari di radiologia medica e ai medici specialistici in radio-diagnostica, radio-terapia, medicina nucleare e a quanti svolgono abitualmente la specifica attività professionale, in zona controllata.*
  2. *Al personale di cui al comma 1 durante il periodo di congedo per recupero biologico è vietato, a pena di decadenza dall'impiego, l'esercizio professionale in qualsivoglia struttura pubblica e privata.*
  3. *Il predetto congedo ordinario aggiuntivo dovrà essere effettuato con il sistema della turnazione alternata al servizio effettivamente svolto.*
  4. *Fino all'entrata in vigore del contratto collettivo di lavoro al personale di cui al comma 1 continua ad essere corrisposta l'indennità mensile lorda prevista dall'articolo 1, comma 2, della legge 27 ottobre 1988, n. 460.*

**3) CCNL\_1994-1997 (CCNL vero e proprio, il 1° NON DPR)** – L'Indennità per Rischio Radiologico, il Congedo per Rischio Radiologico, il Congedo per Rischio Anestesiologico si trascinano sostanzialmente invariati.

**4) CCNL\_1998-2001** – L'Art. 39 c.7 introduce, in relazione al Congedo per Rischio Anestesiologico, la dizione "personale esposto".

**7. Al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici compete un periodo di ferie aggiuntive di 8 giorni da usufruire in un'unica soluzione nell'arco dell'anno solare. Le aziende, attraverso un'adeguata organizzazione del lavoro, attivano forme di rotazione di tali medici nell'ambito del servizio di appartenenza. È disapplicato, in particolare, il comma 10 dell'art. 120 del DPR 384 del 1990.**

**5) CCNL\_10.2.2004 (Integrativo del CCNL dell'8 giugno 2000)** – interviene con l'Art. 29, che:

- con il Comma 1, adegua in €, come segue, la precedente valorizzazione in £ dell'Indennità di rischio radiologico per i Medici Radiologi
  1. *L'indennità di rischio radiologico prevista dall'art. 62, comma 4, primo alinea del CCNL 5.12.1996, a decorrere dall'entrata in vigore del presente contratto è denominata indennità professionale specifica ed è corrisposta ai dirigenti ivi previsti per 12 mensilità, nella stessa misura di £. 200.000 lorde (pari a € 103,29).*
- con il Comma 2, adegua in €, come segue, la precedente valorizzazione in £ dell'Indennità di rischio radiologico per i Medici NON Radiologi
  2. *Ai dirigenti che non siano medici di radiologia esposti in modo permanente al rischio radiologico, l'indennità continua ad essere corrisposta sotto forma di rischio radiologico nella misura di cui al comma 1, per tutta la durata del periodo di esposizione.*

**DA ALLORA IN POI IL TUTTO (INDENNITÀ E CONGEDI) RESTA SOSTANZIALMENTE INVARIATO, MA CON ALCUNE MODIFICHE, PRECISAZIONI E NOVELLAZIONI CONTRATTUALI A PARTIRE DAL CCNL\_2016-2018, RIASSUNTE COME SEGUE.**

## 6) CCNL\_2016-2018

**Indennità per Rischio Radiologico:** viene novellata dall'Art. 99 (Indennità professionale specifica di rischio radiologico e indennità di rischio radiologico) come segue:

**Congedo per Rischio Radiologico:** viene novellato anch'esso dall'Art. 99 come segue:

- 1. Si conferma l'art. 29, comma 1, del CCNL 10.2.2004 (Indennità di rischio radiologico) Area IV, con le modifiche di cui al presente articolo. L'indennità professionale specifica ivi prevista spetta ai medici specialisti di radio-diagnostica, radio-terapia e medicina nucleare di cui all'art. 5. comma 1, della Legge 724/1994, nonché ai fisici-sanitari, nella misura di € 103,29 lorde per 12 mensilità.*
- 2. Fermo restando quanto previsto al comma 1, ai dirigenti esposti in modo permanente al rischio radiologico, l'indennità di rischio radiologico continua ad essere corrisposta nella misura di € 103,29 lorde per 12 mensilità per tutta la durata del periodo di esposizione.*
- 3. L'accertamento delle condizioni ambientali che caratterizzano l'esposizione al rischio da radiazioni deve avvenire con gli organismi aziendali a ciò deputati in base alle vigenti disposizioni e ai sensi delle medesime disposizioni. Le visite mediche periodiche dei dirigenti esposti al rischio delle radiazioni avvengono con la cadenza prevista dalle vigenti disposizioni.*
- 4. Alla corresponsione delle indennità di cui al presente articolo si provvede con il fondo di cui all'art. 96 (Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro). Essa è pagata in concomitanza con lo stipendio, e non è cumulabile con l'indennità di cui al D.P.R. 5 maggio 1975, n. 146 e con altre indennità eventualmente previste a titolo di lavoro nocivo o rischioso.*
- 5. Ai dirigenti di cui ai commi 1 e 2, spetta un periodo di riposo biologico pari a 15 giorni consecutivi di calendario da fruirsi entro l'anno solare di riferimento in un'unica soluzione.*

**Congedo per Rischio Anestesiologico:** [NON disapplicato Art. 39 c.7 CCNL 1998-2001\_Integrativo\_10\_febbraio\_2004]

## 7) CCNL\_2019-2021

**Indennità per Rischio Radiologico:** viene novellata dall'Art. 78 (Indennità professionale specifica di rischio radiologico e indennità di rischio radiologico) come segue:

**Congedo per Rischio Radiologico:** viene novellato anch'esso dall'Art. 78 come segue:

- 1. L'indennità professionale specifica di rischio radiologico spetta ai medici specialisti di radio-diagnostica, radio-terapia e medicina nucleare di cui all'art. 5. comma 1, della Legge 724/1994, nonché ai fisici-sanitari, nella misura di € 103,29 lorde per 12 mensilità.*
- 2. Fermo restando quanto previsto al comma 1, ai dirigenti esposti al rischio radiologico in modo permanente sulla base di quanto accertato ai sensi del comma 3, l'indennità di rischio radiologico continua ad essere corrisposta nella misura di € 103,29 lorde per 12 mensilità per tutta la durata del periodo di esposizione.*
- 3. L'accertamento delle condizioni ambientali che caratterizzano l'esposizione al rischio da radiazioni deve avvenire con gli organismi aziendali a ciò deputati in base alle vigenti disposizioni e ai sensi delle medesime disposizioni. Le visite mediche periodiche dei dirigenti esposti al rischio delle radiazioni avvengono con la cadenza prevista dalle vigenti disposizioni.*
- 4. Alla corresponsione delle indennità di cui al presente articolo si provvede con il fondo di cui all'art. 73 (Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro). Essa è pagata in concomitanza*

*con lo stipendio, e non è cumulabile con l'indennità di cui al D.P.R. 5 maggio 1975, n. 146 e con altre indennità eventualmente previste a titolo di lavoro nocivo o rischioso.*

*5. Ai dirigenti di cui ai commi 1 e 2, spetta un periodo di riposo biologico pari a 15 giorni consecutivi di calendario da fruirsi entro l'anno solare di riferimento in un'unica soluzione. Il predetto periodo viene riproporzionato sulla base dei mesi di effettivo periodo di esposizione nel corso dell'anno di riferimento computandosi come mese intero i periodi superiori a quindici giorni. Sono esclusi dal computo delle assenze i 15 giorni di cui al comma 1, le ferie e le festività soppresse e il periodo di congedo obbligatorio di maternità.*

*6. Il presente articolo disapplica e sostituisce l'articolo 99 (Indennità professionale specifica di rischio radiologico e indennità di rischio radiologico) del CCNL del 19 dicembre 2019.*

**NOTA:** il computo come definito dal Comma 5 viene introdotto "per trascinamento" dall'analogo dettato contenuto nell'Art. 110 (Riposo biologico) del CCNL del Comparto 2019-2021 che lo aveva preceduto, riducendo anch'esso (almeno in via teorica) la durata effettiva del Congedo in argomento in caso di assenze diverse da quelle per "*le ferie e le festività soppresse e il periodo di congedo obbligatorio di maternità*".

