

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
2025
2
Anno XLVI

SAQURE 2025 buona (anche) la sesta!



**Gli eventi
Intersindacali
a Genova e Bologna**

**Novità.
Il Corso di Rianimazione
Neonatale per AR**

**Riposi, le risposte
del Presidente
Nazionale**

Sommario

3 **Editoriale**
Un CCNL 2022-24 ancora in alto mare

4 **SaQuRe 2025**
Sesta edizione, sesto successo!

18 **Intersindacale**
Due eventi a Genova e Bologna

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

22 **Formazione**
Il Corso di Rianimazione neonatale per Anestesisti Rianimatori

24 **Riposi**
Le risposte del Presidente Nazionale

AARO-EMAC risponde

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

31 - **Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr



LinkedIn



Instagram

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile

Dr ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori

Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI

Dr LUIGI DE SIMONE

Dr GIANLUIGI MORELLO

Comitato di Redazione

Dr GIAN MARIA BIANCHI

Dr 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

Redazione

Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:

Roberto Spiga

Foto:

Archivio AARO-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 16-04-2025



Un CCNL 2022-24 ancora in alto mare

“L’apertura della contrattazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2022-2024 è ancora in attesa dell’Atto di Indirizzo, passaggio indispensabile per dare inizio al confronto negoziale, senza che ancora siano stati risolti alcuni nodi che da troppi mesi giacciono irrisolti, ad iniziare dal mancato stanziamento dell’incremento dell’indennità di specificità a favore dei dirigenti sanitari, che la Legge di Bilancio 2025 aveva dimenticato, e dal rinvio al 2026 di un vero pur contenuto adeguamento di questa voce fondamentale dello stipendio soltanto per i medici. In mancanza di un intervento correttivo di questa sperequazione, che richiede risorse extra-contrattuali apposite, essa rischia di riverberarsi anche sui medici, una volta avviata la trattativa per il rinnovo, a causa di prevedibili ostacoli difficilmente superabili qualora questo non avvenisse”.

Con questo messaggio l’11 Aprile abbiamo voluto chiudere SAQURE 2025, il Meeting annuale dell’AAROI-EMAC, che ha riunito a Roma professionisti e rappresentanti del mondo della sanità per discutere di qualità, sicurezza e valorizzazione delle competenze nell’ambito dell’Area Critica. Il nostro appuntamento annuale - che anche questa volta ha riscontrato un grande interesse sia da parte delle Colleghe e dei Colleghi, sia da parte dei Rappresentanti di Istituzioni e della Politica che sono intervenuti nel corso della Sessione Istituzionale - ci è sembrato il luogo opportuno per dire la nostra sul prossimo CCNL.

Resta ferma, infatti, la richiesta dell’AAROI-EMAC, già condivisa più volte congiuntamente con le altre Sigle Sindacali della Dirigenza del SSN, che l’Atto di Indirizzo, dopo una gestazione a tutt’oggi sospesa, veda finalmente la luce, prevedendo adeguati meccanismi per un’allocazione degli aumenti nelle buste paga, ma potendoli anche rendere più consistenti grazie a soluzioni tecniche che possono prefigurarsi solo sulla base di contestuali ulteriori stanziamenti economici rispetto a quelli già ad oggi prefissati. Nemmeno il CCNL vigente, che vogliamo ricordare esser stato siglato a triennio ampiamente già scaduto, è bastato infatti a far recuperare una perdita del potere d’acquisto iniziata con il blocco contrattuale durato dal 2010 al 2019 e che da allora non è più stato riportato a valori sufficienti ad impedire le fughe dei medici dal pubblico verso il privato, soprattutto per quanto concerne quelli con limitate possibilità di attività libero-professionali al di fuori delle mura ospedaliere.

D’altro canto, senza il rinnovo del CCNL per il triennio 2022-2024 resta rinviato a data da destinarsi quello per il periodo 2025-2027, che anch’esso, di questo passo, continuerà la tradizione di un rinnovo dopo la sua scadenza triennale, che ormai disperiamo possa mai interrompersi.

Ribadiamo, inoltre, la necessità di una valorizzazione economica specifica per le discipline impegnate nell’Area Critica, che richiedono competenze altamente specialistiche e garantiscono prestazioni essenziali in contesti ad alta intensità assistenziale. Sotto questo profilo, rinnoveremo le nostre richieste affinché l’indennità prevista per chi opera nei Pronto Soccorso venga meglio delimitata solo a quelli accreditati come tali, estendendola anche agli Anestesisti Rianimatori in servizio specificatamente dedicato all’Emergenza IntraOspedaliera, oltre che ai Colleghi che lavorano nei Servizi di Emergenza-Urgenza PreOspedaliera - 118, il cui ruolo è altrettanto strategico.

