

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

LUGLIO - AGOSTO
2026
4
Anno XLVII

**CCNL 2025-2027:
finora una trattativa
intensa e fruttuosa
che riprenderà dopo l'estate**

2025-2027

**Cassazione:
aspettativa
per incarichi a termine,
diritto confermato**

**COSMED
tutte le Convenzione
per Iscritti/e**

**Elezioni ONAOSI,
ultimi giorni
per votare**

Sommario

- 3 Editoriale**
CCNL 2025-2027: Finora confronto costruttivo e concreto
- 6 CCNL 2025-27**
Prosegue la trattativa, i traguardi raggiunti
- 10 GIURISPRUDENZA**
Aspettativa per incarichi a tempo determinato: la Cassazione conferma il diritto dei Dirigenti Medici
- 12 L'INTERVENTO**
Esclusività dei medici. AARO-EMAC: "NO a modifiche unilaterali"
- 14 ELEZIONI ONAOSI**
Elezioni ONAOSI, ultimi giorni per votare

- 16 COSMED**
Tutte le Convenzioni attive grazie alla Confederazione
- 18 FORMAZIONE**
Management in Area Critica: verso una scelta consapevole
- 20 Dalle Regioni**
Notizie e Comunicati Stampa dalle Sezioni Regionali
- 24 Quesiti&Risposte**
Le risposte del Presidente Nazionale
- AAARO-EMAC risponde**
- 26 Quesiti Sindacali**

News AARO-EMAC in tempo reale www.aaroemac.it



@AaroEmac1



@AaroEmac



YouTube



flickr



LinkedIn



Instagram

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

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

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AARO-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 17 luglio 2026



CCNL 2025-2027: FINORA CONFRONTO COSTRUTTIVO E CONCRETO

I mesi di Giugno e Luglio hanno segnato un'accelerazione importante nella trattativa per il rinnovo del CCNL 2025-2027 dell'Area Sanità. Dopo un intenso calendario di incontri già svolti il confronto, che è stato sospeso il 23 Luglio per la pausa estiva, riprenderà ad inizio Settembre, sia per il perfezionamento di tutti i capitoli già abbozzati sotto i profili normativi, sia per quelli ancora da discutere, che riguarderanno diversi importanti aspetti economici, ad iniziare dagli appostamenti degli aumenti in busta paga il più possibile sulle voci fisse, ma con adeguato riconoscimento delle progressioni di carriera.

La ripresa settembrina del confronto potrebbe poi condurre in tempi brevi alla sottoscrizione della pre-intesa, a meno di sorprese, che a dir il vero hanno già iniziato a delinearsi sotto forma di pregiudiziali nell'ultima riunione, e in questi giorni che l'hanno seguita si fanno più nebulose. Ma a queste difficoltà, che per ora sono ancora da verificarsi, accennerò a conclusione di questa disamina.

Ciò che è emerso finora con maggiore evidenza è il metodo di lavoro adottato al tavolo negoziale. Accanto alle riunioni ufficiali, il ricorso a momenti di approfondimento tecnico ha consentito di affinare progressivamente i testi, recependo numerose richieste formulate dalle Organizzazioni Sindacali. Un percorso che AAROI-EMAC ha più volte apprezzato, riconoscendo all'ARAN e alle altre parti negoziali la volontà di costruire un contratto condiviso e concretamente applicabile. Per quanto concerne i contenuti, al momento in cui scriviamo, il confronto ha finora interessato alcuni dei capitoli più rilevanti del nuovo contratto.

UNA SINTESI DEGLI INCONTRI PRECEDENTI AL 23 LUGLIO È ALLE PAGG. 6-7-8-9

NELL'INCONTRO DEL 23 LUGLIO, in aggiunta, per le relazioni sindacali sono stati compiuti ulteriori significativi passi avanti sul versante della trasparenza, con un rafforzamento degli obblighi informativi delle Aziende, come nel caso delle risorse destinate alle prestazioni aggiuntive, che punta a evitare situazioni in cui ai dirigenti vengono richieste attività ulteriori senza la certezza della loro corretta remunerazione e della ridotta imposizione fiscale che dev'essere applicata.

Particolare attenzione è stata dedicata al sistema degli incarichi. Per AAROI-EMAC resta prioritario far in modo che essi non restino vacanti, garantendo dunque a tutti i Colleghi un percorso di carriera realmente in linea con la loro valorizzazione professionale.

Importanti miglioramenti hanno riguardato anche l'orario di lavoro. L'impianto del contratto 2022-2024 vigente (per il quale vale il dettato dell'art. 27 del CCNL 2019-2021), almeno per come finora ne è stato

predisposto in bozza il rinnovo per il triennio 2025-2027, resterebbe confermato, ma con una formulazione molto più chiara, che rafforzerebbe l'esigibilità dei recuperi spettanti per l'attività lavorativa svolta oltre il limite contrattuale delle 38 ore settimanali medie.

Sono inoltre state introdotte disposizioni sulla turnistica dei dirigenti con maggiore anzianità anagrafica e precisazioni sul corretto utilizzo delle prestazioni aggiuntive.

Tra i temi affrontati c'è stato anche quello dell'intelligenza artificiale, completamente nuovo, il cui articolato era stato profondamente rivisto rispetto alle prime bozze, ma che nell'ultima bozza discussa il 23 Luglio è stata in gran parte stralciata, con l'obiettivo di ricondurne la trattazione contrattuale soltanto alle relazioni sindacali che dovranno vigilare sul suo utilizzo, e alla formazione, che dovrà mettere in condizione i Colleghi di utilizzarla senza rischi e incognite, a maggior ragione poiché sul tema – che in Sanità è particolarmente delicato rispetto agli altri ambiti della Pubblica Amministrazione – interverranno con ogni probabilità interventi legiferativi che è bene attendere prima di affrontarlo nell'organizzazione del lavoro regolata dal CCNL.

IL CONFRONTO PROSEGUIRÀ DUNQUE NEL PROSSIMO INCONTRO GIÀ CALENDARIZZATO A SETTEMBRE, con l'obiettivo di definire regole che accompagnino l'innovazione tecnologica senza indebolire il ruolo e le responsabilità dei professionisti, nella prospettiva sia di perfezionare i capitoli già abbozzati, sia di procedere su quelli ancora da discutere, che riguarderanno diversi importanti aspetti economici, ad iniziare dagli appostamenti degli aumenti in busta paga il più possibile sulle voci fisse, ma con adeguato riconoscimento delle progressioni di carriera.

I dossier non ancora affrontati riguarderanno in particolare quelli inerenti i fondi contrattuali e gli appostamenti economici in busta paga dei rispettivi incrementi, con particolare attenzione alla valorizzazione professionale ed economica dei Dirigenti con oltre dieci anni di anzianità – obiettivo fondamentale per l'AAROI-EMAC –, per non lasciarne gran parte con stipendi fermi al “minimo sindacale” corrispondente all'incarico “di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo” (ex art. 22 Comma 1 Capo II lett. c) che deve essere conferito dopo 5 anni di servizio, ma che per molti di essi costituisce non già un punto di partenza per la restante carriera, bensì uno stallo che si trascina fino alla pensione.

Proprio in vista di tale obiettivo specifico, ma anche in relazione a tutte le altre tipologie di incarichi, sono state proposte modifiche testuali del dettato contrattuale vigente per rendere più tempestive le procedure di valutazione, e quindi impedire quei ritardi amministrativi che ancora penalizzano le progressioni di carriera nel SSN Pubblico.

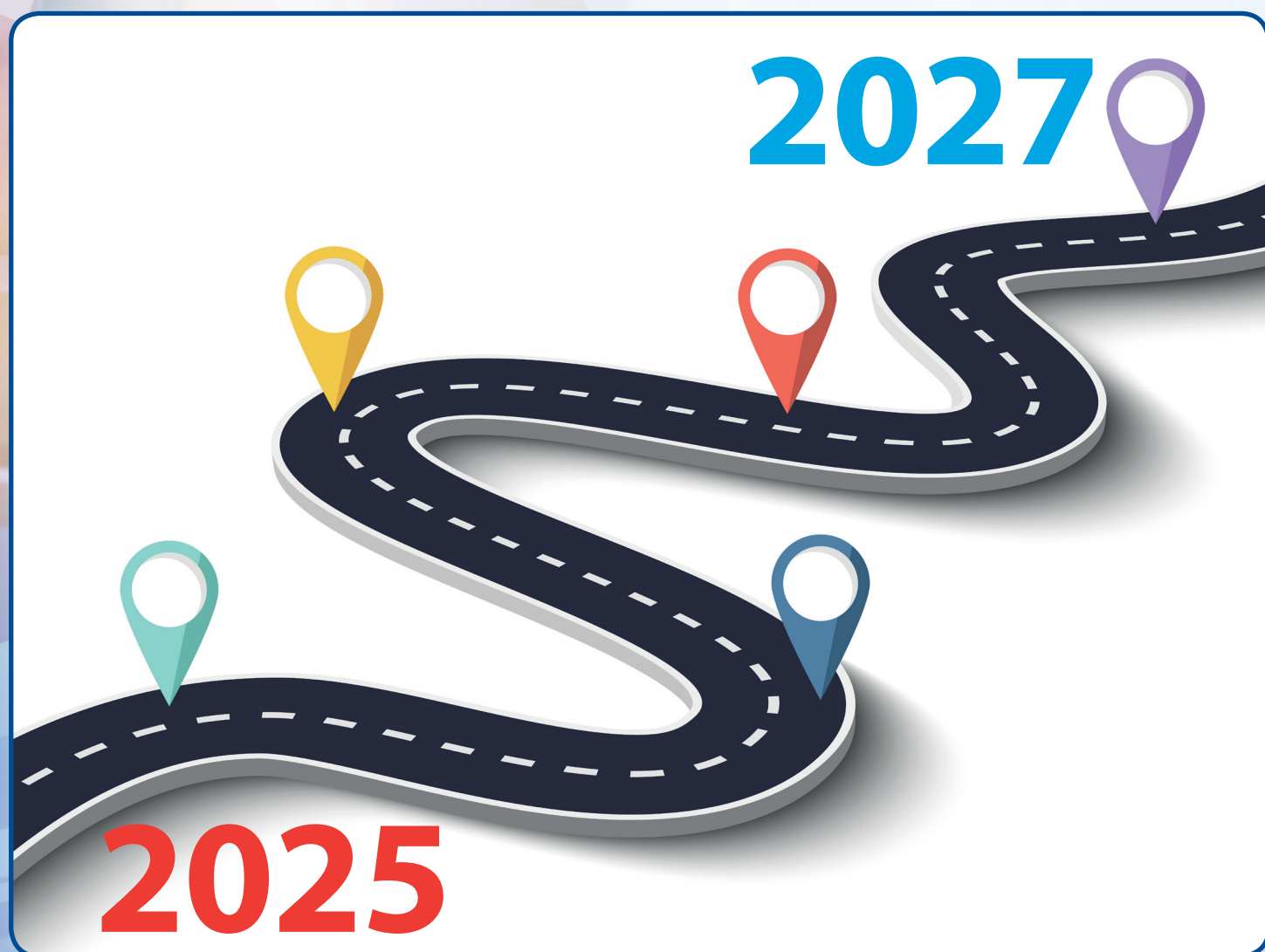
L'auspicio, in linea con il metodo di confronto adottato finora, è che la trattativa possa concludersi rapidamente con un contratto che non rappresenti un semplice aggiornamento del precedente, ma un ulteriore passo avanti nella tutela dei diritti, nella valorizzazione della professionalità e nel miglioramento delle condizioni di lavoro.