**Congedo per Rischio Anestesiologico:** [NON disapplicato Art. 39 c.7 CCNL 1998-2001\_Integrativo\_10\_febbraio\_2004]

#### **8) CCNL\_2022-2024**

**Indennità per Rischio Radiologico:** [NON disapplicato Art. 78 CCNL 2019-2021]

**Congedo per Rischio Radiologico:** [NON disapplicato Art. 78 CCNL 2019-2021]

**Congedo per Rischio Anestesiologico:** [NON disapplicato Art. 39 c.7 CCNL 1998-2001\_Integrativo\_10\_febbraio\_2004]

**NOTA:** Gli Orientamenti Applicativi ARAN sul Congedo Anestesiologico, per quanto ci risulta ad oggi, hanno sempre ricalcato quelli sul Congedo Radiologico.

## Rinnovo del Comitato di Indirizzo della Fondazione

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione O.N.A.O.S.I., con deliberazione n. 43 del 30 marzo 2026, ha indetto le elezioni per il rinnovo del Comitato di Indirizzo per il quadriennio 2026-2030, con avvio delle operazioni elettorali a decorrere dal giorno 1° aprile 2026.

Le principali scadenze del procedimento elettorale sono le seguenti:

- pubblicazione degli elenchi degli aventi diritto al voto: **1° aprile 2026**
- termine per la presentazione delle liste dei candidati: **ore 20.00 del 30 aprile 2026**
- invio del materiale elettorale agli aventi diritto: **21 maggio 2026**
- termine per la ricezione delle schede di voto: **ore 20.00 del 30 giugno 2026**

Anche per questa tornata elettorale, 2026-2030, l'Intersindacale della Dirigenza Medica ed in particolare - ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED – AAROI-EMAC – FASSID – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM Federazione Veterinari e Medici – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA – CISL MEDICI – ha intenzione di presentare una lista unitaria denominata "ONAOSI FUTURA 2.0".

In tale lista saranno presenti quattro candidati AAROI-EMAC – uno in più rispetto al precedente mandato –, ossia il Dr Alessandro Vergallo (Presidente Nazionale), il Dr Antonio Amendola (Tesoriere Nazionale nonché Presidente Sezione Puglia), il Dr Luigi Zurlo (Presidente Sezione Lazio) e il Dr Gilberto Fiore (Presidente Sezione Piemonte – Valle D'Aosta).

Per la presentazione della Lista occorrono 650 firme. A tal fine si invita a firmare il modulo preposto della Lista ONAOSI FUTURA 2.0 rivolgendosi al proprio referente AAROI-EMAC regionale o aziendale. Si ricorda che ogni sottoscrittore può firmare una sola volta per una sola lista e che possono firmare solo i Dipendenti da Ente Pubblico (CCNL Dirigenza Medica) in regola con la contribuzione continuativa ONAOSI da almeno un anno alla data del 31 dicembre 2025.

Come indicato nelle scadenze entro il 21 maggio gli aventi diritto riceveranno il plico elettorale per votare inviando per posta le schede di voto che dovranno pervenire entro il 30 giugno 2026.

**Tutte le istruzioni sono pubblicate al seguente link:**

<https://www.onaosifutura.it/>



## Aziende Ospedaliere Universitarie, le proposte AAROI-EMAC

Il 13 Febbraio l'AAROI-EMAC, nella persona del Dr Luigi Zurlo, Presidente AAROI-EMAC Lazio, in rappresentanza della Presidenza Nazionale, ha partecipato al gruppo di lavoro presso il Ministero Università e Ricerca sulle aziende ospedaliere universitarie.

Nello specifico è stato presentato dal Ministero competente lo Schema-Tipo di Protocollo d'intesa tra Regione e università, ai sensi dell'art.6 c.13 della legge 242/2010, nel quadro della disciplina unitaria di integrazione tra università nel servizio sanitario dettata dal d. lgs 517/1999.

Lo scopo del protocollo, di natura pattizia, è duplice:  
- Ridurre le tensioni regionali che nascono dall'interpretazione secondo cui le attuali AOU, non essendo nella maggior parte dei casi nate con DPCM come previsto dalla 517/1999, andrebbero considerate come AO regionali e quindi non ricadrebbero sotto la giurisprudenza della 517/1999 e quindi sotto disposizioni statali.

- Sanare, quanto possibile la tensione che esiste tra personale universitario e quello ospedaliero, all'interno sia delle AOU che degli ospedali clinicizzati parte della rete formativa degli atenei, in merito alla nomina dei responsabili delle UOC.

Nella scelta dei Dirigenti di Secondo Livello di queste UO universitarie, ovvero sede di insegnamento della medicina, è stato proposto un metodo che permetta la possibilità da parte dei medici ospedalieri di partecipare ai bandi di concorso per le suddette UO universitarie.

Su questa metodologia l'AAROI-EMAC ha posto e porrà la sua massima attenzione in modo da definire chiari e ben definiti i criteri e i requisiti previsti dalla normativa vigente.

Altro Punto sul quale l'AAROI-EMAC ha provveduto a richiamare l'attenzione riguarda i fondi sui quali andranno a gravare eventuali emolumenti accessori erogati in favore dei professori e dei ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale, p. es:

- il trattamento economico aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico;

- Il trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale gestionale; che in ogni caso non possono e non devono certamente gravare sui Fondi della Dirigenza Sanitaria.

Il punto focale, comunque, è e sarà la revisione della ormai vetusta Legge 517/1999 attraverso una proposta di legge delega che finalmente chiarisca ed uniformi un modello unitario e stabile, con una cornice nazionale chiara, capace di distinguere responsabilità, assicurare risorse dedicate e ricomporre in modo strutturale il rapporto tra assistenza, didattica e ricerca.

Si è tenuto il 9 Aprile, presso il Ministero dell'Università e della Ricerca, un nuovo incontro del Gruppo di Lavoro per l'analisi degli esiti della sperimentazione di cui all'art.2, c.2, del d.lgs. 517/1999 e per l'elaborazione di proposte in ordine agli adattamenti ritenuti opportuni al fine di delineare un modello organizzativo unitario applicabile alle aziende ospedaliere universitarie.

In particolare, nella riunione come nella precedente di cui sopra, è proseguita l'analisi dello schema-tipo di protocollo d'intesa tra Regione e Università, ai sensi dell'art. 6, comma 13, della legge 240/2010, nell'ambito della disciplina unitaria dell'integrazione tra Università e Servizio sanitario nazionale prevista dal d.lgs. n. 517/1999.

Per l'AAROI-EMAC è intervenuto il Dr Luigi Zurlo, Presidente AAROI-EMAC Lazio, in rappresentanza della Presidenza Nazionale.

La discussione odierna si è concentrata sull'auspicabile convergenza del tavolo in merito alla metodologia procedurale per il conferimento della direzione delle Unità Operative Complesse a direzione universitaria all'interno delle AOU, prevedendo la partecipazione anche dei dirigenti medici non universitari della medesima AOU, ai sensi dell'articolo 15 della bozza di protocollo in esame.