Vedremo nei prossimi giorni se il nostro messaggio sia arrivato. Non ci attendiamo una risposta diretta, ma certamente occorrono segnali che ci diano un riscontro. Come di consueto saremo molto attenti e pronti ad aggiornarvi.

Vi esorto a leggere e a guardare le foto del Meeting pubblicate nelle prossime pagine e a guardare i video pubblicati su sito e social AAROI-EMAC.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

SAQURE

safety quality reliability



SaQuRe 2025: sesta edizione, sesto successo!

Il Meeting annuale dell'AAROI-EMAC, si è tenuto dal 9 all'11 aprile 2025 al Crowne Plaza di Roma con oltre 300 Specialisti e Specializzandi in Anestesia e Rianimazione e in Medicina d'Emergenza-Urgenza. È stata un'importante occasione di aggiornamento e confronto, aperta anche agli Infermieri di Area Critica, in cui si è discusso delle più recenti innovazioni e delle sfide nell'ambito della sicurezza e della qualità delle cure.

L'edizione 2025, la sesta, è stata dedicata a un tema di grande rilevanza: **"Innovazioni e Sinergie in Area Critica: i Professionisti, le tecnologie, i farmaci, l'organizzazione delle procedure. Updates in Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore, Medicina di Emergenza-Urgenza"**.

Un focus su innovazione e organizzazione, con l'obiettivo di individuare le migliori strategie per ottimizzare le risorse umane e tecnologiche nei settori chiave del Servizio Sanitario Nazionale.

Anche quest'anno sono stati invitati Esponenti Politici e Rappresentanti delle Istituzioni per un confronto sulle principali criticità del SSN e sulla sua sostenibilità a conferma che uno degli aspetti distintivi del Meeting SaQuRe è l'interlocuzione diretta con il mondo politico e istituzionale. In primo piano anche temi di attualità come la violenza contro gli operatori sanitari, di cui si è parlato in una tavola rotonda.

Nel corso dell'evento sono state approfondite, con rispettivi focus, diverse tematiche:

- **la Gestione dell'Emergenza-Urgenza PreOspedaliera:** dalla strada al pronto soccorso, il ruolo dell'elisoccorso, e la protezione civile nelle maxiemergenze;
- **la Sicurezza nei Blocchi Operatori, in Terapia Intensiva, e nei Pronto Soccorso:** la gestione del dolore e l'implementazione della qualità delle cure;
- **la Bioetica e la Donazione d'Organi:** etica e fine vita, trapianti e percorsi di donazione;
- **l'Innovazione e la Formazione Continua:** il ruolo della simulazione nella formazione specialistica per la gestione degli eventi critici.

Alla **Simulazione Medica Avanzata ad alta fedeltà** sono stati dedicati **11 Workshop**.

Il Meeting è stato inoltre un'occasione per affrontare tematiche centrali come il benessere lavorativo, le tutele assicurative e le normative contrattuali, con l'obiettivo di migliorare le condizioni dei professionisti e, di conseguenza, l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario.



È possibile rivedere la Sessione Inaugurale del Meeting al seguente link:

<https://www.youtube.com/watch?v=ZmUZzzSe2pk>

Nelle prossime pagine una selezione di foto dei tre giorni, altre foto sono pubblicate sul sito AAROI-EMAC.

SESSIONE ISTITUZIONALE

La prima giornata del Meeting AAROI-EMAC si è aperta con i saluti del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, **Alessandro Vergallo**, della Presidente SIAARTI, **Elena Giovanna Bignami**, del Responsabile Scientifico del Meeting **Emanuele Iacobone** e del Responsabile del Comitato Congressi SIAARTI, **Franco Marinangeli**. È stato trasmesso il video messaggio del **Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci** (disponibile al link: <https://www.youtube.com/watch?v=oa9hU79hJpY>). Sono, inoltre, intervenuti l'Onorevole **Marco Furfaro** - Commissione Affari Sociali della Camera, l'Onorevole **Andrea Quartini** - Commissione Affari Sociali della Camera, l'Onorevole **Gian Antonio Girelli** - Commissione Affari Sociali della Camera, l'Onorevole **Simona Loizzo** - Commissione Affari Sociali della Camera, la Senatrice **Elisa Pirro** - Commissione Bilancio del Senato, la Senatrice **Elena Leonardi** - Commissione Sanità del Senato, **Valentina Ummarino**, Dirigente della Direzione delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del SSN - **Alessandro Ridolfi**, Direttore Generale della Regione Lazio.