LE PROSPETTIVE CHE CI ATTENDONO: se dalla prossima ripresa delle trattative che avverrà tra poco più di un mese si riuscirà a sviluppare le migliorie già introdotte finora, senza intoppi che rallentino l'ottenimento anche degli altri importanti obiettivi che l'AAROI-EMAC si è impegnata a raggiungere sin dal CCNL 2022-2024, con una piattaforma unica ricomprendente il triennio 2025-2027, tra i quali vi sono il riordino delle norme contrattuali sulla fruizione delle ferie, sulla formazione, i diritti alle aspettative, le

tutele nei casi previsti da specifiche normative di legge, l'equità retributiva anche di genere, si potrebbe infine riuscire a siglare una buona preintesa in breve tempo, riservandosi poi il tempo di reclamare ulteriori risorse economiche da stanziarsi in via extracontrattuale nella legge di Bilancio per l'anno 2027. Ma proprio su questo particolare tema, il 23 Luglio è emerso (per l'ennesima volta) un dubbio interpretativo sull'incremento aggiuntivo extracontrattuale della voce "Indennità di specificità" che riguarda i Medici e i Veterinari (l'ISM) nonché i Dirigenti non medici (l'ISS), stabilito in due step con le ultime due Manovre Finanziarie sia per il 2025, sia a decorrere dal 2026. Un dubbio che a Settembre speriamo non metta in crisi un rinnovo che finora si era prospettato molto impegnativo ma raggiungibile con non poche soddisfazioni. Un dubbio interpretativo che (se risolto favorevolmente, ipotesi per noi impossibile a termini di legge) per i Medici e i Veterinari vale poco più di 20 euro lordi al mese, a fronte di 164 euro (sempre aggiuntivi extracontrattuali, a decorrere dal 01 Gennaio 2026) che attendono solo di essere appostati in busta paga.

Staremo a vedere...

Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC





6

Per questo motivo, il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, ha rivolto un ringraziamento all'ARAN e a tutte le componenti del tavolo negoziale per il lavoro svolto finora e per l'impegno nell'elaborazione dei testi oggetto di confronto. Nel suo intervento, il Presidente ha inoltre evidenziato alcuni aspetti del testo sui quali ha proposto ulteriori precisazioni e modifiche di dettaglio.

La trattativa sta procedendo in modo costruttivo senza particolari criticità, e si auspica che si proceda allo stesso modo nei prossimi incontri, che saranno dedicati a temi altrettanto importanti che dovranno essere discussi, come il sistema degli incarichi e l'orario di lavoro. Il prossimo appuntamento è per lunedì 15 Giugno, dove il confronto proseguirà con l'esame del capitolo dedicato agli incarichi.

Riunione ARAN 15 Giugno, focus su Incarichi

Nuovo incontro il 15 Giugno in ARAN per la prosecuzione della trattativa per il rinnovo del CCNL dell'Area Sanità per il triennio 2025-2027.

Nel corso della riunione è stato affrontato il tema relativo agli incarichi. Il Presidente Nazionale AAROI-EMAC ha in particolare evidenziato come, pur valutando positivamente l'ipotesi di un riconoscimento economico al terzo anno di attività, il tema di maggiore rilevanza resti quello della valorizzazione economica e professionale dei dirigenti con oltre dieci anni di anzianità, che rischiano di permanere per lunghi periodi nella medesima tipologia di incarico senza adeguati sviluppi professionali ed economici.

Richiamando il D.Lgs. 502/1992, il Presidente ha sottolineato che il principio della progressiva acquisizione di competenze riguarda l'intera carriera dirigenziale e che tale crescita professionale, certificata dalle valutazioni positive, dovrebbe trovare corrispondenza in un'effettiva progressione economica e professionale.

Tra le ulteriori osservazioni formulate, è stata evidenziata l'opportunità di prevedere, per tutti gli avanzamenti di incarico, la decorrenza degli effetti economici dalla data di maturazione dei requisiti, evitando che eventuali ritardi nelle procedure amministrative possano determinare penalizzazioni per i professionisti interessati.

Sono state inoltre avanzate proposte di modifica e chiarimento in materia di articolazione degli incarichi e di riconoscimento delle anzianità maturate presso altre strutture, al fine di garantire maggiore chiarezza e uniformità applicativa. La questione centrale è decidere quali esperienze professionali devono essere riconosciute; se debbano contare solo i rapporti di lavoro dipendente; oppure anche attività svolte in regime convenzionato (es. medicina generale o specialistica ambulatoriale). Su quest'ultimo punto la posizione espressa è contraria al riconoscimento automatico, perché non esiste una piena reciprocità con il sistema della dirigenza dipendente.

Riunione ARAN 1 Luglio 2026

Si è svolto il primo Luglio un nuovo incontro all'ARAN nell'ambito della trattativa per il rinnovo del CCNL 2025-2027 dell'Area Sanità.

La riunione è stata l'occasione per fare il punto sui principali temi affrontati finora, a partire dalle **Relazioni Sindacali**. È stato confermato l'impianto generale dei testi al riguardo, ma sono stati anche proposti diversi

perfezionamenti. Tra questi, l'AAROI-EMAC ha chiesto di inserire – tra le informazioni che le Aziende sono tenute a fornire – anche la quantificazione delle risorse disponibili per le attività di cui all'art. 89, comma 2, con l'indicazione della relativa distribuzione tra le diverse Unità Operative, al fine di evitare il rischio che le Aziende ne promettano la remunerazione senza poi poterla erogare con la corretta applicazione della fiscalità agevolata al 15% di Irpef per esaurimento del plafond stabilito anno per anno dalla Legge Finanziaria.

Per quanto riguarda il tema degli **Incarichi**, già affrontato nella precedente riunione, si attende ora una nuova proposta dell'ARAN sulla maggiorazione della parte fissa della retribuzione di posizione erogata ai troppi Colleghi con oltre dieci anni di servizio il cui riconoscimento di carriera è ancora fermo alla titolarità dell'incarico contrattualmente garantito, cioè quello obbligatoriamente spettante al superamento del 5° anno di anzianità.

Ampio spazio è stato dedicato anche all'**Orario di Lavoro**. L'ARAN ha confermato l'intenzione di mantenere invariato l'attuale impianto contrattuale che sin dal CCNL 2019-2021, con l'art. 27 comma 3, ha consentito di porre un limite alla Legge 502 del 1992, introducendo tuttavia nella sua proposta per il CCNL 2025-2027 in discussione alcuni importantissimi elementi di semplificazione testuale, che sono fondamentali non solo e non tanto per un'applicazione più uniforme di tale limite in tutte le Regioni, quanto soprattutto in termini di esigibilità dei recuperi che spettano, sia in corso d'anno, sia nell'annualità successiva, a ciascun Collega e in ciascuna Azienda, per l'extra-orario effettivamente lavorato oltre il dovuto contrattuale di 38 ore settimanali medie.

Nelle prossime riunioni sarà nostra priorità non solo un ulteriore perfezionamento dei capitoli già discussi, ma anche affrontare il tema dell'appostamento dei **Fondi** e quello dei possibili utilizzi aziendali dell'intelligenza artificiale, sul quale l'AAROI-EMAC ha già chiesto un significativo miglioramento del testo proposto, con precise e puntuali proposte di modifiche dell'ultima bozza di articolato al riguardo.

Ribadiamo il nostro apprezzamento per la serrata scaletta di marcia delle riunioni, che finora è stata davvero densa e fruttuosa, e per il fatto che in tal solco il prossimo incontro per il prosieguo della trattativa è stato fissato per **mercoledì 14 luglio, alle ore 11:00**, ma – a nostro avviso testimoniando la fattiva volontà delle Regioni di lavorare seriamente e alacremente sui testi anche continuandone l'analisi attraverso "riunioni tecniche" intermedie – ne è già stato preannunciato un altro per **giovedì 23 luglio**.

Una road map contrattuale mai realizzatasi dal 2010 al 2019, che ad oggi vede ben 3 CCNL già sottoscritti dal dicembre di quell'anno e un altro, il CCNL 2025-2027 di cui parliamo, che per noi è – sotto il profilo normativo – un "CCNL 2019-2021*2.0" per le migliorie in discussione, in via di definizione. Avanti così, noi ci siamo!

Riunione ARAN 14 Luglio 2026

Si è svolto il 14 Luglio il settimo incontro in ARAN nell'ambito della trattativa per il rinnovo del CCNL 2025-2027 dell'Area Sanità.

Il testo presentato recepisce numerose osservazioni formulate dalle Organizzazioni Sindacali nel corso del confronto, e contiene diverse novità che vanno nella direzione auspicata dall'AAROI-EMAC, a nome

della quale il Presidente Nazionale Alessandro Vergallo ha espresso apprezzamento per il metodo di lavoro adottato al tavolo negoziale, caratterizzato da un confronto tecnico parallelo a quello delle riunioni trattanti, che sta consentendo di affrontare le diverse questioni aperte in modo analitico e costruttivo. Tra le modifiche accolte, è stata recepita la richiesta di inserire nell'Informazione, nell'ambito dell'Organismo paritetico, con cadenza almeno semestrale, l'utilizzo delle risorse a disposizione per le prestazioni aggiuntive. Si tratta di una misura fortemente voluta dalla nostra Associazione per garantire maggior contezza nel merito delle disponibilità economiche per remunerarle correttamente, anche in relazione alla flat tax ad esse applicabile. In numerose Aziende sanitarie, infatti, continuano ad essere autorizzate prestazioni aggiuntive anche dopo l'esaurimento delle risorse disponibili, salvo poi comunicarne successivamente ai Colleghi che se ne sono fatti carico l'impossibilità di liquidarle con la detassazione in vigore per legge da giugno 2024.

Importante anche il confronto sul tema della turnistica per i dirigenti con maggiore anzianità anagrafica inserito nel confronto aziendale. Il testo introduce la possibilità di prevedere anche una possibile riduzione, rispetto a prevederne un esonero inapplicabile, dai turni notturni di pronta disponibilità e di guardia per il personale che abbia superato i 62 anni di età, che nelle équipes caratterizzate da un'elevata età media rischia di essere inapplicabile nel rispetto del limite numerico introdotto con il CCNL 2019-2021 (5 turni di guardia notturna e 10 turni di pronta disponibilità calcolati come media mensile nell'arco di un quadrimestre).

Per quanto riguarda la contrattazione collettiva integrativa, l'AAROI-EMAC ha proposto il 14 Luglio una modifica al comma 1, per chiarire che essa riguarda esclusivamente i dirigenti destinatari del CCNL in questione. È stato chiesto di sostituire il riferimento al "personale" con quello ai "dirigenti" e di precisare espressamente che la contrattazione integrativa è applicabile esclusivamente ai medesimi. L'obiettivo è impedire che risorse e fondi destinati alla dirigenza vengano utilizzati per remunerare professionalità ad essa estranee, situazione che purtroppo continua a verificarsi in alcune Aziende.