La posizione dell'AAROI-EMAC è chiara e coerente con quanto più volte ribadito: la questione deve essere inserita nell'ambito della piena attuazione di un percorso condiviso sulle regole relative alla composizione e alla gestione delle reti formative, al fine di porre un freno alla cosiddetta "clinicizzazione" indiscriminata delle Unità Operative del SSN.

L'argomento sarà nuovamente affrontato nel corso del prossimo incontro.

## Quesiti & Risposte

### Le risposte del Presidente Nazionale ai Medici in Formazione

#### Per un Collega Specializzando val la pena l'assunzione ex "DL Calabria"?

Il CCNL 2022-2024 al quale abbiamo apposto la nostra firma definitiva il 27/02/2026 ci dà l'occasione per farci (ancora) questa domanda. Questo è il cedolino del Mese di Giugno 2022 di un MIF (Medico Specializzando) in Anestesia e Rianimazione assunto in Lombardia con DL Calabria. Meritoriamente (gliene siamo grati) Iscritto AAROI-EMAC, come si evince dalla trattenuta specifica.

Regione Lombardia

LIQUIDAZIONE DI GIUGNO 2022

MATRICOLA COOICE FISCALE

DATA DI NASCITA DATA ASSUNZIONE DATA CESSAZIONE

POSIZIONE FUNZIONALE/DISCIPLINA O MANERONE  
Dirigente MEDICO a TASSI ESCLUSIVO  
ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
Rapporto di lavoro : F.TIME  
SEDE DI LAVORO

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO

CODICE VOCE	DESCRIZIONE VOCE	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	TIPO	CCNL 2016-2018	CCNL 2022-24
100	STIPENDIO TABELLARE BASE			+	2.748,72	3.036,79
800	INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE			+	27,48	
1800	(F.DO POS) IND.SPECIFICITA' MEDICA			+	514,78	574,86
2300	INDENNITA' ESCLUSIVA/ RAPPORTO LAVORO			+	194,30	246,11
4100	(F.DO POSIZIONE) RETRIBUZIONE FISSA CCNL			+	91,09	152,49
5600	(INDENNITA') SERVIZIO FESTIVO	2,00	17,8200	+	35,64	38,26
56700	(RIT.) CONTRIBUTO SINDACALE Cod. 020			=	32,00	32,00
59000	(T.F.R.) ABBATTIMENTO IMPORTO LORDO			-	71,53	74,88
59500	(RIT.) CFSAN 8,85% -V.FISSE			-	316,51	348,60
59503	(RIT.) CFSAN 0,35%-FONDO CREDITO			-	12,64	13,77
59800	(RIT.) CONTRIBUTO ONAOSI			-	13,83	14,98
59900	(RIT.) IRPEF NETTA (LAVORO DIPENDENTE)			-	741,17	801,18
84200	(RIT.) CFSAN 8,85% -V.ACCESSORIE			-	3,15	3,96
87200	(IMP.) IMPONIBILE CPS (8,8	35,64		*		
90800	(T.F.R.)RETRIBUZIONE UTILE	3.576,37		*		
94900	(IMP.) IMPONIBILE CPS (8,8	3.576,37		*		
94903	(IMP.) IMPONIBILE FDO CRED	3.612,01		*		
95200	(IMP.) IMPONIBILE ONAOSI	3.007,55		*		
95300	(IMP.) IMPON. IRPEF NETTA (	3.194,35		*		
95302	(IRPEF) DETRAZIONI D'IMPOS	118,52		*		
***** RAPPORTO DI LAVORO AD IMPEGNO RIDOTTO AL 78,95 % Orario ridotto orzise						
					COMPETENZE LORDE	
					3.540,48	4.048,51
NETTO A PAGARE IN EURO						
€ ***					2.414,44	2.715,58

Era ancora in vigore, all'epoca, il CCNL 2016-2018 del 19.12.2019. **Al Cedolino Originale del 2022 di allora (dal quale sono stati espunti alcuni dati come p. es. le detrazioni per carichi familiari etc.) è stata sovrapposta una simulazione (in rosso) delle cifre aggiornate al CCNL 2022-2024 del 27.02.2026** che presto saranno applicate dalle Aziende.

Le cifre in rosso sono dunque una SIMULAZIONE, che tuttavia è del tutto realistica.

Quel che interessa non è solo il netto (da doversi paragonare, per confronto, anche al corrispettivo netto della Borsa di Studio), ma anche le ricadute dell'assunzione con CCNL ai fini pensionistici (gli effetti della Contribuzione INPS alla "Gestione Ordinaria" dell'Istituto sono molto più convenienti di quelli della Contribuzione alla "Gestione Separata"), e tanto altro, tra cui le decorrenze che l'assunzione di un MIF con CCNL rende meno tardive per tutto ciò che concerne l'anzianità utile alle varie (e non di poco conto)

voci stipendiali che concorreranno a formare la busta paga da Specialista una volta assunto come tale, in continuità o meno con la precedente assunzione come MIF. Infatti, i periodi di lavoro come MIF assunto ex Decreto Calabria fanno comunque anzianità.

**Quindi l'assunzione ex "Decreto Calabria" è anche un investimento per accelerare le successive progressioni di carriera in termini di stipendio, i cui avanzamenti procederanno a cascata per tutti i lunghi anni successivi alla prima assunzione prima del pensionamento.**

Da notare anche il "tempo parziale" (in ragione del quale la retribuzione, eccetto che per l'indennità di esclusività, come vedremo, è pari a 30/38 di quella di un neoassunto Specialista), poiché il debito orario contrattualmente dovuto è di 30 ore settimanali di lavoro (le restanti 4 ore sono gestite - come sappiamo - per l'attività teorica con l'Università, da fare mensilmente, per garantire una formazione teorica di qualità).

Infine, va considerato che la voce stipendiale codificata "2300" (Indennità di esclusività) spetta per intero anche i MIF assunti ex "Decreto Calabria" (non risente della ratio 30/38), e che la rinuncia al Regime IntraMoenia, con il CCNL 2022-2024, sarà meno penalizzante (rispetto al CCNL 2019-2021) anche per i MIF assunti ex "Decreto Calabria", oltre che per gli Specialisti, poiché comporterà una maggior corresponsione della retribuzione di posizione parte fissa (65% di quella spettante ai Colleghi IntraMoenia in luogo del 55% previsto dal CCNL 2019-2021). A tal proposito, in questa busta paga (così come nella simulazione delle cifre aggiornate al CCNL 2022-2024) non compare una retribuzione di posizione parte variabile (che dipendentemente dalla Contrattazione Integrativa Aziendale potrebbe invece essere prevista e quantificata di conseguenza).

**Essere assunti come dirigente medico, per un MIF, è per molti motivi un'OPPORTUNITÀ da non perdersi, a maggior ragione dopo la firma definitiva del CCNL 2022-2024!** Concordiamo tutti, ragionando in particolare per la Disciplina ARTID, sul fatto che la progressiva estensione dell'assumibilità dei MIF fino a ricomprendere quelli dei primi anni, non ci convince, ma ribadiamo che **chi rema contro il DL Calabria per le assunzioni dei MIF (almeno di quelli degli ultimi 2 anni) va protervamente contro i giovani medici e non vuol far altro che tutelare altri interessi, non certo quelli dei giovani Colleghi.**

Un'Ultima Nota:

Ricordate tutti, Colleghi MIF e Colleghi Specialisti ARTID e MEU: più Iscritti, più diritti, ma soprattutto maggior forza al Vostro Sindacato per ottenere a tutti i livelli maggior ascolto per la valorizzazione dei Medici che esso rappresenta!