Nel corso della Sessione - che ha affrontato temi collegati all'ambito sanitario e in particolare al lavoro dei professionisti sanitari - si è parlato di sicurezza sul lavoro con Patrizio Rossi, Sovrintendente Sanitario Centrale INAIL, di trapianti d'organi con Giuseppe Feltrin, Direttore Generale del **Centro Nazionale Trapianti** - ISS, di Protezione Civile con **Pasquale Ciacciarelli**, Assessore Protezione Civile Regione Lazio, Cyber security e Sanità con **Gerardo Costabile**, Executive Vice Presidente Dinova, Gruppo Maggioli e di Responsabilità Professionale con **Emanuele Di Salvo** con il Presidente della quarta Sezione Penale della Corte Suprema di Cassazione.

Si è infine svolta la tavola rotonda sulle Strategie di Prevenzione contro la Violenza sugli Operatori Sanitari con **Filippo Saltamartini**, Assessore alla Sanità Regione Marche, **Claudio Martini**, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona e il video messaggio di **Guido Bertolaso**, Assessore Welfare Regione Lombardia.



*Ministro della Salute
Prof. Orazio Schillaci*

*Dr Alessandro Vergallo,
Presidente AAROI-EMAC,
Dr Emanuele Iacobone
Responsabile Scientifico,
Prof. Franco Marinangeli
Responsabile del Comitato
Congressi SIAARTI*



*Prof.ssa Elena Giovanna Bignami
Presidente SIAARTI*



*Onorevole Marco Furfaro
Commissione Affari Sociali della Camera*



*Onorevole Andrea Quartini
Commissione Affari Sociali della Camera*



*Onorevole Simona Loizzo
Commissione Affari Sociali
della Camera*



*Onorevole Gian Antonio Girelli
Commissione Affari Sociali della Camera*



*Senatrice Elisa Pirro
Commissione Bilancio del Senato*





*Senatrice Elena Leonardi
Commissione Sanità del Senato*

*Pasquale Ciacciarelli
Assessore Protezione Civile
Regione Lazio*



*Claudio Martini
Direttore Sanitario Azienda
Ospedaliero Universitaria Ospedali
Riuniti di Ancona*
*Filippo Saltamartini
Assessore alla Sanità Regione Marche*



*Guido Bertolaso
Assessore Welfare Regione Lombardia*





*Valentina Ummarino
Dirigente della Direzione
delle professioni sanitarie
e delle politiche in favore del SSN*



*Patrizio Rossi
Sovrintendente Sanitario Centrale INAIL*

*Alessandro Ridolfi
Direttore Generale
della Regione Lazio*



*Gerardo Costabile
Executive Vice Presidente
Dinova, Gruppo Maggioli*





*Giuseppe Feltrin
Direttore Generale
del Centro Nazionale Trapianti – ISS*

*Emanuele Di Salvo
Presidente della quarta Sezione Penale
della Corte Suprema di Cassazione*



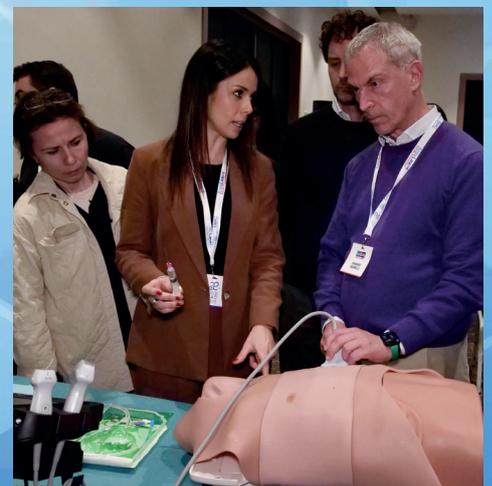
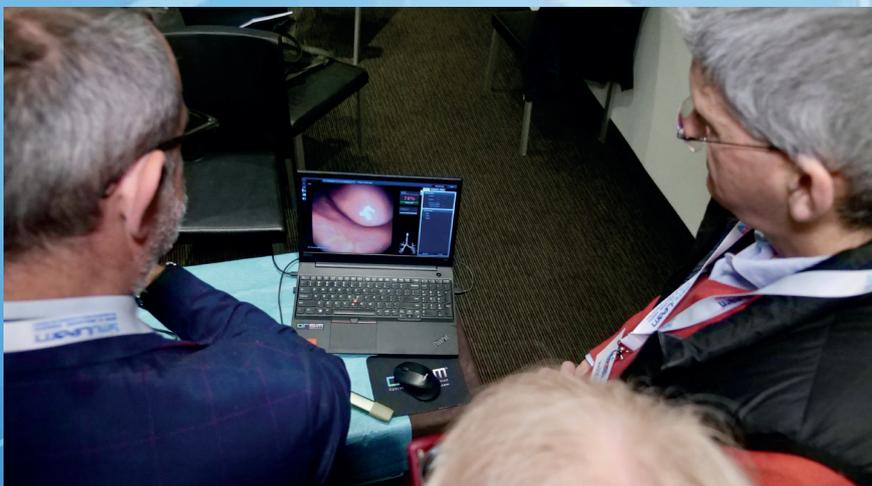
LE SESSIONI DEL 10 E 11 APRILE