Apprezzamento è stato inoltre espresso per i miglioramenti relativi all'articolo sull'orario di lavoro, anche con la precisazione che le prestazioni aggiuntive possano essere svolte "solo ad integrazione dell'orario di lavoro". Una specificazione che rafforza il principio secondo cui tali prestazioni devono inserirsi in modo coerente nell'organizzazione dell'attività ordinaria.

Positiva anche l'introduzione dell'obbligo di avviare il procedimento di valutazione dei dirigenti con anzianità di servizio inferiore a cinque anni almeno 30 giorni prima della scadenza del quinquennio, ai fini del passaggio ad incarico superiore. Pur apprezzando questa nuova garanzia, l'AAROI-EMAC ha proposto di valutare una formulazione che preveda un maggior anticipo, ritenendo che trenta giorni possano risultare insufficienti per mettere le Aziende nelle condizioni di concludere le valutazioni in argomento in tempo utile per garantire che l'incarico superiore decorra senza ritardi.

Sul capitolo dedicato all'intelligenza artificiale, l'AAROI-EMAC ha rilevato e apprezzato come il testo sia stato profondamente rivisto rispetto alla precedente ipotesi di accordo, ma si è riservata ulteriori valutazioni nelle prossime trattative.

Aspettativa per incarichi a tempo determinato: la Cassazione conferma il diritto dei Dirigenti Medici

***AAROI-EMAC: ordinanza destinata a fare giurisprudenza
a tutela della mobilità professionale***

La Corte di Cassazione ha definitivamente stabilito che l'aspettativa prevista dall'art. 10, comma 8, lettera b), del CCNL 10.2.2004 (così come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005) dell'Area della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, per accettare un incarico a tempo determinato presso un'altra Azienda sanitaria è un diritto del dirigente medico e non può essere subordinata alla discrezionalità dell'Azienda di appartenenza.

L'ordinanza, depositata il 9 giugno 2026, chiude una vicenda giudiziaria durata diversi anni e conferma integralmente la tesi sostenuta dall'AAROI-EMAC, che ha deciso di affiancare una dirigente medica coinvolta nei giudizi di Appello e Cassazione, ritenendo che la questione riguardasse un principio di interesse generale per tutta la categoria.

La vicenda risale al 2018, quando una dirigente medica di un'Azienda sanitaria della Toscana, dopo aver ricevuto alcune proposte di incarico a tempo determinato presso Aziende sanitarie di Roma, chiese l'aspettativa prevista ai sensi del CCNL vigente all'epoca. L'Azienda respinse tutte le richieste, costringendola a dimettersi per giusta causa.

Nel 2019 l'Azienda toscana notificava un'ordinanza-ingiunzione con la quale chiedeva il pagamento dell'indennità sostitutiva del preavviso. La dirigente proponeva ricorso, ma con sentenza dell'8 Settembre 2020 il Tribunale di Arezzo lo respingeva, ritenendo che la concessione dell'aspettativa fosse una facoltà e non un diritto del dirigente e che la decisione di accogliere o meno la richiesta fosse rimessa alla discrezionalità dell'Amministrazione.

La sentenza è stata successivamente ribaltata quando la Corte d'Appello di Firenze riconobbe che, sulla base del CCNL applicabile, la concessione dell'aspettativa è obbligatoria, con la possibilità di opporre un "motivato diniego" in caso di impieghi in ambito extranazionale. Un principio che la Cassazione ha definitivamente confermato, rigettando il ricorso dell'Azienda sanitaria, ritenendo "ormai indubitabile l'obbligatorietà" della concessione dell'aspettativa per il conferimento di incarichi a tempo determinato, quantomeno dalla vigenza del CCNL applicabile all'epoca dei fatti. Ma resta comunque al di là di ogni dubbio il fatto che il diritto all'aspettativa sancito dall'art. 10 del CCNL 10.2.2004, così come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005, non è mai stato disapplicato da alcun CCNL successivo, incluso quello del 27.02.2026 ad oggi vigente.

"Questa ordinanza mette finalmente un punto fermo su una questione che negli anni ha dato luogo a interpretazioni difformi e spesso restrittive da parte delle Aziende sanitarie – dichiarano Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC, e Luigi Zurlo, Responsabile degli Affari Legali dell'Associazione –. La Corte di Cassazione conferma che l'aspettativa prevista dal CCNL per accettare un incarico a tempo determinato presso un'altra Azienda sanitaria è un diritto del dirigente medico. Per questo l'AAROI-EMAC ha scelto di sostenere questa vicenda fino all'ultimo grado di giudizio: era in gioco la posizione di una Collega, ma anche un principio fondamentale per tutti i dirigenti medici".

Dopo la Cassazione, anche il Tribunale di Como: l'aspettativa per incarico a tempo determinato un diritto del Dirigente Medico

***AAROI-EMAC: nuova vittoria a tutela dei diritti
delle Colleghe e dei Colleghi***

Il Tribunale di Como (Ordinanza R.G. n. 700/2026 del 20 Luglio 2026) ha accolto il ricorso d'urgenza promosso da una dirigente medica Anestesista Rianimatrice, assistita dall'AAROI-EMAC Lombardia e patrocinata dall'avvocata Silvia Balestro, contro il diniego di aspettativa opposto da un'ASST lombarda.

L'Azienda aveva respinto la richiesta di aspettativa, presentata dalla dottoressa per accettare un incarico a tempo determinato presso un'altra ASST, sostenendo che esigenze di organico legittimassero il diniego e richiamando inoltre il vincolo quinquennale di permanenza nella sede di prima assegnazione.

La Giudice del Lavoro ha annullato i provvedimenti aziendali, facendo applicazione dei principi affermati dalla Corte di Cassazione con l'Ordinanza n. 18657/2026, pronunciata a seguito di un precedente ricorso promosso dall'AAROI-EMAC. La Suprema Corte ha infatti chiarito che l'aspettativa prevista dall'art. 10, comma 8, lettera b), del CCNL 10.2.2004 (così come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005) dell'Area della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria costituisce un diritto del dipendente e non è rimessa alla discrezionalità dell'Azienda: in presenza di un incarico a tempo determinato presso un'altra amministrazione sanitaria, l'aspettativa deve essere concessa, senza che possano essere opposte esigenze organizzative o carenze di personale.

Il provvedimento del Tribunale di Como rappresenta una delle prime applicazioni in sede di merito del principio affermato dalla Cassazione, confer-

mandone la piena efficacia e offrendo un ulteriore punto di riferimento per tutte le Aziende sanitarie chiamate ad applicare correttamente la disciplina contrattuale.

L'Ordinanza riveste inoltre particolare rilievo perché esclude che il vincolo quinquennale di permanenza previsto dall'art. 35 del D.Lgs. n. 165/2001 - richiamato dall'ASST anche nel contratto individuale di assunzione della ricorrente - possa impedire la concessione dell'aspettativa. La Giudice ha infatti chiarito che tale vincolo riguarda esclusivamente i trasferimenti definitivi e non una temporanea sospensione del rapporto di lavoro quale l'aspettativa, istituto che, al contrario, favorisce la circolazione delle competenze professionali all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ASST è stata pertanto condannata a concedere immediatamente l'aspettativa richiesta e al pagamento delle spese di lite.

"Dopo la fondamentale affermazione di principio ottenuta in Cassazione, questa Ordinanza dimostra che tale principio trova oggi concreta applicazione anche nei Tribunali di merito – dichiarano Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC e Cristina Mascheroni, Vicepresidente AAROI-EMAC Area Nord e Presidente AAROI-EMAC Lombardia –. Si tratta di un risultato che conferma l'efficacia dell'azione sindacale e della tutela legale dell'AAROI-EMAC, capace di consolidare, dalla Suprema Corte fino ai giudici di merito, la piena tutela dei diritti contrattuali dei Medici".

Esclusività dei medici. AAROI-EMAC: “NO a modifiche unilaterali”

In riferimento all'emendamento 3.24 al disegno di legge delega sulla riforma delle professioni sanitarie, che propone di superare le incompatibilità previste dall'articolo 4, comma 7, della legge n. 412 del 1991, l'AAROI-EMAC esprime contrarietà ad una modifica del vincolo di esclusività che pur volendo in linea di principio apprezzabilmente allargarne le maglie, al contempo introduce rischi di ricadute negative sia sui professionisti cui è destinata, come ha già dichiarato l'ANAAO, sia – soprattutto – sul Sistema Sanitario Pubblico nel suo complesso.

L'emendamento introduce – con l'obiettivo dichiarato di una più elastica valorizzazione delle risorse umane disponibili – la possibilità di una “attività professionale aggiuntiva presso soggetti pubblici o privati accreditati” da parte dei “medici dipendenti del SSN” e dei “medici titolari di rapporto convenzionale”, ma senza alcuna chiarezza sulle conseguenti modalità applicative di tale innovazione sia sotto il profilo organizzativo del lavoro, che non da oggi può e deve integrarne le rispettive competenze professionali tra Ospedale e Territorio, sia sotto quello economico, che deve comunque tener conto del differente inquadramento nel SSN dei medici coinvolti.

Per quanto concerne tutti i professionisti ospedalieri del pubblico impiego, di fronte ad una modifica ordinamentale così importante rispetto agli attuali vincoli cui per i medici è sottoposta l'esclusività di rapporto, e che più in generale non solo per essi comporta l'unicità del rapporto di lavoro, non è affatto immaginifico temere che un obiettivo della riforma in argomento, o quantomeno una sua ricaduta, possa configurare – tra l'altro

– una “soluzione tampone” per utilizzarli come tappabuchi al progetto delle “Case di Comunità” che è attualmente in una sostanziale situazione di stallo in quasi tutte le Regioni.

Inoltre, sempre per quanto concerne il pubblico impiego, appare ambiguo l'inserimento dei “soggetti pubblici” tra le strutture che potranno loro affidare “attività aggiuntive”, evidentemente senza alcuna limitazione all'azienda datrice di lavoro, poiché non è chiaro se tali attività dovranno essere poi inquadrare contrattualmente come prestazioni aggiuntive ex art. 89, o sotto forma di una “libera professione” molto più autonoma, come sembrerebbe quasi adombrare l'emendamento 3.24 laddove prevede una semplice “comunicazione” all'amministrazione o all'ente di appartenenza, il che non solo imporrebbe una sostanziale modifica – tra l'altro – dell'art. 53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, ma potrebbe anche addirittura risultare, almeno stando al testo, nel conferimento di incarichi anche libero professionali da parte e a carico economico di una o di più aziende pubbliche a un medico appartenente ad un'altra pubblica amministrazione. In pratica, in questa seconda ipotesi rischierebbero di crearsi medici pubblici dipendenti che al di fuori dell'orario di lavoro contrattualmente dovuto presterebbero la propria opera anche in altre aziende pubbliche magari come gettonisti globetrotters, le cui remunerazioni non vorremmo che qualcuno tentasse poi di voler tutelare attraverso fantasiose nuove garanzie normative ed economiche da introdurre in un prossimo CCNL.