**Da MIF, assunto con Decreto Bollette in Aprile 25 (e quindi avendo mantenuto fino a poco fa la borsa di studio), assunto poi dal 16/02/26 con DL Calabria, mi chiedo: conviene disiscriversi dalla gestione separata INPS? Ci sono eventualmente procedure da compiere a tal fine?**

La Contribuzione INPS cui è assoggettato lo stipendio del MIF dipendente assunto con DL Calabria ricade nella "gestione ordinaria", a differenza della Contribuzione INPS cui è assoggettato il MIF con Borsa di Studio, che ricade nella "gestione separata". Altra situazione ancora riguarda l'eventuale reddito che il MIF potrebbe avere aggiuntivamente allo stipendio (nel caso di MIF assunto ex Decreto Calabria, tanto da Attività IntraMoenia quanto da Attività ExtraMoenia), ovvero aggiuntivamente alla Borsa di Studio nel caso che ne sia titolare; in entrambi i casi tale eventuale reddito aggiuntivo è di tipo LP, perciò ricade all'assoggettamento ENPAM secondo gli scaglioni applicabili. In nessun caso esistono "opzioni" da poter scegliere per quanto concerne la "disiscrizione" dalle rispettive gestioni previdenziali, ciascuna delle quali è obbligatoria per quanto a ciascuna di esse deve essere versato.

**I mesi lavorati come Decreto Calabria contano ai fini dell'anzianità di servizio? In particolare dello scatto dei 5 anni?**

Sì, valgono. È uno dei vantaggi dell'assunzione MIF con CCNL ex Decreto Calabria e s.m.i.

### **Ma anche quelli lavorati come CO.CO.CO nell'emergenza Covid?**

I periodi lavorati come CO.CO.CO (nell'emergenza Covid o meno), così come peraltro quelli svolti i. e. come "specialista ambulatoriale", non sono ad oggi computabili ai fini di cui al quesito, poiché non sono assimilabili a lavoro dipendente (l'unico in base al quale è conferibile un incarico dirigenziale).

Per completezza, il riferimento contrattuale è il seguente (Art. 22 - Tipologie d'Incarico) comma 5:

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.

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente AAROI-EMAC*





## AAROI-EMAC Emilia Romagna

### Per l'8 Marzo la campagna contro la violenza sulle donne

L'AAROI-EMAC Emilia-Romagna ha aderito all'iniziativa per promuovere la campagna a favore della sensibilizzazione contro la violenza sulle donne, a cura di Manzoni e veicolata attraverso La Repubblica Bologna dal 5 all'8 marzo, Giornata internazionale dei diritti delle donne. Tre uscite cartacee e altre online con altrettante immagini e frasi significative.

### Giovedì 5 Marzo 2026

OTTO MARZO, FESTA DELLA DONNA

TUTTI GLI ALTRI GIORNI, FESTEGGIAMOLA CON IL RISPETTO

tutti i giorni, combatti la #violenzasulledonno

NO VIOLENCE  
NOI SIAMO  
CON LE  
DONNE

è un'iniziativa per promuovere la campagna a favore della sensibilizzazione contro la violenza sulle donne, a cura di A. Manzoni & C. JTC

### 7 Maggio 2026

IL RISPETTO È UN DOVERE UMANO

è un'iniziativa a favore della sensibilizzazione contro la violenza sulle donne, a cura di A. Manzoni & C. JTC

NO VIOLENCE  
NOI SIAMO  
CON LE  
DONNE

### 8 Marzo 2026

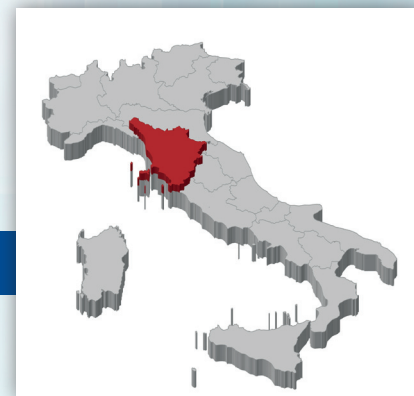
Se sei un uomo, è grazie all'amore di una **DONNA** speciale, **RISPETTA** tutte le donne

NOI SIAMO CON LE DONNE ♥ #violenzasulledonno

NO VIOLENCE

è un'iniziativa per promuovere la campagna a favore della sensibilizzazione contro la violenza sulle donne, a cura di A. Manzoni & C. JTC

## AAROI-EMAC Toscana



### Camici rosa in prima linea, AAROI-EMAC Toscana celebra le associate

In corsia, in sala operatoria e nei reparti di rianimazione, nei pronto soccorso e sulle ambulanze, spesso erano le donne a garantire la continuità e la qualità dell'assistenza. Ed è stato proprio a loro che l'AAROI-EMAC Toscana – l'Associazione che rappresenta i Medici Anestesisti Rianimatori, i Medici di pronto soccorso, dell'emergenza e di area critica ospedalieri – ha dedicato un momento simbolico in occasione della Giornata internazionale della donna.

Sabato 7 marzo a Firenze, in occasione del Convegno Pianeta Sepsis patrocinato dall'AAROI-EMAC Toscana, l'associazione ha premiato la Dr.ssa Graziana Giannoni, alla quale è stata consegnata una targa come riconoscimento per l'impegno e la dedizione dimostrati nel corso della sua attività professionale.

Un gesto simbolico che è diventato anche occasione per valorizzare la forte presenza femminile all'interno dell'organizzazione: il 61% degli iscritti ad AAROI-EMAC Toscana era infatti rappresentato da donne, mentre gli uomini costituivano il restante 39%. Un dato che ha testimoniato come la medicina dell'emergenza, dell'anestesia e della rianimazione fosse ormai sempre più caratterizzata da una significativa componente femminile.

La cerimonia ha voluto essere quindi un riconoscimento collettivo alle tante professioniste che ogni giorno operavano nei reparti più delicati del sistema sanitario, contribuendo con competenza e determinazione alla tutela della salute dei cittadini.



## EAST Course SIIET/AAROI-EMAC

**D**al 22 al 24 Maggio 2026 si svolgerà nelle Marche una nuova edizione dell'EAST – Emergency Assistance in Severe Terrains, l'evento formativo dedicato agli operatori sanitari impegnati in scenari complessi e ambienti impervi, organizzato da SIIET e AAROI-EMAC, in collaborazione con il CNSAS Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico, Scuola nazionale medici e tecnici.

Il percorso formativo integra moduli teorici e attività pratiche, attraverso un approccio interattivo e fortemente orientato al lavoro sul campo, progettato per rispondere alle esigenze di aggiornamento degli operatori dell'emergenza. I partecipanti avranno l'opportunità di confrontarsi con scenari realistici e simulazioni complesse, sviluppando competenze operative fondamentali nella gestione delle emergenze in contesti difficili.

È inoltre prevista una formazione a distanza (FAD) asincrona propedeutica, che consentirà ai partecipanti di acquisire una preparazione teorica preliminare in modalità flessibile e personalizzabile, in vista delle sessioni pratiche in presenza.

Il corso è accreditato ECM e consente di ottenere 33 crediti formativi per la parte in presenza.

Al termine del percorso verrà rilasciata una certificazione delle competenze acquisite, attestante le conoscenze e le abilità sviluppate durante il corso.

**Tutte le informazioni al seguente link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=39860>**



## L'importanza della sinergia tra Medici e Infermieri di Area Critica

Nel corso del Congresso SIIET, svoltosi a Roma dal 26 al 28 marzo 2026, il Prof. Franco Marinangeli ha partecipato alla tavola rotonda "Il Sistema di Emergenza Urgenza oggi: visioni, criticità e prospettive. Il punto di vista degli stakeholder", nell'ambito della Sessione Istituzionale presso la Camera dei Deputati.