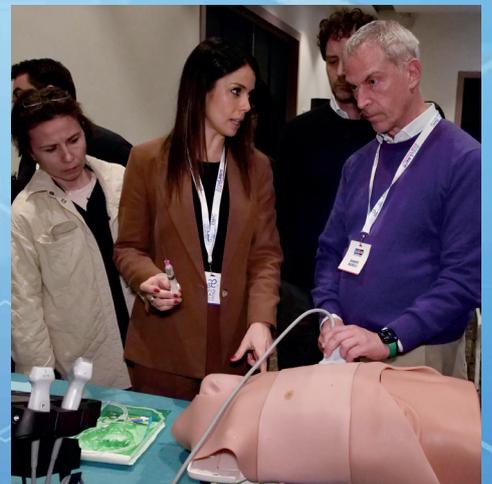
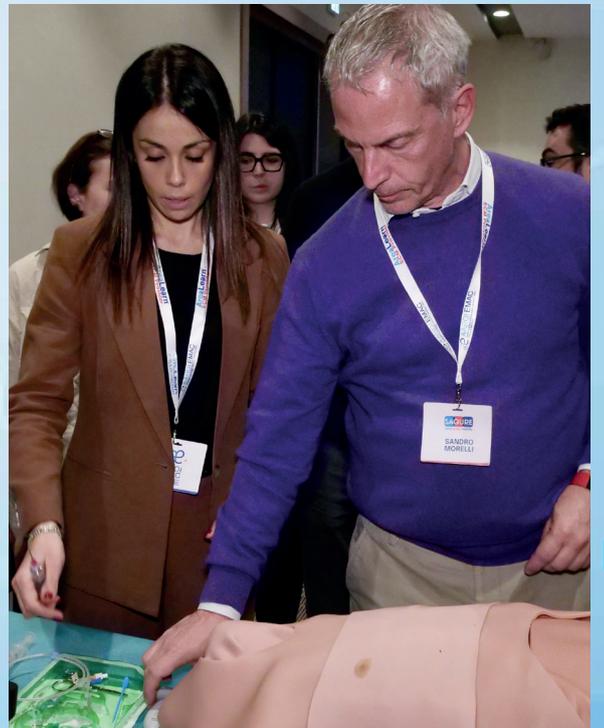






I WORKSHOP





IA e robotica per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, l'abstract vincitore di SAQURE 2025

Al meeting SAQURE 2025 tra tutti i lavori scientifici pervenuti sono stati selezionati tre abstract che più di altri hanno risposto ai temi del Meeting.

Robot collaborativi e intelligenza artificiale per prevenire le infezioni ospedaliere (ICA), migliorando l'igiene dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva. È in sintesi il **Progetto Copernico Prismed** della ASP di Siracusa riconosciuto come miglior abstract di SAQURE 2025. Il lavoro è stato sviluppato da Chiara Zangara, Angelo Pezzino e Carmelo Gigliuto che al Meeting ha presentato il progetto. Tutti gli autori sono Anestesiisti Rianimatori dell'UOC di Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero Umberto I dell'ASP di Siracusa, insieme al loro Direttore, il Dr Francesco Oliveri.

Le ICA sono spesso causate da cure infermieristiche omesse per carenze organizzative e di personale. Il sistema robotico, gestito da OSS formati, standardizza l'igiene del paziente e registra dati clinici rilevanti. Con il supporto del Digital Twin e della realtà aumentata, il personale può essere formato tramite simulazioni avanzate. I dati raccolti vengono analizzati con strumenti predittivi per adeguare i protocolli in tempo reale. Il progetto si articola in tre fasi: installazione, implementazione software e monitoraggio. I risultati attesi includono minori infezioni, riduzione dell'uso di antibiotici e maggiore efficienza. Si punta anche al miglioramento del benessere di pazienti e famiglie. In questo lavoro, gli autori hanno contribuito attivamente alle innovazioni in ambito di Terapia Intensiva, coinvolgendo diversi professionisti e potenziando le tecnologie, con l'obiettivo di ottimizzare l'organizzazione delle procedure. Il progetto ha pienamente rispecchiato il tema principale dell'edizione di quest'anno.