Insomma, senza scendere in ulteriori altre ipotesi che sarebbero in vario grado tutte altrettanto

destabilizzanti per il SSN pubblico, in base al significato letterale dell'emendamento 3.24 non è irrealistico temere che le buone intenzioni finalizzate al suo sostegno, manifestate da alcuni esponenti della maggioranza di governo con la precisazione che esso si intende limitato alla disponibilità volontaria del medico per le "attività aggiuntive" in questione, possano rischiare di trasformarsi in un boomerang, favorendone invece la privatizzazione.

Inoltre ancora, mentre alcuni altri emendamenti su altri versanti che riguardano i professionisti, ad iniziare da quelli in formazione specialistica, appaiono senz'altro più convincenti, almeno a prima lettura, ce n'è un altro che verte sulla scelta del regime intra o extra moenia, il 3.37, che nonostante non sia ancora stato oggetto di critiche

pubbliche appare ancor più nebuloso, in quanto vorrebbe mettere in correlazione l'obiettivo di superare la "rigida dicotomia tra regime di esclusività e non esclusività" con "meccanismi di incentivazione economica e progressione professionale", ma non si comprende con quali risorse economiche.

In conclusione, le modifiche a un istituto di tale rilevanza per i Medici Ospedalieri come l'esclusività di rapporto non possono prescindere da un confronto preventivo con le Organizzazioni Sindacali che li rappresentano. La nostra Associazione è disponibile ad un dialogo costruttivo, senza pregiudizi, ma anche senza alcuna intenzione di accettarne passivamente le incognite, che vanno chiarite prima di metter mano al suo impianto.





ELEZIONI ONOSI

Ultimi giorni per votare



La Fondazione ONOSI ha disposto un'ulteriore proroga dei termini per le elezioni del Comitato di Indirizzo 2026-2030, accogliendo le numerose segnalazioni sui ritardi nella consegna dei plichi elettorali e garantendo così il pieno esercizio del diritto di voto a tutti gli aventi diritto. Una decisione fortemente sostenuta dall'AAROI-EMAC, che si è attivata affinché nessun contribuente fosse escluso dalla partecipazione a causa dei disservizi postali.

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha deliberato che le schede di voto potranno essere ricevute fino alle ore 12.00 del 7 agosto 2026, **TERMINE ULTERIORMENTE PROROGATO AL 31 AGOSTO**.

L'attuale proroga modifica le precedenti proroghe che erano state fissate prima al 18 Luglio 2026 (invece del 30 Giugno) per la ricezione delle schede di voto e al 28 Giugno 2026 (invece del 10 Giugno) per la richiesta dei Plichi Elettorali e successivamente al 7 Agosto per la ricezione delle schede di voto e al 18 Luglio 2026 per la richiesta dei Plichi Elettorali.

Al momento di uscita del giornale mancano pochissimi giorni per votare, per questo motivo si invita a rivolgersi al proprio Rappresentante Aziendale incaricato di collettare le Schede di voto per procedere con un unico invio.

Un patrimonio costruito sulla solidarietà

Le elezioni rappresentano un appuntamento di grande rilievo per migliaia di medici, veterinari e farmacisti dipendenti pubblici, chiamati a scegliere gli organi di governo di una Fondazione che da oltre un secolo costituisce uno dei più importanti strumenti di welfare della sanità italiana.

L'ONOSI, infatti, non è soltanto un ente previdenziale, ma una realtà che ogni anno sostiene concretamente il diritto allo studio e alla formazione dei figli dei contribuenti. Attraverso contributi economici, servizi assistenziali, Centri Formativi e i Collegi universitari presenti a Perugia e in altre città italiane, la Fondazione offre opportunità di crescita che consentono a molti giovani di costruire il proprio futuro.



Un patrimonio di solidarietà che negli ultimi anni è stato ulteriormente rafforzato grazie a una gestione improntata all'equilibrio economico e all'ampliamento delle prestazioni offerte.

Da tre mandati consecutivi l'AAROI-EMAC partecipa agli Organi di Gestione della Fondazione, contribuendo a rappresentare gli interessi dei medici anestesisti rianimatori e dell'emergenza-urgenza insieme alle altre organizzazioni della dirigenza medica.

La Lista ONAOSI FUTURA 2.0

Anche per il rinnovo del Comitato di Indirizzo 2026-2030 l'Intersindacale della Dirigenza Medica ha presentato la lista unitaria "ONAOSI FUTURA 2.0", sostenuta da ANAAO ASSOMED, FED. CIMO-FESMED, AAROI-EMAC, FP CGIL Medici e Dirigenti SSN, FASSID, UIL FPL Medici, CISL Medici e FVM.

L'AAROI-EMAC è presente con quattro candidati:

- Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale;
- Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale e Presidente della Sezione Puglia;
- Luigi Zurlo, Presidente della Sezione Lazio;
- Gilberto Fiore, Presidente della Sezione Piemonte-Valle d'Aosta.

L'obiettivo è proseguire il percorso di sviluppo della Fondazione, rafforzandone la capacità di rispondere ai bisogni dei contribuenti e delle loro famiglie.

Come votare

Gli aventi diritto possono esprimere il proprio voto tracciando una X sull'intera lista "ONAOSI FUTURA 2.0", senza aggiungere altri segni. La scheda dovrà essere inserita nella busta interna, successivamente in quella preaffrancata predisposta dalla Fondazione.



ELEZIONI ONAOSI 2026-2030

LISTA ONAOSI FUTURA 2.0

sostenuta da
**ANAAO-ASSOMED, FED. CIMO-FESMED, AAROI-EMAC,
FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI, FASSID,
CISL MEDICI, UIL-FPL MEDICI, FVM**

**SEGUI LE INDICAZIONI
E VOTA**

LISTA ONAOSI FUTURA 2.0 !

VOTE

Tutte le Convenzioni attive grazie alla Confederazione

Far parte della COSMED oltre ad essere molto importante in ambito sindacale ha anche altri vantaggi per gli Iscritti e le Iscritte alle OO.SS. che ne fanno parte, tra cui appunto l'AAROI-EMAC. Di seguito le convenzioni attualmente attive.

MPS-COSMED

Rinnovata la convenzione fino a fine 2026

È stata rinnovata fino al 31 dicembre 2026 la convenzione tra la COSMED e il Monte dei Paschi di Siena per quanto riguarda tutti i servizi compresi i mutui sull'abitazione.

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

Particolarmente vantaggiose sono le condizioni per il conto corrente che per iscritti e familiari è azzerato per 12 mesi (il costo medio di un conto corrente come riportato dal Corriere della Sera del 9 febbraio 2026 è di 159,5 euro). Possibile negoziare un tasso creditore sulla liquidità del conto corrente a livello di filiale. Decisamente interessanti sono i tassi per i mutui per la casa per iscritti e i familiari sia per acquisto di abitazioni (prima e seconde case) che per la surroga di mutui esistenti, nonché per la trasformazione in liquidità di un immobile in possesso. In allegato le condizioni per i mutui di febbraio 2026 con la convenzione COSMED e confrontati con i tassi alle migliori condizioni pubblicati dal Corriere della Sera il 16 febbraio 2026.

Queste condizioni sono nettamente migliorative rispetto alle condizioni medie certificate dal bollettino mensile dell'ABI (Associazione Bancaria Italiana). In allegato il bollettino di Febbraio 2026. In aggiunta tutte le spese di istruttoria sono gratuite pertanto il tasso è comprensivo delle spese (che mediamente sono quantificate in 500 euro). Si ricorda che è possibile sostituire il proprio mutuo con uno più vantaggioso.

Tale facoltà è la cosiddetta surroga, possibile per mutui oltre i 50.000 euro di debito residuo ma anche per cifre inferiori a discrezione delle filiali. Il fatto che il tasso medio dei mutui in corso sia significativamente superiore al tasso dei mutui di nuova sottoscrizione dimostra come lo strumento sia sottoutilizzato.

Si ricorda che per un mutuo di 200.000 euro una riduzione del tasso annuo pari allo 0,5% comporta un risparmio annuo netto di 1.000 euro, che per un mutuo trentennale costituisce un beneficio significativo. Disponibile anche un anticipo del TFS ad un tasso del 2,30%, ma con necessità oltre i 100.000 euro di atto notarile e durata massima di 4 anni, per questa tipologia ricordiamo che è disponibile la convenzione con il Banco BPM al tasso del 2,45% ma senza spese, atti notarili e senza limiti di durata.

Informazioni al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=40458>



COSMED - Banco BPM SpA

La convenzione per l'anticipo del Trattamento di Fine Servizio

Da diversi anni è attiva la convenzione COSMED con Banco BPM che permette agli Iscritti e alle Iscritte di ottenere l'anticipo del TFS/TFR fino al 100% dell'importo certificato dall'INPS. Il tasso fisso applicato è del 2,45%, ed è possibile fare richiesta in qualsiasi filiale d'Italia del Gruppo.

Il finanziamento può coprire anche l'intero ammontare del TFS, come certificato dall'INPS con la quantificazione del TFS. Banco BPM non richiede atti notarili per la cessione del credito.

È inoltre prevista l'apertura di un conto tecnico di supporto, senza costi per il cliente, necessario alla gestione dei rimborsi INPS. Tali rimborsi contribuiscono direttamente alla riduzione del debito residuo e, di conseguenza, degli interessi da corrispondere.

COSMED BWH Hotels Italia

Soggiorni a prezzi agevolati

La convenzione COSMED con BWH Hotels Italia consente di accedere a tariffe agevolate presso le strutture del gruppo Best Western, WorldHotels e SureStay Hotels in Italia e nel mondo.

Grazie all'accordo, gli Iscritti e le Iscritte AAROI-EMAC potranno usufruire di condizioni riservate. BWH Hotels è presente in oltre 100 destinazioni italiane e in 100 Paesi nel mondo, offrendo un'ampia scelta di strutture e servizi.

Per accedere alle agevolazioni è necessario utilizzare il codice identificativo previsto dalla convenzione e seguire le modalità di prenotazione.

COSMED-ACI

Più servizi e risparmio per gli iscritti

Grazie alla convenzione tra COSMED e Automobile Club d'Italia (ACI), gli Iscritti e le Iscritte possono accedere alle tessere ACI a condizioni economiche agevolate, beneficiando di un'ampia gamma di servizi dedicati alla mobilità e all'assistenza.

Le tariffe riservate

ACI Gold Premium: 79 euro anziché 99 euro

ACI Sistema: 63 euro anziché 79 euro

I principali vantaggi

Le tessere ACI offrono numerosi servizi, tra cui:

- assistenza stradale in caso di guasto o incidente;
- traino del veicolo;
- auto sostitutiva e assistenza anche all'estero (nelle formule previste);
- tutela legale;
- rimborso dei corsi per il recupero dei punti patente;

assistenza sanitaria e di viaggio nelle versioni più complete.