Nel corso del suo intervento, Marinangeli ha posto l'attenzione sul ruolo attuale dell'AAROI-EMAC, che non rappresenta soltanto un'Associazione di categoria degli Anestesiisti Rianimatori, ma da anni si configura ormai come punto di riferimento per l'intera Area Critica. Questo include i medici impegnati nel Sistema 118, nei Pronto Soccorso, nelle Terapie Intensive e nelle Sale Operatorie, coprendo quindi l'intera filiera dell'emergenza-urgenza.

In questo contesto, l'AAROI-EMAC riconosce in SIIET un interlocutore fondamentale per tutti gli infermieri coinvolti non solo nell'assistenza territoriale, ma in tutte le fasi del percorso emergenziale, comprese le reti tempo-dipendenti: trauma, cardiovascolare e stroke. Si tratta di una componente professionale essenziale con cui collaborare.

In questo senso l'AAROI-EMAC sostiene la necessità di una valorizzazione, anche economica, sia dei medici sia degli infermieri dell'Area Critica, con i quali esiste una stretta collaborazione. Tale sinergia diventa ancora più evidente nel contesto territoriale, dove l'équipe di cura è composta, nei casi più gravi, da autista soccorritore, infermiere e medico, ope-

rando congiuntamente sia sui mezzi di soccorso terrestre sia nell'elisoccorso, eccellenza del sistema di emergenza italiano.

L'Associazione ha già avviato importanti progettualità condivise con SIIET, riconoscendo il valore strategico di questo rapporto, e intende proseguire su questa strada. L'obiettivo è chiaro: garantire la migliore cura possibile al paziente attraverso percorsi formativi comuni. Se da un lato la formazione dei medici rappresenta da anni un investimento rilevante per AAROI-EMAC, dall'altro si ritiene fondamentale sviluppare una formazione integrata tra tutte le figure professionali coinvolte, nel rispetto delle rispettive competenze, per ottimizzare l'efficacia dell'équipe.

L'intervento di Marinangeli ha inoltre evidenziato l'importanza della figura infermieristica, già oggetto di valorizzazione in diverse regioni, anche in risposta a una necessità concreta del territorio. La domanda di assistenza, infatti, non può essere soddisfatta esclusivamente dalla componente medica, sia per ragioni organizzative sia per un dato numerico ormai evidente, soprattutto in alcune aree del Paese. Diventa quindi imprescindibile una riorganizzazione del sistema che superi un modello esclusivamente medico-centrico e punti su una reale integrazione tra medici e infermieri. Solo attraverso questa collaborazione sarà possibile costruire un sistema di emergenza-urgenza efficace, efficiente e adeguato alle esigenze attuali.



## Con la Befana del 2027 TFS per tutti e subito

**U**n anno di tempo, anzi meno, visto che la soluzione per il pagamento non più differito del TFS a dipendenti pubblici, dovrà essere trovata entro il 14 gennaio del 2027, giorno nel quale la Corte Costituzionale si riunirà per valutare le misure adottate dal Governo e dal Parlamento nel merito.

Nel 2027 forse il TFS subito

Per i 3,3 milioni di dipendenti pubblici si apre, per la prima volta, uno spiraglio concreto per ottenere immediatamente i soldi del trattamento di fine rapporto una volta andati in pensione. Oggi gli statali devono attendere dai due ai sette anni per ottenere la propria liquidazione e, inoltre, il pagamento avviene a rate nel tempo.

La Corte Costituzionale è tornata a pronunciarsi per la terza volta in pochi anni su una vicenda che trova le sue radici nelle misure per il salvataggio dei conti pubblici adottate oltre 15 anni fa' nel tentativo di placare la crisi del debito pubblico, in particolare con il decreto 78/2010 (articolo 12, comma 7). Nelle due precedenti pronunce, i giudici avevano chiaramente giudicato costituzionalmente illegittimo il differimento del pagamento, ma avevano lasciato aperta la porta al Governo, visti i costi della misura, per trovare una via d'uscita coerente con le leggi.

Un'attesa infinita per avere un diritto.

Oggi gli statali devono attendere dai due ai sette anni per ottenere la propria liquidazione e, inoltre, il pagamento avviene a rate nel tempo

Il TFS per i dipendenti pubblici viene pagato dall'INPS in tempi differiti. Generalmente dopo 12 mesi, diventati 9 nell'ultima manovra, dalla cessazione del rapporto di lavoro, a cui si aggiungono 90 giorni per l'erogazione. La prima rata arriva solitamente dopo 9 mesi per pensionamenti di vecchiaia e 24 mesi negli altri casi.

In pratica occorrono : 9 mesi + 90 giorni in caso di pensionamento per raggiungimento dei limiti di età o servizio, 24 mesi + 90 giorni in caso di dimissioni volontarie, licenziamento o pensione anticipata, 105 giorni nei casi di inabilità o decesso del lavoratore.

Inoltre la modalità d'erogazione prevede un'unica soluzione d'importo lordo complessivo pari o inferiore a 50.000 €, due rate d'importo tra 50.000€ e 100.000€

(la seconda rata dopo 12 mesi dalla prima), tre rate d'importo superiore a 100.000 € (seconda e terza rata a distanza di 12 mesi l'una dall'altra).

Per l'Inps il TFS dato prima sarebbe stato sperperato. Aveva destato profondo sconcerto quanto era emerso dalla memoria difensiva depositata dall'Inps nel giudizio relativo al pagamento differito del TFS/TFR dei dipendenti pubblici. Nella memoria si affermava, infatti, che chi riceve una grossa somma in un'unica soluzione può essere più incline a privilegiare gratificazioni immediate rispetto al futuro e potrebbe essere spinto dall'euforia verso spese eccessive. Parole che risultano gravi e inaccettabili perché insinuano che le lavoratrici e i lavoratori pubblici non sarebbero in grado di gestire responsabilmente una parte rilevante del proprio salario. Ricordiamo che il TFS/TFR non è un premio, né una concessione dello Stato : è retribuzione differita, salario maturato nel corso di una vita lavorativa, diritto pieno e indisponibile.

O il legislatore interviene o lo stato dovrà pagare subito. La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 130 del 2023, aveva già dichiarato incostituzionale il meccanismo del differimento e della rateizzazione, sollecitando un intervento del legislatore che è rimasto assolutamente inerte.

Tuttavia, anche con questa ultima ordinanza la Corte ha evitato la cancellazione immediata delle norme sul TFS dei dipendenti pubblici, che comporterebbe l'immediata esigibilità dei trattamenti, compresi quelli maturati anteriormente alla pronuncia e in corso di erogazione, 15 miliardi, con grave difficoltà da parte del Tesoro. Ma ha, di fatto, avvertito che in assenza di novità la tagliola scatterebbe a gennaio prossimo, perché nemmeno i moniti possono essere reiterati all'infinito. Vedremo se la prossima Befana invece del carbone porterà, ai dipendenti pubblici andati in pensione, quanto è di diritto di ricevere tempestivamente ciò che è loro dovuto.

6 Marzo 2026

*Dr Claudio Testuzza*  
Esperto in tematiche previdenziali

## Le Dottoresse possono ancora anticipare la pensione

Molte donne medico sono andate, in passato, in pensione anticipata grazie alla formula previ-sta dalla così detta "Opzione Donna".