Il premio di quest'anno è la partecipazione gratuita, per uno degli autori del lavoro, ad un Evento Formativo Residenziale ECM di Simulazione Medica Avanzata presso il Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna. Tra gli abstract pervenuti sono stati selezionati per la presentazione in sede congressuale altri due progetti: **Gestione delle emergenze in pista da sci: sviluppo di competenze avanzate attraverso un corso integrato e "DO NOT RESUSCITATE": analisi delle percezioni degli operatori sanitari di fronte a nuove forme di espressione della volontà.**

Il primo mira a formare personale sanitario alla gestione delle emergenze sulle piste da sci, sviluppando competenze specifiche per operare in condizioni

ambientali difficili e mutevoli. È stata posta attenzione alla capacità di adattamento nell'applicare algoritmi di gestione del paziente critico. La formazione ha puntato a sviluppare competenze tecniche avanzate, resilienza operativa e flessibilità decisionale, con un focus sul lavoro di squadra e sull'applicazione di strategie basate su principi di less is more.

In collaborazione con SIIET, AAROI-EMAC, SNAMED e SNATE del CNSAS, è stato messo a punto un corso articolato in una fase di FAD, seguita da una parte in presenza così organizzata: 4 skill station (acquisizione di competenze tecniche specifiche), 4 scenari complessi e 1 maxi-emergenza (testare la capacità di risposta in situazioni di crisi), 10 istruttori e 1 direttore, 2 time-keeper. Il Progetto è stato presentato da Francesca Verginella del SORES FVG, Claudia Dallari della Rianimazione e 118, Ospedale Maggiore di Bologna, Alberto Di Martino del 118 AUSL di Parma, Andrea Andreucci, Presidente SIIET, SET 118 AUSL della Romagna.

Guarda il video del Corso al link:

<https://www.youtube.com/watch?v=zLMXagsOsXI>

L'altro progetto ha l'obiettivo di indagare l'esperienza e il pensiero dei professionisti sanitari impiegati sia in ambiente extraospedaliero che intraospedaliero nelle nuove forme di espressione della volontà come nel caso – è l'esempio fatto – di un uomo di circa 70 anni, privo di coscienza, senza documenti né parenti e con un tatuaggio sul petto recante la scritta "DO NOT RESUSCITATE", sottolineata e firmata. In un'indagine condotta tra novembre e dicembre 2024 su 254 operatori sanitari, il 60,6% ha dichiarato che inizierebbe comunque la rianimazione cardiopolmonare, mentre il 39,4% rispetterebbe la volontà espressa. Il 70,1% teme ripercussioni legali se omettesse l'intervento. Nessuno degli intervistati ha mai affrontato un caso simile, ma l'assenza di una normativa chiara contribuisce all'incertezza. I professionisti tendono quindi a un approccio cautelativo. Questo caso sottolinea l'urgenza di un dibattito legislativo che definisca la validità di dichiarazioni di volontà espresse in forme non convenzionali, come i tatuaggi, per tutelare sia i pazienti che gli operatori sanitari. Il lavoro è stato presentato da Marzia Achilli dell'Usl Umbria 2, Dip. Emergenza e Urgenza Territoriale – SET 118 di Terni, Andrea De Vita – Heart Life Croce amica, Servizio di Emergenza e Urgenza Territoriale di Viterbo, Alessandra Solini, Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118, UOC Territoriale Lazio 1 di Roma, Stefano Innocenzi dell'Ospedale UOTC Lazio 2 di Viterbo.



A Genova e Bologna due eventi dell'Intersindacale

Si sono svolti nei giorni scorsi a Genova e a Bologna due eventi dell'Intersindacale dei Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari, organizzati dalle rispettive Sezioni Regionali con la presenza dei Segretari e Presidenti Nazionali.

Il 29 Marzo 2025 – Genova

Si è svolto il 29 Maggio a Genova il convegno organizzato dall'Intersindacale Liguria (Sezioni Regionali AAROI-EMAC, Fassid, FVM, FP Cgil Medici e Dirigenti sanitari, Uil FPL Area medica) dal titolo: *"La figura del Dirigente medico, veterinario e sanitario nel SSN: ruolo sindacale e nuove prospettive contrattuali"*.