Inoltre, attraverso il circuito "Show your Card!", è possibile usufruire di sconti e convenzioni su hotel, viaggi, noleggio auto, traghetti, musei, teatri ed eventi, oltre ad altre agevolazioni con partner convenzionati.

Come aderire

Le tessere possono essere acquistate presso le sedi ACI oppure online attraverso la pagina dedicata alla convenzione COSMED. Le convenzioni disponibili sono consultabili anche tramite l'App ACI Space.

Tutte le informazioni sulle convenzioni COSMED sono al seguente link:

<https://www.confederazionecosmed.it/news/968>

Management in Area Critica: verso una scelta consapevole

I Direttori di UO sono in numero sempre più ridotto e caricati di responsabilità progressivamente crescenti. In passato venivano identificati come i clinici migliori, oggi sono chiamati a svolgere una funzione che è più gestionale che clinica, con importanti responsabilità legali e amministrative. Nel caso dell'Area Critica la situazione assume una connotazione ancor diversa, perché le UUOO sono realmente complesse, caratterizzate da diverse linee di attività, da alta tecnologia, e soprattutto da team numerosi e multiprofessionali. I risultati organizzativi dipendono certamente dalle competenze dei singoli e dalle tecnologie disponibili, ma sono soprattutto frutto di una ottimale gestione del gruppo, caratterizzato da complesse interazioni interne ed esterne, e di una comunicazione efficace con la Governance Aziendale.

Per accompagnare i Dirigenti Medici in questo percorso, nasce "Management in Area Critica: verso una scelta consapevole", un corso dedicato a chi desidera comprendere responsabilità, opportunità e criticità del ruolo di coordinamento. Il corso, tenuto dal Prof. Franco Marinangeli e dalla Dott.ssa Sara Mascarin, è in programma il **20 e 21 Novembre** al Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna.

La comprensione dei meccanismi alla base del comportamento dei professionisti appartenenti a

un team complesso e numeroso come quello dei Medici di Area Critica e la costruzione di percorsi virtuosi finalizzati all'armonizzazione del sistema sono i punti cardine di questa nuova proposta formativa AAROI-EMAC. Oggi la responsabilità di UO non può prescindere da capacità gestionali e competenze di tipo psicologico, che, se non presenti, è necessario acquisire. Il corso è strutturato in didattica frontale e simulazione interattiva con gli attori del sistema sanitario nelle sue diverse articolazioni.

Le simulazioni prevedono il coinvolgimento diretto dei discenti con role playing finalizzato all'analisi degli errori e alla ricerca delle possibili soluzioni. Interazione e confronto "onesto" tra i partecipanti garantiscono la concretezza nell'applicazione delle regole della comunicazione efficace e la ricerca di soluzioni nella gestione di gruppi che operano in condizioni di forte stress lavorativo. L'incontro è finalizzato a favorire l'acquisizione della consapevolezza dei doveri legati alla direzione di struttura e quindi a stimolare una riflessione sul ruolo di garanzia che oggi assume il direttore rispetto ai propri collaboratori e alla Governance aziendale. Esso fornirà ai discenti tutti gli strumenti per "decidere" se e come perseguire la posizione di direzione di struttura.

- Il ruolo di cerniera, fondamentale nel raccordo tra Direzione Strategica e professionisti impegnati nell'attività clinica quotidiana.
- La gestione delle risorse umane, con particolare attenzione alla leadership, alla motivazione del personale, alla pianificazione dei turni, alla valutazione delle performance e alla gestione dei conflitti.
- Il carico gestionale e burocratico, sempre più rilevante per chi ricopre incarichi organizzativi e deve garantire efficienza senza perdere di vista la qualità dell'assistenza.

L'obiettivo del corso è fornire strumenti pratici e spunti di riflessione affinché l'assunzione di un incarico di middle management sia una scelta realmente consapevole, supportata da competenze manageriali e da una piena comprensione delle responsabilità connesse al ruolo.

Il corso è rivolto ai Dirigenti Medici operanti in Area Critica che intendono sviluppare competenze di leadership e governance clinico-organizzativa.

SimuLearn®
CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA
PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

« Management in area critica » verso una scelta consapevole



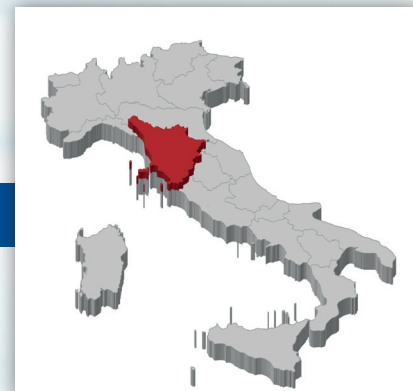
20-21 novembre 2026



**Corso per aspiranti
Responsabili/Direttori di Struttura**

AAROI-EMAC Toscana

Case della comunità: “strada giusta, ma servirà tempo per farle andare a regime. Necessaria un’adeguata informazione ai cittadini”



“Le Case di comunità rappresentano un passaggio importante per il futuro della sanità toscana, ma i loro effetti non saranno immediati”. È il commento di Luigi De Simone, presidente di AAROI-EMAC Toscana, che guarda con favore agli investimenti del Pnrr, pur invitando a non creare aspettative irrealistiche sui tempi di piena operatività del nuovo modello di assistenza. “I progetti del Pnrr in Toscana sono sicuramente ben strutturati e va riconosciuto il valore degli investimenti, in particolare dei quasi 70 milioni di euro destinati al rinnovo delle apparecchiature diagnostiche ad alta tecnologia, un settore nel quale la nostra regione aveva accumulato un ritardo importante. Anche il progetto delle Case di comunità è condivisibile e, nel medio-lungo periodo, potrà portare benefici concreti al sistema sanitario - afferma De Simone - tuttavia, la fase di avvio richiederà tempo. Non esiste una bacchetta magica: i problemi che conosciamo oggi restano gli stessi, a partire dalla carenza di personale.

Per questo motivo le Case di comunità non potranno entrare subito a pieno regime e, almeno inizialmente, la disponibilità di professionisti sarà sostanzialmente analoga a quella attuale”.

L'Associazione che riunisce Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica sottolinea anche l'importanza di accompagnare questa trasformazione con un'adeguata informazione ai cittadini. “Sarà fondamentale spiegare ai pazienti quando rivolgersi alle Case di comunità e quando, invece, è necessario andare in ospedale - conclude De Simone. - I Pronto soccorso devono continuare ad essere il punto di riferimento per le emergenze, mentre l'assistenza territoriale dovrà diventare sempre più il luogo in cui trovare risposte ai bisogni di salute ordinari. Il percorso sarà inevitabilmente graduale, ma la direzione è quella giusta. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale è una necessità per rendere il sistema sanitario più efficiente ed alleggerire la pressione sugli ospedali”.



AAROI-EMAC Marche

CCNL 2022-2024 e CCNL 2019-2021.

Novità normative ed economiche a confronto

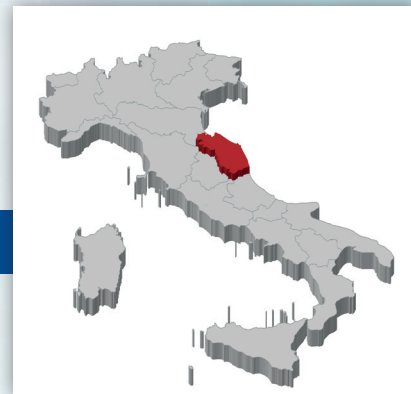
L'AAROI-EMAC Marche organizza il seminario formativo "CCNL 2022-2024 e CCNL 2019-2021 – Novità normative ed economiche a confronto", in programma sabato 3 ottobre 2026 presso Villa Gens Camuria a Camerano (AN).

L'iniziativa nasce dall'esigenza di approfondire i principali temi che riguardano il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria, in una fase caratterizzata da importanti evoluzioni contrattuali e normative. Il seminario si propone di accrescere la consapevolezza dei professionisti rispetto alle ricadute che le innovazioni introdotte dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro producono sull'organizzazione dei servizi e sull'attività quotidiana dei medici.

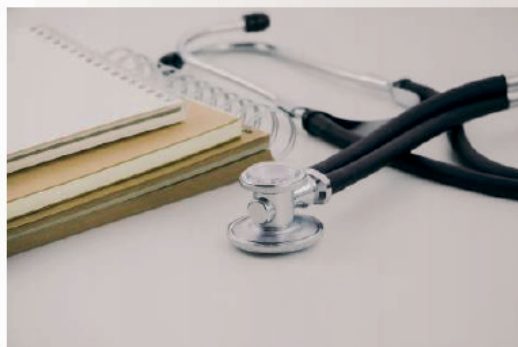
Tra gli argomenti in programma figurano il sistema delle relazioni sindacali, le principali novità introdotte dai CCNL 2019-2021 e 2022-2024, il sistema degli incarichi, l'orario di lavoro, il servizio di guardia, la pronta disponibilità, il lavoro straordinario, le attività aggiuntive, i fondi contrattuali e il sistema indennitario.

Le iscrizioni dovranno essere effettuate attraverso l'apposito modulo disponibile sul sito

www.seres-odv.it



Sezione Marche



**CCNL 2022-24 E
CCNL 2019-2021
NOVITÀ NORMATIVE ED
ECONOMICHE A CONFRONTO**

**VILLA GENS CAMURIA
Direttissima del Conero, 2
CAMERANO**

**3 ottobre 2026
ORE 8.00**

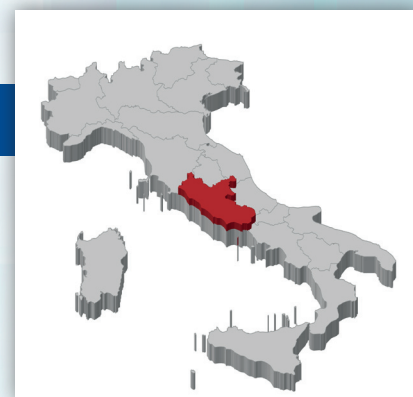
COMUNICATO STAMPA

ANAAO ASSOMED – AAROI EMAC- CIMO-FESMED-ANPO – FASSID

23 Luglio 2026

Sanità, Ospedale M.G. Vannini-Istituto FSC: incontro in Regione Lazio per le Gravi Criticità dell'Ospedale e del Pronto Soccorso.

Preoccupazione dei Sindacati per il futuro dell'Ospedale



La Regione Lazio disporrà una verifica ispettiva presso l'Ospedale Vannini per accertare il rispetto degli standard necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza. Lo ha annunciato ieri, 22 luglio, il Dott. Ridolfi al termine di un incontro con le Organizzazioni Sindacali, il Direttore Generale Salute della Regione, Dott. Urbani, e il Procuratore Generale dell'Istituto FSC, Dott. Gumirato, convocato per discutere delle criticità che interessano la struttura.

Le organizzazioni sindacali hanno rappresentato con fermezza le proprie preoccupazioni per il futuro dell'ospedale, segnalando come i processi di riorganizzazione interna in corso stiano determinando una progressiva riduzione del personale medico, con inevitabili ricadute sulla qualità dei servizi erogati in un quadrante della Capitale ad alta densità abitativa e con rilevanti criticità socio-sanitarie.