Non esiste un dato pubblico specifico e aggiornato che indichi l'esatto numero di donne medico andate in pensione esclusivamente tramite "Opzione Donna". Ma da valutazione da parte dei sindacati degli ospedalieri si ritiene che il numero sia stato particolarmente elevato. Con l'enorme crescita dei criteri introdotti dalla riforma Fornero per molte dottoresse si è evidenziato, da subito, la difficoltà di proseguire il rapporto d'impiego fino alle date previste. Il carico di lavoro, diventato sempre più gravoso (turni notturni, pronta disponibilità, ecc.) e non indifferenti carichi familiari e sociali ha sollecitato, in molte dottoresse, la voglia di andare in pensione anticipata grazie alla norma per loro ideata.

Opzione donna era stata introdotta già nel 2004 dal ministro del Lavoro Maroni, in via sperimentale, fino al 2015. Come spesso accade in Italia, la norma è stata poi riconfermata anno per anno in attesa di una sistemazione più organica riguardo al tema della flessibilità in uscita

La facoltà della Legge Maroni (articolo 1, comma 9 della legge 243/2004), consentiva di anticipare l'uscita di diversi anni rispetto alle regole ordinarie che, richiedono il perfezionamento di almeno 41 anni e 10 mesi di contributi indipendentemente dall'età anagrafica (pensione anticipata) o il raggiungimento di un'età anagrafica pari a 67 anni unitamente a 20 anni di contributi (pensione di vecchiaia).

Nel rapporto di monitoraggio sull'utilizzo dell'Opzione donna, l'Inps ha indicato che le domande accolte nei quattro anni, dal 2019 al 2022, sono state 83mila, su un totale di circa 174mila dall'introduzione della legge, con una media di 21mila pensionamenti annuali nel quadriennio. Nel 2023, sono state solo 11.996. Ma ancora di meno nel 2024. Ad evidenziarlo è il monitoraggio dell'Istituto sui flussi di pensio-

namento, dal quale emerge il crollo di Opzione donna con soli 3.489 accessi alla pensione. La causa principale sta nei requisiti molto più stringenti, rispetto alle versioni di qualche anno fa, introdotti prima con la legge di bilancio 2023 e poi ancor di più con la legge di bilancio 2024.

Anche la legge di bilancio per il 2025 (207/24) aveva prorogato la possibilità di andare in pensione, per le donne, anticipatamente, mantenendo i requisiti già previsti per il 2024. Potevano optare per questa procedura le lavoratrici che entro il 31 dicembre 2024 avessero maturato un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni ed un'età anagrafica di almeno 61 anni, ridotta di un anno per ogni figlio, nel limite massimo di due anni.

E che si trovassero in una delle seguenti condizioni:

- a) assistere, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, il coniuge o un parente di primo grado convivente con handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, l. 5 febbraio 1992, n. 104), ovvero un parente o un affine di secondo grado convivente qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 70 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- b) abbiano una riduzione della capacità lavorativa, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, superiore o uguale al 74%;
- c) siano lavoratrici licenziate o dipendenti da imprese per le quali è attivo un tavolo di confronto per la gestione della crisi aziendale.

Peraltro, in tale ultima ipotesi, la riduzione massima di due anni del requisito anagrafico di 61 anni si applica a prescindere dal numero di figli.

Con la legge di Bilancio 2026 il legislatore ha scelto di non estendere ulteriormente l'opzione per le lavoratrici che raggiungono l'età richiesta quest'anno. Tuttavia, va ricordato che resta sal-

va la posizione di chi ha già maturato i requisiti entro il termine previsto dalla normativa precedente.

Lo ha confermato l'Inps con la sua circolare n.19 del 2026, con cui viene sottolineato che resta, comunque, ferma la possibilità di accedere alla forma di pensionamento anticipato per coloro che possano fare valere le condizioni vigenti prima della legge di Bilancio 2026 e i previsti requisiti entro la data del 31 dicembre 2024. Questa condizione potrà essere esercitata anche nel futuro. La normativa conferma, infatti, il principio della cristallizzazione del diritto.

Ricordiamo che l'Opzione Donna prevede una finestra mobile (differimento nell'erogazione dell'assegno) di 12 mesi per le lavoratrici dipendenti e 18 mesi per le autonome. calcolata dal perfezionamento dei requisiti.

Ma il dato più negativo di questa scelta consi-

steve e consiste nella condizione che il provvedimento prevede per le lavoratrici di accedere alla pensione anticipata accettando, però, un ricalcolo contributivo dell'importo dell'assegno che viene basato sui contributi effettivamente versati durante la carriera lavorativa. Il meccanismo ha comportato una riduzione fino al 30% dell'importo rispetto al calcolo retributivo.

Le lavoratrici che hanno utilizzato, o utilizzeranno ancora questo canale, hanno, quindi, rinunciato ad una parte consistente del proprio assegno pensionistico in cambio della possibilità di lasciare il lavoro in anticipo.

2 Marzo 2026

*Dr Claudio Testuzza*  
*Esperto in tematiche previdenziali*



## Per molti medici l'INPS ricalcola le pensioni

Una forte protesta dei medici dipendenti dal Ssn è stata prodotta, per diversi mesi, contro il calcolo delle pensioni Inps, attribuite sulla base delle misure contenute nella Manovra 2024, approvata a fine 2023. Il motivo principale della protesta ( primo sciopero il 5 dicembre 2023 ) è stato dato dall'art. 33 della Legge di Bilancio 2024, che prevedeva una revisione delle aliquote di rendimento per alcune quote di pensione (quote retributive) per i medici iscritti alla gestione ex Pensioni Sanitari ( CPS) tra il 1981 e il 1995.

Per i medici dipendenti pubblici, i periodi lavorati fino al 31 dicembre 1995 venivano valorizzati con una tabella risalente al 1965. Era un sistema pensato per permettere a chi avesse 40 anni di contributi di andare in pensione con il 100 per cento della retribuzione. Il sistema usato dalla Cassa pensioni sanitari (e da quelle di altre categorie, come i dipendenti degli enti locali) non era però lineare ma assegnava percentuali proporzionalmente più alte per i primi anni di carriera. Questo sia perché gli stipendi a inizio carriera sono più bassi, sia per tutelare vedove e orfani. Se un medico fosse deceduto dopo pochi anni di lavoro la pensione su cui calcolare la reversibilità doveva essere significativa.

Così, per esempio, per chi avesse lavorato solo un giorno, la pensione sarebbe stata del 23,865 per cento dello stipendio. Con 10 anni di contributi la percentuale sarebbe salita al 31,819. Con 20 anni al 45 per cento. Con un'anzianità di 35 anni si avrebbe avuto diritto all'82,5 per cento, fino ad arrivare al 100 per cento della retribuzione, appunto, con 40 anni di contributi.

Dall'1/1/95 l'aliquota di rendimento è stata portata al 2 per cento costante per ogni anno di Servizio, come già era in precedenza per i dipendenti privati. Ciò consente, di conseguenza, di maturare con 40 anni di contribuzione il massimo dell'80 per cento dell'ultima retribuzione.

Il Governo, con la legge di bilancio 2024, è intervenuto a modificare la tabella del 1965 decidendo di applicare, per la quota pensionistica calcolata per con il sistema retributivo, per ogni anno una percentuale fissa dello stipendio del 2,5 per cento. Il taglio puntava a ridurre il vantaggio a chi aveva meno di 15 anni prima del 1996 e riguardava le pensioni anticipate mentre i criteri precedenti rimanevano inalterati per le pensioni di vecchiaia. Restavano fuori anche i medici che avessero maturato i requisiti entro il 31 dicembre 2023.