Durante la giornata si è tenuta la Tavola rotonda:

"Il CCNL Dirigenti medici, Sanitari e Veterinari 2022-2024:

lo stato dell'arte, dialogo tra sindacati e istituzioni", con focus su: Atto di indirizzo, Confronto Regioni-Governo, Criticità applicative del CCNL 2019-2021 nella quale sono intervenuti: Alessandro Vergallo – Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Andrea Filippi – Segretario nazionale FP Cgil Medici e Dirigenti sanitari, Aldo Grasselli – Presidente FVM, Giulio Argalia – Coordinatore nazionale FASSID area medica, Roberto Bonfli – Segretario nazionale UIL FPL Elisa Porcile, Presidente AAROI EMAC Liguria, ha tenuto la relazione: *"Agire il CCNL nei luoghi di lavoro: l'importanza della contrattazione decentrata e del confronto tra territori"*.



A Bologna si è svolta il 2 Aprile l'Assemblea Intersindacale dei Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari dell'Emilia-Romagna (Sezioni Regionali Aaroi-Emac, Fassid, Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN, Fvm, Uil Fpl Medici e Veterinari). Durante l'incontro sono stati affrontati temi cruciali di natura normativa, organizzativa e contrattuale, con un'attenzione particolare alle esigenze concrete delle Colleghe e dei Colleghi. Un'occasione preziosa per raccogliere feedback sulla realtà lavorativa e per rafforzare il dialogo tra le diverse rappresentanze.

In particolare si è parlato di Orario di lavoro, Eccedenze di orario, Risorse e rinnovi contrattuali con i Rappresentanti Regionali, per l'AAROI-EMAC il Presidente Emilia-Romagna, Matteo Nicolini e i Segretati e Presidenti Nazionali: Alessandro Vergallo – Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Zairo Ferrante – Coordinatore interregionale Nord FASSID-SNR, Andrea Filippi – Segretario Nazionale Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN, Aldo Grasselli – Presidente FVM, Roberto Bonfilii – Coordinatore Nazionale Uil Fpl Medici.



AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

Ospedale di Latisana: NO dell'Intersindacale alle esternalizzazioni

A seguito dell'assemblea del 25 marzo 2025 di tutte le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza medica e del Comparto, UIL FPL, NURSIND, FP CGIL, AAROI EMAC, ANAAO ASSOMED, CIMO – FESMED, FVM denunciano con forza il progressivo smantellamento dell'Ospedale di Latisana e la compromissione del suo ruolo essenziale come presidio di urgenza per la Bassa Friulana. Questa struttura rappresenta un pilastro fondamentale per la salute pubblica dell'intero territorio servito da ASUFC, e il suo indebolimento mette seriamente a rischio l'efficacia del Servizio Sanitario Pubblico.

Le attuali politiche di esternalizzazione dei servizi pubblici, invece di fornire un reale supporto all'ospedale, stanno aggravando la già critica situazione del personale, alimentando la fuga di professionisti e mettendo ulteriormente a rischio la tenuta del sistema sanitario locale. La mancanza di una pianificazione efficace ha prodotto negli anni una carenza strutturale di risorse umane, e le recenti decisioni non fanno che peggiorare questa emergenza.

A tutto questo si aggiunge l'assenza totale di confronto con le Organizzazioni Sindacali, e l'omertà su un piano segreto già deciso molti mesi fa, ulteriori elementi di preoccupazione per il personale sanitario, che si vede denigrato ed escluso da decisioni di enorme impatto sulla propria professione e sulla qualità del servizio offerto ai cittadini.

Facciamo appello alle Istituzioni locali e alla Direzione Aziendale affinché venga avviato un confronto serio e trasparente con le Associazioni di Categoria, chiarendo i percorsi di trasformazione in atto e garantendo un futuro sostenibile per il Servizio Sanitario Pubblico in Bassa Friulana. È inaccettabile che decisioni di tale portata vengano imposte dall'alto senza il minimo coinvolgimento delle parti sociali.

Denunciamo con fermezza questo ennesimo tentativo di smantellare la sanità pubblica con modalità di intermediazione di lavoro non controllata, svincolata dai contratti della Sanità, con sfruttamento di manodopera straniera, senza alcuna verifica di qualità e senza assunzione di responsabilità da parte di ASUFC, tutto ad esclusivo vantaggio di enti privati

solamente interessati al lucro.