Nel corso dell'incontro, il Procuratore Generale ha confermato gli obiettivi del Piano Strategico 2026-2030 per il rientro dal deficit dell'Istituto, che prevede un'ulteriore riduzione del personale medico, non solo al Pronto Soccorso, già gravemente colpito da un fenomeno di fuga verso altre strutture del SSR, ma anche in altre specialità, tra cui ostetricia e ginecologia in relazione alla possibile soppressione del Punto Nascita, oltre all'applicazione di condizioni contrattuali

ulteriormente peggiorative per il personale in servizio.

Le Organizzazioni Sindacali hanno espresso netta contrarietà rispetto a tali indirizzi, ritenendo che possano accelerare l'abbandono della struttura da parte dei medici e compromettere ulteriormente la qualità dell'assistenza garantita alla cittadinanza. Le organizzazioni sindacali segnalano inoltre come, nel corso del confronto, si sia registrata da parte del Procuratore Generale una reazione ritenuta non rispettosa né dei rappresentanti sindacali né della sede istituzionale in cui si svolgeva l'incontro.

Il Dott. Urbani ha confermato l'importanza strategica dell'Ospedale Vannini per il sistema sanitario regionale, dichiarando la disponibilità della Regione a ricollocare presso altre strutture del SSR eventuale personale medico in esubero.

Le Organizzazioni Sindacali, pur prendendo atto della disponibilità manifestata dalla Regione, restano in attesa dell'esito degli accertamenti ispettivi e si riservano fin d'ora di intraprendere ogni iniziativa utile a tutelare la piena operatività del presidio ospedaliero e la professionalità dei dirigenti medici che vi operano, patrimonio prezioso per la collettività e per il Servizio Sanitario Regionale.

Lettera a Quotidiano Sanità La transizione digitale nell'oligarchia degli analogici

Gentile Direttore,

il 2026 sarà probabilmente ricordato come l'anno di transizione in tema di innovazione digitale in sanità. Grazie ai grandi investimenti del PNRR in sanità digitale, gli ospedali e i servizi territoriali italiani disporranno finalmente di fascicoli sanitari elettronici realmente utilizzabili, piattaforme di telemedicina diffuse, flussi informativi interoperabili tra strutture, i primi strumenti di intelligenza artificiale a supporto delle decisioni cliniche e organizzative. Eppure, dietro questi risultati, resta sullo sfondo una domanda che raramente trova spazio nelle sedi istituzionali: chi ha, concretamente, le competenze per governare tutto questo?

La domanda non è banale, e non lo è neanche la risposta. La trasformazione digitale della sanità non è oggi un progetto sperimentale affidato a qualche struttura pilota: è l'infrastruttura quotidiana con cui si governa la salute pubblica, dai percorsi di cura territoriali alla gestione delle liste d'attesa, dalla sicurezza dei dati clinici alla capacità di programmazione delle direzioni aziendali. Le competenze digitali, in questo scenario, hanno smesso da tempo di essere un valore aggiunto per pochi innovatori: sono diventate una condizione strutturale della capacità di governo.

Tuttavia, l'attuale assetto di selezione della classe dirigente apicale per i ruoli di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale — dai Direttori di Struttura Complessa ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero, dai Direttori Amministrativi e Sanitari fino ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere — resta ancorato a un impianto che ha decenni di storia: laurea, iscrizione all'albo dove previsto, anzianità di servizio, un attestato di formazione manageriale che dedica alla trasformazione digitale poche ore all'interno di un percorso generico. Nessuna di queste tappe prevede oggi una verifica sostanziale, periodica e documentata delle competenze digitali. Si tratta di un impianto pensato per un'altra epoca del sistema sanitario, che convive, senza apparente frizione, con un sistema che si è nel frattempo trasformato profondamente.

Oggi, purtroppo, conviviamo con Dirigenti di ruolo apicale che faticano tremendamente per entrare in una videoconferenza, che litigano con lo SPID e che necessitano di uno/a o più segretari/ie per protocollare una disposizione con firma digitale. Si badi bene che non stiamo parlando di elaborare report gestionali o pianificazioni operative complesse (competenze auspicabili per un middle/top manager), ma di mera "sopravvivenza digitale" nel quotidiano.

I criteri di selezione attuale rischiano di tradursi (in buona parte lo han già fatto) in un sistema che ha, a monte, un "tappo gestionale generazionale". Accade così che una parte consistente della classe dirigente attuale si è formata prima della trasformazione digitale della sanità, e non è mai stata chiamata a dimostrare, in modo verificabile, di possedere gli strumenti concettuali e operativi per governarla pienamente. Allo stesso tempo, professionisti più giovani — spesso portatori nativi di una cultura

digitale e organizzativa diversa — restano esclusi per anni dai ruoli apicali, perché i criteri di accesso continuano a premiare quasi esclusivamente l'anzianità di servizio. Le competenze necessarie a guidare l'innovazione restano così bloccate nei livelli intermedi dell'organizzazione, senza reali possibilità di incidere sulle scelte strategiche.

Il rischio non è soltanto una classe dirigente impreparata: è un sistema che investe nel digitale mentre seleziona chi lo dirige con i criteri di trent'anni fa.

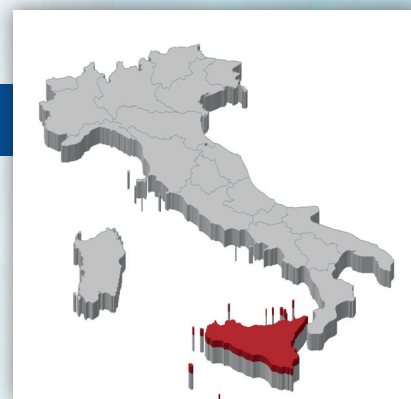
Le conseguenze di questo squilibrio non riguardano un'astratta modernità organizzativa: riguardano la qualità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale. Riguardano la reale capacità di mettere a frutto gli investimenti del PNRR, invece di disperderli per l'assenza di una committenza interna competente. Riguardano la sicurezza dei dati clinici dei cittadini, la continuità delle cure rese possibili dall'interoperabilità, l'equità di accesso ai servizi digitali tra territori diversi. E riguardano, non da ultimo, la capacità del sistema pubblico di trattenere i professionisti più preparati, che difficilmente scelgono di investire carriera ed energie in un'organizzazione che non riconosce, né verifica, il valore delle competenze che possiedono.

Per questo, più che una richiesta puntuale, vorremmo che questo testo fosse letto come un invito a riflettere, rivolto al Governo e al Ministero della Salute: è ancora adeguato, per un sistema sanitario ormai strutturalmente digitale, selezionare e confermare Primari, Direttori di Struttura Complessa, Direttori Medici di Presidio, Direttori Amministrativi, Sanitari e Generali sulla base di criteri che non prevedono alcuna verifica sostanziale e periodica delle competenze digitali? È immaginabile, nel 2026, continuare a considerare la formazione digitale della dirigenza sanitaria un modulo accessorio di un corso manageriale, invece che un requisito verificabile nel tempo, al pari di altre materie ormai considerate irrinunciabili come la trasparenza o l'anticorruzione?

Non è una critica alle donne e agli uomini che oggi guidano le nostre aziende sanitarie, spesso con impegno autentico in anni particolarmente complessi: è una domanda sulle regole che li selezionano e li formano. Il Servizio Sanitario Nazionale ha ricevuto in eredità, dagli investimenti del PNRR, un'infrastruttura digitale imponente. Sta al Governo e al Ministero della Salute decidere se la classe dirigente chiamata a governarla sarà scelta con gli stessi criteri di trent'anni fa, o se il 2026 sarà, finalmente, l'anno in cui questa domanda troverà una risposta.

Dott. Gianluigi Morello

Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Presidente AAROI EMAC Sicilia





Quesiti & Risposte

Le risposte del Presidente Nazionale

Domanda fiscale: i redditi da prestazioni aggiuntive con tassazione agevolata che sono riportati al punto 671 del CU, dove vengono riportati nel 730?

Nella Certificazione Unica (CU), il quadro 671 (che è riservato ai compensi per le prestazioni aggiuntive) compete agli importi già assoggettati alla flat tax al 15% (imposta sostitutiva) all'origine, che pertanto NON vanno inseriti nel quadro per i redditi da lavoro dipendente nel 730, poichè:

- l'importo del punto 671 è al lordo dell'imposta;
- l'imposta sostitutiva del 15% già trattenuta dal datore di lavoro è indicata invece nel punto 672.

Il mio saldo (ore eccedenza) al 12/2023 era di 253,29 ore, al 12/2024 era di 164,55 ore.

Sono tutte ore lavorate. Ora, quelle del 2024 sono decurtate, va bene, ma adesso, 2026, posso recuperare qualcosa del 2023 o è tutto perso?

Dal giorno successivo alla data di inizio vigenza CCNL TRIENNIO 2019 - 2021 (siglato in via definitiva il 23 gennaio 2024 alle ore 11.00), quindi dal 24 gennaio 2024 i recuperi dell'eccedenza oraria a partire dal medesimo anno in poi (quindi ad iniziare dal 2024) funzionano secondo il dettato contrattuale che Noi dell'AAROI-EMAC in primis abbiamo ottenuto dalle ControParti di cui al famoso (e tanto bistrattato da chi poco o nulla ne ha percepito l'importanza) Comma 3 dell'Art. 27, di cui Noi andiamo orgogliosi, e che stiamo cercando di perfezionare ulteriormente per il CCNL Triennio 2025-2027 al momento in trattativa

Per gli anni precedenti al 2024... valeva in pieno l'art. 15, comma 3, del D. Lgs. n.502/92 e s.m.i., quindi poco

o nulla da fare.

Nel caso specifico, proprio ai sensi e per gli effetti del suddetto Art. 27 Comma 3, mi pare che la decurtazione in toto di un'eccedenza oraria pari a 164,55 ore (del 2024) sia quantomeno un caso raro, poichè ai sensi del cosiddetto "algoritmo" di cui al succitato Comma 3 corrisponderebbero a ben almeno 6.582€ annui lordi di Retribuzione di risultato. Se questo è (almeno) l'ammontare annuo di questa voce retributiva, allora la decurtazione in argomento è legittima, diversamente no. Fermo restando, ovviamente, che l'obiettivo comune di tutti Noi dev'essere di fruire dei recuperi orari in corso d'anno in modo da arrivare in pari a fine anno.

Ecco perché - conoscendo bene la scarsa simpatia delle Aziende per l'attuale Comma 3 dell'Art. 27 - sarà nostra cura renderlo loro ancor più antipatico, quindi ancor più facilmente reclamabile, con il nuovo dettato contrattuale del CCNL 2025-2027 che lo andrà a sostituire.

Nel nuovo CCNL Dirigenti Medici fate inserire la possibilità di sospendere la maternità per una mamma che ha da poco partorito ma per complicanze non può stare con il/la neonata. Ad oggi la maternità può essere sospesa solo tornando a lavoro e poi mettendosi in malattia in caso di ricovero del neonato, se uno passa dal reparto di ostetricia alla rianimazione resta in maternità. Noi l'abbiamo scoperto nel momento del bisogno. Grazie mille!