In verità l'Inps ha però applicato, nel tempo, le nuove aliquote con decurtazione, anche, nei confronti dei soggetti che avessero maturato i requisiti, per il pensionamento, entro il 31 dicembre 2023 nonché ai trattamenti delle pensioni di vecchiaia, determinate con in cumulo. Accortosi, con ampio ritardo, e sollecitato dalle proteste dei medici, dell'errore interpretativo, l'Inps è dovuto ricorrere ad un messaggio, il n. 787 del 5 marzo 2026, per rimediare .

Pertanto l'Istituto previdenziale pubblico ha sottolineato che le pensioni di vecchiaia, anche in cumulo, le cui quote di pensione calcolate con il sistema retributivo siano state determinate applicando le aliquote di rendimento riduttive, dovranno essere riesaminate d'ufficio, con l'applicazione delle aliquote di rendimento, più favorevoli, previste dalla tabella di cui all'allegato A della legge n. 965/1965.

Ai pensionati interessati alla ricostituzione del trattamento pensionistico saranno riconosciute le differenze, prevedibili in diverse migliaia di euro, sui ratei arretrati e gli interessi legali e/o la rivalutazione monetaria, calcolata a ritroso dalla data di riliquidazione del relativo trattamento.

7 Aprile 2026

*Dr Claudio Testuzza*  
*Esperto in tematiche previdenziali*

# Quesiti dal web

**l'AARO-EMAC risponde**

Rubrica a cura di

**Arturo Citino**

(Coordinatore Formazione Sindacale)



**Un dirigente medico, con vent'anni di servizio, decide di utilizzare il congedo straordinario previsto dal D.Lgs. 151/2001 (art. 42), che permette ai lavoratori dipendenti che assistono familiari con disabilità grave (Legge 104) di astenersi dal lavoro fino a 2 anni. Il suo stipendio lordo, scevro di voci accessorie, si aggira intorno ai 6500 euro lordi. Quali saranno le decurtazioni a cui andrà incontro, visto che durante il periodo, si percepisce un'indennità basata sull'ultima retribuzione e si ha diritto alla contribuzione figurativa?**

I Permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/1992 in effetti danno diritto alla "contribuzione figurativa", che però (essendo tali permessi equiparati al servizio attivo) viene accreditata a favore del lavoratore per il diritto alla pensione (raggiungimento dei requisiti) sia sotto il profilo dell'anzianità maturata sia per il calcolo della misura dell'assegno, senza comportare alcuna "scopertura" previdenziale nè dal pdv dell'anzianità nè da quello del montante contributivo.

INVECE, il Congedo Straordinario 104 (fino a 2

anni nella vita lavorativa), che è sempre coperto da contribuzione figurativa, è soggetto a specifici massimali annui che possono incidere, in misura ridotta rispetto al lavoro attivo, sul calcolo del montante contributivo per chi ha retribuzioni elevate.

La riduzione in argomento sarà equivalente a quella corrispondente ai 2 anni in meno di servizio, ma nel caso specifico far previsioni per il suo ammontare è tanto più difficile e aleatorio quanti più anni mancano ai requisiti, che oltretutto, sempre nel caso specifico ("soli" 20 anni di servizio), immaginando un'età anagrafica ancora lontana da quella per la quiescenza, non appaiono peraltro prefigurabili.

**Pongo una domanda circa l'orientamento nella PA (dirigenza medica) della revoca delle dimissioni volontarie.**

**Nello specifico il dl 151/2015 prevede il diritto al ripensamento nei 7 giorni dalla data di presentazione telematica con automatico reinserimento in servizio;**

**Essendo la sanità uno degli ambienti in cui**

## **ancora vige la procedura "cartacea" tale tutela si applica anche nei confronti della dirigenza medica?**

### **L'Azienda ha facoltà di accettare o rifiutare la rinuncia alle dimissioni volontarie?**

Il D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 151 [Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183], pubblicato nella Gazz. Uff. 23 settembre 2015, n. 221, S.O., recita all'Art. 26 [Dimissioni volontarie e risoluzione consensuale] Comma 2:

2. Entro sette giorni dalla data di trasmissione del modulo di cui al comma 1 il lavoratore ha la facoltà di revocare le dimissioni e la risoluzione consensuale con le medesime modalità.

MA al Comma 8-bis. recita anche:

8-bis. Le disposizioni di cui al presente articolo non si applicano ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165.

Tutto il Personale Dirigente e non dirigente della Sanità rientra invece proprio nell'ambito dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Pertanto, e NON a causa della non telematicizzazione delle dimissioni in argomento, l'intero Art. 26 del D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 151 NON è applicabile al suddetto Personale.

Resta da appurare se le dimissioni oggetto del quesito siano o meno revocabili in forza di altre disposizioni di legge o del CCNL vigente. Per farlo contestualizziamo il tutto:

\* - sotto il profilo giuridico, le dimissioni comunicate dal dipendente rientrante nel campo di applicazione dell'articolo 1, comma 2, del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 al proprio datore di lavoro hanno natura di atto unilaterale recettizio. Ciò significa che producono effetti dal momento in cui sono portate a conoscenza del destinatario, a prescindere dall'accettazione di quest'ultimo.

\* - il CCNL vigente prevede un periodo di preavviso, regolato dall'Art. 20 [Termini di preavviso], che lo

fissa nei termini di 3 mesi (salvo minor preavviso o rinuncia al medesimo per espresso accordo tra le parti).

Perciò, una volta comunicate, le dimissioni sono revocabili dal dipendente (SENZA un termine perentorio di revoca, MA solo se l'azienda datrice di lavoro che le ha ricevute accetta espressamente o tacitamente la revoca, E SE non è ancora avvenuta l'interruzione del rapporto di lavoro), consentendo quindi, previa tale accettazione discrezionale, l'eventuale prosecuzione del rapporto di lavoro senza soluzione di continuità.

DIVERSAMENTE, il rapporto di lavoro si risolve.

TUTTAVIA, il CCNL vigente prevede, in caso di avvenuta risoluzione del rapporto di lavoro, la possibilità di richiedere la RICOSTITUZIONE del medesimo (entro 5 anni dalla cessazione), alle condizioni di cui all'Art. 6 [Ricostituzione del rapporto di lavoro], che consente la ripresa in servizio, MA sempre previa accettazione da parte dell'azienda datrice di lavoro (che deve pronunciarsi motivatamente entro 60 giorni dalla richiesta).

---

## **Per quanto riguarda l'obbligatorietà di recuperare le ore in eccesso degli anni precedenti (ovviamente intendo di quelle a partire dal 1° gennaio 2024) nel più breve tempo possibile all'interno dell'anno successivo... devono essere state consumate prima le ferie?**

Ferie e Recupero sono 2 Istituti Contrattuali la cui fruizione è indipendente. Ciascuno dei 2 Istituti, tuttavia, contempla 2 casi, cioè:

- Ferie dell'anno in corso e Ferie arretrate dell'anno precedente

- Recupero delle ore lavorate in eccesso nell'anno in corso e Recupero delle ore lavorate in eccesso nell'anno precedente rispetto al limite stabilito dal cd algoritmo stabilito dall'art. 27 c.3 CCNL 23.01.2024 (Triennio 2019-2021) rimasto invariato nel vigente CCNL 27.02.2026 (Triennio 2022-2024) Area Dirigenza Sanitaria.