Invece di investire sul personale e rendere il sistema sanitario regionale più attrattivo e competitivo, si preferisce destinare ingenti risorse economiche a società private, frammentando i percorsi assistenziali, precarizzando il lavoro e mettendo a rischio la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.

Questa politica non rappresenta una soluzione, ma un problema. Non accetteremo mai che il servizio di emergenza-urgenza territoriale come il Pronto Soccorso venga affidato a soggetti privati tramite appalti. Deve restare integralmente in capo ad ASUFC e gestito dal suo personale, senza eccezioni. Lo stesso principio vale per l'assegnazione dei codici di triage e la valutazione clinica dei pazienti che devono rimanere una prerogativa esclusiva dei dipendenti ASUFC.

La nostra posizione è chiara: i fondi pubblici destinati alla sanità devono essere investiti nel potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, attraverso una programmazione a lungo termine che garantisca organici adeguati, migliori condizioni di lavoro e retribuzioni competitive. Solo così sarà possibile costruire un sistema sanitario solido, capace di rispondere ai bisogni della collettività e di resistere alle pressioni delle privatizzazioni.

Qualora non avremo risposte concrete in merito alle nostre rivendicazioni siamo pronti a proclamare lo stato di agitazione di tutto il personale di ASUFC.

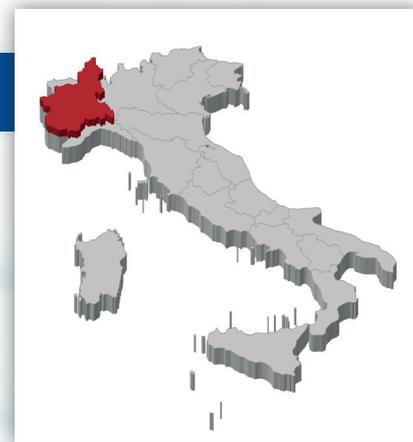
Non accetteremo compromessi e continueremo a difendere la salute della popolazione e la dignità dei lavoratori che, con professionalità e dedizione, hanno garantito il servizio per anni.

Latisana, 25 marzo 2025

Le Segreterie

UIL FPL, NURSIND, FP CGIL, AAROI EMAC, ANAAO ASSOMED, CIMO FESMED ACOI AUGOI ANPO CIDA, FVM





Intersindacale Piemonte: richiesta urgente di confronto

L'Intersindacale Piemonte - Federazione CIMO-FESMED ANAAO-ASSOMED AAROI-EMAC FP CGIL CISL-MEDICI UIL FPL - ha inviato una PEC al Commissario A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino con richiesta di risposta entro 30 giorni in cui ribadiscono l'urgente necessità di avviare relazioni sindacali adeguate su tematiche di particolare rilevanza.

Di seguito l'incipit del Documento inviato, disponibile al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=37910>

FEDERAZIONE
CIMO-FESMED
IL SINDACATO DEI MEDICI
Federazione Sindacale Medici Dirigenti
ANPO-ASCOTI CIMO CIMOP FESMED

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica
Organizzazione Sindacale Nazionale

FP
CGIL

CM
FEDERAZIONE
CISL-MEDICI

UILFPL

INTERSINDACALE DIRIGENZA SANITARIA
A.O.U. "Città della Salute e della Scienza" di Torino

Alla c.a.

Dott. Thomas Schael

Commissario

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

E p.c.

Dott.ssa Antonella Esposito

S.C. Pianificazione, Sviluppo e Attuazione delle
Politiche del Personale

S.S. Trattamento Economico e Relazioni Sindacali

LORO SEDI

Oggetto: Richiesta urgente di confronto – Diffida

Le scriventi OO.SS., profondamente amareggiate per le modalità comunicative adottate dall'attuale Direzione Aziendale, nella persona del Commissario Dott. Thomas Schael, ribadiscono l'urgente necessità di avviare relazioni sindacali adeguate su tematiche di particolare rilevanza, come di seguito elencate.

Pronte disponibilità – Art. 30, comma 3, CCNL 2019-2021.

Ad oggi risultano attivati numerosi turni di pronta disponibilità feriali (sia mattutini che pomeridiani) in evidente contrasto con la normativa contrattuale sopra citata, entrata in vigore il **23 gennaio 2024**. Analogamente risultano pronte disponibilità assegnate contemporaneamente su più presidi, anch'esse palesemente in violazione delle disposizioni contrattuali. Ancor più grave risulta la presenza di pronte disponibilità sovra-aziendali (come nel caso dei trapianti), che si ritengono assolutamente illecite.