Gentile Collega, purtroppo nessun CCNL può modificare le regole che l'INPS stabilisce al riguardo delle tutele nei casi di maternità (e nel più ampio ambito della

genitorialità) e di malattia concomitante, così come per quanto concerne tutte le altre prestazioni dell'Istituto, sulla base degli ordinamenti di legge che disciplinano la materia.

La medesima considerazione, peraltro, vale anche per le prestazioni coperte da un altro importante Istituto di tutela del lavoro, come p. es. quelle garantite dall'INAIL in caso di infortunio.

Venendo al caso specifico, con la Circolare n. 8 del 17.1.2003 ["Prestazioni economiche di maternità di cui al D. Lgs. n. 151 del 26/03/2001 (T. U. sulla maternità). Chiarimenti."], l'INPS ha chiarito, in sostanza, che la malattia non interrompe l'astensione obbligatoria per gravidanza (congedo di maternità). Essendo un periodo di tutela inderogabile stabilito dalla legge, tale astensione prevale sulla malattia, e non può essere né sospesa né posticipata; l'unico caso di interruzione possibile, per questa prestazione INPS, è conseguente al ricovero del neonato in ospedale.

La malattia può invece interrompere il congedo parentale (tra cui rientra la maternità facoltativa), a patto di presentare il certificato medico al datore di lavoro, che – una volta inoltrato all'INPS – ne garantirà la fruizione al di fuori del periodo coperto dalla malattia.

Il link alla Circolare INPS n. 8 del 17.1.2003 consultabile sul Portale dell'Istituto:

<https://servizi2.inps.it/servizi/Bussola/visualizza-doc.aspx?sVirtuAlURL=/circolari/Circolare%20numero%208%20del%2017-1-2003.htm>

Sono un Medico Anestesista Rianimatore definitivamente Pensionato da quattro anni. Durante gli anni di specializzazione non ho percepito alcun emolumento. Mi è stato riferito che a suo tempo è stata posta in essere una vertenza sindacale perchè fosse riconosciuta la legittimità di una corresponsione di emolumenti a tutti i colleghi che negli anni di Specializzazione avevano frequentato e non avevano percepito alcunchè; la vertenza ha avuto un esito positivo per tutti i richiedenti. Desidero sapere se è ancora possibile rivolgere un'istanza tramite il Sindacato.

Negli ultimi vent'anni, a seguito di azioni collettive oppure attraverso ricorsi intrapresi individualmente, ci sono state diverse sentenze che hanno effettivamente riconosciuto ai ricorrenti il diritto alla "equa remunerazione per gli anni di specializzazione" riferibile alle Specializzazioni avvenute nel periodo 1978-2006 oppure (dato il diverso inquadramento del percorso accademico) dopo il 2006.

Tuttavia, pur non tralasciando il fatto che probabilmente la tua situazione (specializzazione avvenuta prima del 2006) avrebbe avuto forse qualche possibilità

di successo se avviata per tempo, senz'altro maggiore rispetto a situazioni diverse (specializzazioni avvenute dal 2006 in poi), ma senza alcuna garanzia, e a fronte di una spesa non trascurabile da sostenere per un Legale (con spese di cui nessuna sentenza anche favorevole ha mai riconosciuto il rimborso), la frequenza con la quale questi successi si è verificata è andata progressivamente scemando negli anni soprattutto a partire dal 2016.

Inoltre, va ricordato che per tutte le azioni legali finalizzate ad ottenere una sentenza favorevole in tal senso, così come per ogni rivendicazione del riconoscimento di un diritto in ambito civilistico, sussiste la questione "prescrizione", che al superamento dei 10 anni dal mancato riconoscimento (quindi nel caso specifico a decorrere dall'avvenuta specializzazione) lo fa inevitabilmente decadere, a meno che nel frattempo non ci sia stata una "messa in mora" nei confronti dell'Istituzione debitrice (sempre nel caso specifico lo Stato Italiano nella Presidenza del Consiglio dei Ministri, e – in solido – eventualmente l'Università presso la quale è stata conseguita la specializzazione). La "messa in mora" sarebbe almeno una contestazione formale, meglio se inoltrata tramite uno Studio Legale, nei confronti della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e – in solido – nei confronti dell'Università presso la quale avevi conseguito la specializzazione.

In conclusione, a nostro parere, nel tuo caso (a meno di una precedente "messa in mora", vedi sopra) le possibilità di ottenere successo sono purtroppo vicine allo zero.

Qualora invece la "messa in mora" ci fosse stata (e rinnovata alla scadenza di ogni 10° anno), sempre nel tuo caso, a nostro parere le possibilità sarebbero ad oggi inferiori al 15%, stando alle nostre conoscenze statistiche delle sentenze al riguardo.

Naturalmente sta a te sentire eventualmente un Legale al riguardo per un parere professionale di tipo civilistico.



Quesiti dal web

L'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)



Nella mia ASST, se la presenza continuativa supera le 6 ore e 30 minuti e non viene timbrata la pausa, il sistema detrae automaticamente 30 minuti. Esiste una procedura per attestare la mancata pausa e non subire la decurtazione?

Vexata Quaestio.

Di seguito alcuni riferimenti:

1 - Decurtazione 10 minuti da ogni turno di lavoro che superi le 6 ore: è obbligatoria (di norma) in base al D.Lgs 8 aprile 2003 n. 66 e s.m.i. (Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro)

Art. 8

Pause

1. Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, in difetto di disciplina collettiva che preveda un intervallo a qualsivoglia titolo attribuito, al lavoratore deve essere concessa una pausa, anche sul posto di lavoro, tra l'inizio e la fine di ogni periodo giornaliero di lavoro, di durata non inferiore a dieci minuti e la cui collocazione deve tener conto delle esigenze tecniche del processo lavorativo.

3. Salvo diverse disposizioni dei contratti collettivi, rimangono non retribuiti o computati come lavoro ai

fini del superamento dei limiti di durata i periodi di cui all'articolo 5 regio decreto 10 settembre 1923, n. 1555, e successivi atti applicativi, e dell'articolo 4 del regio decreto 10 settembre 1923, n. 1556, e successive integrazioni.

2 - Derghe: sono possibili deroghe (in base al ns CCNL, nel caso di specie il CCNL 23.01.2024, Triennio 2019-2021), nei casi di turnistiche di 12 ore continuative (tipicamente le "guardie", in base all'art. sotto riportato (non disapplicato nel vigente CCNL:

Art. 7 Confronto regionale

1. Ferma rimanendo l'autonomia contrattuale delle Aziende ed Enti nel rispetto dell'art. 40 del D.Lgs. n. 165/2001, le Regioni entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, possono emanare linee generali di indirizzo agli enti o aziende - anche per lo svolgimento del confronto aziendale e della contrattazione integrativa, ove previsti ai sensi dell'art. 9 (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie) - e dell'art. 6 (Confronto aziendale) nelle seguenti materie:

...

k) i criteri generali sulla programmazione dei servizi di emergenza ed in particolare, pronta disponibilità e di guardia.

Tali deroghe (regionali o aziendali) possono p. es. prevedere una fruizione dei 10 minuti di pausa p. es. dopo 8 ore e non 6 (p. es. se non erro nel Sistema GRU in Emilia-Romagna o nel Sistema WHR Toscano).

3) NOTA BENE: La pausa giornaliera di 10 minuti deve

essere obbligatoriamente fruita, se questi 10 minuti vengono decurtati, altrimenti è illegittima.

N.B.: la pausa di cui sopra (10 minuti) non è la “pausa mensa”! Questo aspetto va sottolineato poiché in molte Aziende il sistema di rilevazione delle presenze è programmato per effettuare automaticamente una decurtazione di 30 minuti, anche qualora questa durata (o superiore) NON venga “stimbrata”. Non solo: in alcune Aziende il sistema suddetto decurta 30 minuti anche qualora si “stimbrì” una durata inferiore ai 30 minuti SENZA fruire della mensa o comunque del pasto.

Tutto quanto sopra ben considerando che ogni decurtazione oraria soltanto “formale” (cioè consistente in una decurtazione dell’orario risultante nel sistema di rilevazione cui non corrisponda alcuna fruizione di “pausa” comunque denominata) è illecita e configura danno ingiusto sia sotto il profilo del diritto a fruirne sia sotto quello di un’indebita riduzione di un orario di lavoro effettivamente prestato.

Di seguito, p. e.s, un Estratto dal Verbale di confronto Regionale Emilia-Romagna conseguente alla firma definitiva del CCNL 23.01.2024:

Anche se “interna” al periodo lavorativo giornaliero, la pausa di cui all’art. 8 del D.Lgs. 66/2003 deve essere effettiva per potere assolvere alle sue molteplici funzioni, costituzionalmente rilevanti, ossia deve concretarsi in una reale interruzione dall’attività lavorativa, in un intervallo di inoperatività a tutti gli effetti, di durata predeterminata, non sacrificabile unilateralmente dal datore in base alle esigenze organizzative contingenti e non rimesso alla disponibilità del dirigente, salvo che per casistiche eccezionali e per esigenze di servizi da erogare con carattere di continuità. Il dirigente, tenuto conto dei significativi margini di autonomia e flessibilità di cui dispone nell’articolazione della propria presenza in servizio e tenuto conto delle indicazioni aziendali, dovrà quindi assicurare l’effettiva fruizione della pausa.

Ho conseguito la Specializzazione in Anestesia e Rianimazione negli anni 1979. Durante quegli anni non ho percepito alcun emolumento, come è successivamente accaduto per gli specializzanti in questa Disciplina. Mi è stato riferito che a suo tempo è stata posta in essere una vertenza sindacale perchè fosse riconosciuta la legittimità di una corresponsione di emolumenti a tutti i colleghi che negli anni di Specializzazione avevano frequentato e non avevano percepito alcunché; la vertenza ha avuto un esito positivo per tutti i richiedenti. Desidero sapere se è ancora possibile rivolgere un’istanza tramite codesto Sindacato.

Gentile Collega, negli ultimi vent’anni, a seguito di azioni collettive oppure attraverso ricorsi intrapresi individualmente, ci sono state diverse sentenze che hanno effettivamente riconosciuto ai ricorrenti il diritto alla “equa remunerazione per gli anni di specializzazione” riferibile alle Specializzazioni avvenute nel periodo 1978-2006 oppure (dato il diverso inquadramento del percorso accademico) dopo il 2006.

Tuttavia, pur non tralasciando il fatto che probabilmente la tua situazione (specializzazione avvenuta prima del 2006) avrebbe avuto forse qualche possibilità di successo se avviata per tempo, senz’altro maggiore rispetto a situazioni diverse (specializzazioni avvenute dal 2006 in poi), ma senza alcuna garanzia, e a fronte di una spesa non trascurabile da sostenere per un Legale (con spese di cui nessuna sentenza anche favorevole ha mai riconosciuto il rimborso), la frequenza con la quale questi successi si è verificata è andata progressivamente scemando negli anni soprattutto a partire dal 2016.