Pertanto si possono rappresentare 4 casi:

1 - il medico, in un determinato anno, deve ancora smaltire ferie arretrate dell'anno precedente (oltre alle ferie dell'anno in corso) e ha un'eccedenza oraria

lavorata nell'anno precedente ancora da smaltire con recuperi entro il 1° semestre (o al max entro il 2° semestre);

2 - il medico, in un determinato anno, non ha ferie arretrate dell'anno precedente da dover smaltire (ma deve smaltire le ferie dell'anno in corso) e ha ancora un'eccedenza oraria lavorata nell'anno precedente da smaltire con recuperi entro il 1° semestre (o al max entro il 2° semestre);

3 - il medico, in un determinato anno, deve ancora smaltire ferie arretrate dell'anno precedente (oltre alle ferie dell'anno in corso) ma non ha un'eccedenza oraria lavorata nell'anno precedente ancora da smaltire con recuperi entro il 1° semestre (o al max entro il 2° semestre);

4 - il medico, in un determinato anno, non ha ferie arretrate dell'anno precedente da dover smaltire (ma deve smaltire le ferie dell'anno in corso) e non ha un'eccedenza oraria lavorata nell'anno precedente ancora da smaltire con recuperi entro il 1° semestre (o al max entro il 2° semestre).

La ratio di un criterio di priorità di fruizione delle Ferie rispetto ai Recuperi (o viceversa) può dunque ravvisarsi unicamente nel caso 2 (priorità alle ferie arretrate) e nel caso 3 (priorità ai recuperi arretrati). Dal Quesito pare intendersi che si tratti del caso 1 (il più frequente, a causa della cronica mancanza di adeguata programmazione del lavoro), e pertanto la risposta è NO.

FONTI:

\* - Orientamento Applicativo ARAN Id 30664 (ex ASAN 104):

<https://tinyurl.com/kkvcpuaa>

dove viene spiegato come funziona, in generale, il comma 3 dell'art. 27 CCNL 23.01.2024 (Triennio 2019-2021) rimasto invariato nel CCNL 27.02.2026 (Triennio 2022-2024).

\* - Orientamento Applicativo ARAN Id 33055 (ex ASAN 129):

<https://tinyurl.com/7y9ttm3m>

dove viene affrontato il recupero ore delle eccedenti il dovuto (38 ore settimanali medie) in corso d'anno.

\* - Orientamento Applicativo ARAN Id 35927:

<https://tinyurl.com/s97yfxuf>

dove viene ulteriormente precisato il recupero ore delle eccedenti il dovuto (38 ore settimanali medie) in corso d'anno.

\* - CCNL 27.02.2026 (Triennio 2022-2024) a tutt'oggi in vigore, Art. 9 Ferie e recupero festività soppresse, comma 14:

<https://tinyurl.com/2fafrrka>

14. In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo.

Per inciso, tutti gli Istituti Contrattuali che prevedono assenze retribuite dal lavoro maturate nell'anno in corso e da fruirsi obbligatoriamente entro l'anno in corso (p. es. le 4 "festività soppresse" che sono annoverate nelle ferie, i riposi per rischio anestesilogico e/o radiologico, permessi vari, etc.) hanno a loro volta la priorità rispetto a quelli "differibili" all'anno successivo per motivate esigenze di servizio (p. es. le ferie ordinarie e i recuperi delle ore lavorate in eccesso in corso d'anno).

Per completezza, ricordo il link a tutti gli Orientamenti Applicativi ARAN;

[https://www.aranagenzia.it/orientamenti-applicativi/?search\\_tag=&selected\\_tags=&c=](https://www.aranagenzia.it/orientamenti-applicativi/?search_tag=&selected_tags=&c=)

**Desidero sottoporre un quesito relativo all'organizzazione del servizio anestesilogico-rianimatorio della mia azienda.**

**La Terapia Intensiva (TI) è composta da 10 posti letto. Nei giorni feriali, la copertura anestesilogica prevede due anestesisti in turno diurno e uno in turno notturno. Nei giorni festivi e prefestivi, invece, è previsto un anestesista in turno diurno e uno in turno notturno.**

**L'ospedale non è dotato di Pronto Soccorso e l'attività assistenziale è principalmente orientata a reparti di chirurgia e oncologia.**

**I medici rianimatori sono tenuti a garantire la gestione della Terapia Intensiva e, contestual-**

**mente, a rispondere a consulenze e urgenze provenienti dai reparti, dagli spazi comuni, dagli ambulatori e da altre aree dell'istituto. In particolare, tutte le urgenze interne che non richiedano l'apertura della sala operatoria vengono attribuite alla competenza del rianimatore di guardia in Terapia Intensiva.**

**Tale organizzazione è applicata sia nei turni diurni feriali, quando sono presenti due rianimatori in guardia, sia nei festivi e prefestivi, diurni e notturni, durante i quali è presente un solo rianimatore.**

**Secondo quanto riportato nell'atto aziendale, in assenza di Pronto Soccorso, tutte le urgenze interne devono essere gestite dal rianimatore. A tal fine è stato istituito un numero breve dedicato per contattare direttamente il rianimatore per le attività di primo soccorso.**

**Tuttavia, nella pratica, tale numero viene utilizzato per richieste estremamente eterogenee, incluse situazioni di minima rilevanza clinica (ad esempio: cefalea di un dipendente, caduta di un accompagnatore, malessere di pazienti in ambulatori ecc), oltre a urgenze cliniche effettivamente significative provenienti dai reparti.**

**Alla luce di quanto sopra, desidero chiedere se sia appropriato e adeguato utilizzare il rianimatore come figura di primo soccorso generalista in assenza di un servizio dedicato, considerando anche la necessità di garantire continuità e sicurezza nella gestione della Terapia Intensiva.**

Quella descritta pare aver le caratteristiche di un'organizzazione molto "approssimativa". Ogni Ospedale dovrebbe avere un "Medical Emergency Team", cioè un "Team di professionisti che, previa attivazione telefonica, interviene in tutti i luoghi di un presidio ospedaliero in cui vi sia un'urgenza, che riguardi pazienti ricoverati, utenti di passaggio o altri operatori. Il MET deve assicurare un servizio presente tutti i giorni e per tutto l'arco delle 24 ore". La definizione virgolettata è presa dal seguente link, che ne descrive in modo sintetico ma appropriato caratteristiche, modalità di attivazione, etc.:

<https://www.nurse24.it/.../met-medical-emergency-team.html>

È bene che il Medico del "Medical Emergency Team" sia un AR, ma non è bene, per evidenti motivi, che tale ruolo sia affidato all'AR di guardia in T.I. qualora sia l'unico presente.

È necessario, inoltre, che il Team in questione preveda anche almeno un Infermiere di Rianimazione (che ovviamente, per altrettanto evidenti motivi, non può lasciare scoperte le necessità di assistenza infermieristica in T.I.), dato che tale ruolo non può essere efficacemente svolto dall'Infermiere di Reparto, o forse peggio dall'Infermiere di un Ambulatorio, o certamente ancor peggio senza Infermiere laddove non c'è nessun Infermiere (in un Ospedale possono verificarsi urgenze anche in luoghi diversi dai Reparti di degenza o dagli Ambulatori).

Pertanto è necessario rifare di conseguenza e in conformità l'«Atto Aziendale», che dovrebbe anche prevedere (dipendentemente dalle caratteristiche di ciascun ospedale) la gestione dei casi che esulano dai Criteri di attivazione del "Medical Emergency Team" (per i quali la sua attivazione sarebbe in linea di principio eccessiva), dato che il "Medical Emergency Team" dovrebbe comunque rispondere a Criteri di attivazione piuttosto acclarati (quelli descritti al link soprastante).

---

**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.

# SAQURE

**safety quality reliability**



**TECNOLOGIA E UMANIZZAZIONE  
DELLE CURE IN ANESTESIA,  
RIANIMAZIONE, EMERGENZA E AREA  
CRITICA**

**ROMA, 7-8-9 MAGGIO 2026**

[www.saqure.it](http://www.saqure.it)