Inoltre, va ricordato che per tutte le azioni legali finalizzate ad ottenere una sentenza favorevole in tal senso, così come per ogni rivendicazione del riconoscimento di un diritto in ambito civilistico, sussiste la questione “prescrizione”, che al superamento dei 10 anni dal mancato riconoscimento (quindi nel caso specifico a decorrere dall’avvenuta specializzazione) lo fa inevitabilmente decadere, a meno che nel frattempo non ci sia stata una “messa in mora” nei confronti dell’Istituzione debitrice (sempre nel caso specifico lo Stato Italiano nella Presidenza del Consiglio dei Ministri, e – in solido – eventualmente l’Università presso la quale è stata conseguita la specializzazione). La “messa in mora” sarebbe almeno una contestazione formale, meglio se inoltrata tramite uno Studio Legale, nei confronti della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e – in solido – nei confronti dell’Università presso la quale avevi conseguito la specializzazione.

In conclusione, a nostro parere, nel tuo caso (a meno di una precedente “messa in mora”, vedi sopra) le possibilità di ottenere successo sono purtroppo vicine allo zero.

Qualora invece la “messa in mora” ci fosse stata (e rinnovata alla scadenza di ogni 10° anno), sempre nel tuo caso, a nostro parere le possibilità sarebbero ad oggi inferiori al 15%, stando alle nostre conoscenze statistiche delle sentenze al riguardo.

Naturalmente sta a te sentire eventualmente un Legale al riguardo per un parere professionale di tipo civilistico.

Sono anestesista libero professionista iscritto AA-ROI-EMAC. Nella struttura dove lavoro come Anestesista Rianimatore di guardia nella “bozza” dei turni di Luglio fra 20 giorni mi trovo con due turni

senza cambio designato per mancanza di personale (quasi completamente libero professionista). Trovandomi in una situazione antipatica in cui non posso abbandonare il posto di lavoro ma allo stesso tempo tutelarmi dal punto di vista medico legale come devo muovermi?

Dal quesito si evincerebbe che nel foglio turni le 2 "caselle" che seguono quelle in cui ti è stato assegnato il turno di servizio sono attualmente vuote. Al momento, tale mancanza può formalmente essere considerata semplicemente un "work in progress" rispetto alla completezza del foglio turni. Immagino che esso abbia un firmatario, ma anche se non l'avesse, la sua redazione resta comunque sotto la responsabilità del Direttore di UO. Ciò considerato, dato che mancano 20 gg al 1° di questi 2 turni, personalmente ne parlerei in modo franco ma collaborativo con il Responsabile, poi attenderei la soluzione del problema fino a qualche giorno dalla data, dopo di che, in mancanza del riempimento delle caselle mancanti con il nominativo di altro Collega, rappresenterei il problema formalmente, al Responsabile e p. c. alla Direzione Sanitaria, specificando che in entrambe le occasioni non potrò fermarmi oltre la fine del mio turno per il dovuto riposo anche in relazione al mio turno successivo. Da appurarsi, al proposito, se il contratto LP prevede specifiche clausole al riguardo che possano rafforzare questo principio comunque valevole (pur non potendo invocare specifiche normative di legge, che non esistono in ambito LP).

Se venisse messo un nome "fantasma" per coprire i buchi? Mi spiego meglio. Tappano la casella con un nome e questa persona non si presenta al cambio? Come ci si comporta?

Se ritieni che sussista questo rischio il mio gioco cambierebbe come segue:

1- segnalerei formalmente da subito (a turno ancora scoperto) al Responsabile e p. c. alla Direzione Sanitaria il rischio di doverlo coprire in mancanza di Collega già individuato (pre-informandone per correttezza il Responsabile);

2 - mi terrei pronto a coprire (obtorto collo, per "stato di necessità") il turno seguente al mio (sempre avendo segnalato formalmente questa eventualità come sopra);

3 - all'avvenimento effettivo del "doppio turno" ne informerei nuovamente la DS aggiungendo che lo stesso rischio si prefigura per il turno successivo.

Ovviamente tutto quanto sopra vale soltanto se tale rischio fosse per me inaccettabile. Diversamente, altrettanto ovviamente soprassederei al tutto.

Sotto il profilo della responsabilità medico legale, va tenuto presente che la ns Convenzione Assicurativa non pone problematiche al riguardo.

Vorrei informazioni in merito alla responsabilità per le procedure eseguite in tutoraggio dei colleghi assunti con Decreto Calabria e sull'obbligo al tutoraggio.

Nel mio ospedale, come ormai ovunque, sono arrivati a completamento dell'organico moltissimi colleghi specializzandi anche al 3° anno e il mio responsabile ha inviato revisione degli incarichi, compiti e responsabilità previsti per i dirigenti inserendo tra questi anche il tutoraggio, facendolo così rientrare nei compiti di ciascun strutturato specialista.

Vorrei capire se previsto nel contratto, se e come sia coperto da assicurazione in caso di incidente e quale sia la nostra responsabilità in merito.

I riferimenti contrattuali al riguardo sono nel CCNL del 23.01.2024, di cui si riportano gli articoli di interesse per l'argomento:

Art. 7 Confronto regionale

1. Ferma rimanendo l'autonomia contrattuale delle Aziende ed Enti nel rispetto dell'art. 40 del D.Lgs. n. 165/2001, le Regioni entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, possono emanare linee generali di indirizzo agli enti o aziende - anche per lo svolgimento del confronto aziendale e della contrattazione integrativa, ove previsti ai sensi dell'art. 9 (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie) - e dell'art. 6 (Confronto aziendale) nelle seguenti materie:

...

g) indirizzi in materia di riconoscimenti connessi allo svolgimento dell'attività didattica e di tutoraggio nell'ambito della formazione specialistica del personale destinatario del presente CCNL, secondo quanto previsto dal D. Lgs. n. 368/1999 e s.m.i.;

Art. 86 Assunzioni a tempo determinato ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145

...

10. Le aziende sanitarie presso le quali gli specializzandi sono assunti ne garantiscono il tutoraggio, ai sensi del D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. svolto rispettivamente dai dirigenti medici, medici veterinari e sanitari della struttura nominati dalla scuola, nelle forme indicate dall'Università d'intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture stesse. Il tutor nel corso dell'incarico stabilisce, sulla base delle competenze acquisite dallo specializzando e certificate secondo le modalità

stabilite dalla scuola, le attività assistenziali che lo specializzando può via via svolgere in autonomia secondo quanto in questo senso attestato dalla scuola stessa, ferma restando la necessità per il tutor stesso di intervenire tempestivamente in caso di necessità.

NOTA A MARGINE: in caso di contenziosi rientranti nelle ipotesi di medmal, essendo (peraltro) il tutoraggio un'attività prevista contrattualmente, la Convenzione Assicurativa Convenzionata dall'AA-ROI-EMAC non prevede alcuna limitazione o problematica al riguardo; naturalmente, in tali ipotesi, la specifica connotazione giuridica di eventuali specifiche responsabilità sarà ipotizzata in base a ciascun caso concreto (responsabilità "in vigilando", ovvero "in solido", ovvero di altra natura giuridica).

La definizione dell'organico medico nelle Rianimazioni in Italia non è stabilita da una normativa nazionale, ma da direttive regionali e aziendali. Gli standard di sicurezza e accreditamento richiedono requisiti specifici. Si esaminano le direttive del Decreto Donat Cattin, che prevedono 12 dirigenti per 8 posti letto, con un aumento di 5 per ogni modulo aggiuntivo. La Regione Sicilia indica 10 medici per 8 posti, suggerendo 20 per 16 posti. Nel mio ospedale, con 7 medici in rianimazione, l'obiettivo è aumentare i posti letto a 16, con l'integrazione di 3 medici assunti tramite decreti Calabria. Avete dei criteri da fornire per fare un calcolo della dotazione organica da avere?

10 medici per 8 posti significa che (tenuto conto dell'orario annuo contrattualmente dovuto, nonché delle assenze a vario titolo ricomprese nelle 38 ore, p. s. ferie, congedo anestesilogico, etc., nonché di un "normale" tasso di assenze ad altro titolo) circa 5,8 di essi occorrono per assicurare una presenza continuativa di un AR h24 365 gg all'anno.

Ciò significa che praticamente altri 4 possono ruotare, in aggiunta all'AR di cui sopra, all'interno del medesimo arco orario. Nel caso in questione, da CCNL il 7° AR in servizio può assicurare in media una presenza in servizio pari a poco più di 4,3 ore al giorno per 365 gg all'anno (ovvero pari a poco più di 6,5 ore x 5gg a settimana).

Mi pare una dotazione di personale non "abbondante", a prescindere dal n. di posti letto attuali (non specificati del quesito).

Comunque, la norma nazionale alla quale fare riferimento è il D.M. 13 settembre 1988 (emanata dal Ministero della Salute), consultabile ai link sotto:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1988/09/24/088A3830/sg>

che all'art.3 prescrive:

A.1. Terapia intensiva autonomamente strutturata

*A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto
unità di personale medico: 12;*

unità di personale infermieristico: 24.

*A.1.2. Per ogni modulo successivo di 8 posti letto;
unità di personale medico: 5;*

unità di personale infermieristico: 24.

non lasciando intendere con chiarezza quanti medici di guardia debbano essere presenti contemporaneamente.

Dalle Linee Guida AAROI-SIAARTI del 1996 (Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per i Reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva e per i Reparti di Terapia SubIntensiva – Terapie Intensive polivalenti del Presidio Ospedaliero delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere), che recitano: «Per un "reparto tipo" di 8 posti letto si ritiene indispensabile la presenza di un Anestesista Rianimatore 24 ore su 24 potenziata nei giorni feriali, da altri due Anestesisti Rianimatori, uno dei quali con funzioni di coordinamento nelle ore mattutine (8-14), e da un Anestesista Rianimatore nelle ore pomeridiane (14-20). Il sabato, la domenica ed i giorni festivi infrasettimanali l'Anestesista Rianimatore di turno dovrà essere coadiuvato da un secondo nelle ore mattutine (8-14)».

Per ottemperare a queste esigenze occorre essere in grado di erogare 14.650 ore lavorative annue, comprensive di 2 ore giornaliere necessarie per il passaggio delle consegne.

In effetti, tali linee guida parlano di "moduli da 8 posti-letto" e di moduli aggiuntivi di altri 8 posti letto, e quindi considerano la dotazione organica di altri 5 medici e 24 infermieri necessaria al 2° modulo e successivi solo "a moduli" di 8 posti- letto, ma non per "moduli" inferiori a 8.

In altre parole, tra 8 e 15 posti-letto né la normativa citata né le Linee Guida suddette stabiliscono la necessità di personale medico e infermieristico oltre rispettivamente le 12 + 24 unità.

Tale necessità potrebbe comunque essere sostenuta anche in base al carico di lavoro effettivo di quella specifica UOC, che non è solo legato ai posti-letto (per esempio consulenze, attività in C. O. 118, etc.).

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.



COSMEU

Coordinamento Specializzandi
Medicina d'Emergenza-Urgenza

LINEA DI CONFINE IL WEBINAR

**21 SETTEMBRE 2026
17.30 - 19.00**

Casi clinico-legali in Emergenza

Quando la clinica incontra la responsabilità

AARO IEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