Con la presente, si diffida formalmente la Direzione Aziendale a procedere con l'immediata riorganizzazione dei servizi al fine di garantire il pieno rispetto delle norme contrattuali relative al servizio di pronta disponibilità.

prosegue su <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=37910>

Corso di Rianimazione neonatale per Anestesisti Rianimatori

Il 10 Maggio 2025 nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna si svolgerà un Corso di Rianimazione neonatale organizzato in collaborazione con la Società Italiana di Neonatologia (SIN). Il Corso, al debutto in questa sua edizione, ma che si affianca a quelli di analogo argomento già da tempo offerti dal nostro Centro, ha lo scopo di far acquisire ai Medici Anestesisti Rianimatori che operano nel campo della neonatologia le tecniche di rianimazione del neonato in Sala Parto così come definite ed applicate dai Colleghi Neonatologi, e fungerà da ulteriore sviluppo delle nostre offerte formative in quest'ambito, oltre a costituire un'occasione di confronto multidisciplinare per implementare le capacità di Team working e per future collaborazioni tra la nostra Associazione e la SIN ai fini di una miglior integrazione delle competenze professionali nei due ambiti specialistici nell'ambito più generale delle cure neonatali. La valutazione finale del Corso si avvarrà di un "megacode". Al superamento della prova, verrà rilasciato il certificato di Esecutore SIN.

ISCRIZIONI E INFORMAZIONI <https://site.corsizio.com/event/67da8caf00cd6ddcceb133d>



**CORSO DI
RIANIMAZIONE
NEONATALE PER
ANESTESISTI
RIANIMATORI**

BOLOGNA
10 MAGGIO 2025

 **SIN**
Società Italiana di
Neonatologia

 **AAROIEMAC**
Associazione Anestesisti Filanimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

CEU 2025 – Quota di partecipazione riservata agli Iscritti AAROI-EMAC

In occasione del Congresso Nazionale Emergenza Urgenza che si terrà al Palacongressi di Rimini dall'8 al 10 Maggio 2025, è prevista una quota di partecipazione speciale per le Iscritte e gli Iscritti all'AAROI-EMAC.

Per poter usufruire dello sconto è possibile iscriversi online autonomamente inserendo nell'apposito campo il codice coupon riservato all'Associazione disponibile al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=37314>

Tutte le informazioni e le iscrizioni al seguente link: www.congressoemergenza.it



8-10 Maggio 2025
Palacongressi, Rimini

3 QUESITI sui RIPOSI con relative RISPOSTE

QUESITO 1. Per quanto concerne la Legge 161 sui riposi, se si lavora in regime di incentivazione (prestazioni aggiuntive ospedaliere, ma anche 118) si può fare il turno mattutino (in ordinario per esempio) e poi, a distanza di 6 ore, fare il turno notturno in incentivo? Oppure fare la mattina in incentivo e, a seguire, la notte in ordinario?

La RISPOSTA al quesito è "SI", in via applicativa derogatoria al CCNL vigente, Art. 27 Comma 13 che richiama il D.Lgs 66/2003 [Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro], sotto riportato:

13. Il dirigente ha diritto ad un periodo di riposo consecutivo giornaliero non inferiore a 11 ore per il recupero delle energie psicofisiche fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 17.

Ma rispettando il recupero riposo previsto dal CCNL vigente, Art. 27 Comma 17 sotto riportato:

Al fine di garantire la continuità assistenziale, da parte del personale dirigente addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure delle strutture ospedaliere, nonché ai servizi territoriali, l'attività lavorativa dedicata alla partecipazione alle riunioni di reparto e alle iniziative di formazione obbligatoria determina la sospensione del riposo giornaliero. Il recupero del periodo di riposo non fruito, per il completamento delle undici ore di riposo, deve avvenire immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso. Nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito nei successivi sette giorni fino al completamento delle undici ore di riposo. Le previsioni di cui al presente comma si applicano anche nello svolgimento dell'attività libero professionale.

QUESITO 2. Si può effettuare il turno 8-14 seguito dal turno 20-8 nella stessa giornata, entrambi in regime di lavoro ordinario?

La RISPOSTA al quesito è la seguente.

La vexata quaestio, fino all'entrata in vigore del CCNL attuale (23/01/2024), era piuttosto controversa. Fino a quel momento NOI abbiamo sempre sostenuto la possibilità di poter derogare in linea generale alle prescrizioni sui riposi giornalieri interpretando tale possibilità di deroga per quanto concerneva sia l'attività in regime di lavoro contrattualmente dovuto (le 38 ore) sia l'attività LP (quindi anche le Pr. Aggiuntive), che era quella che davvero ci interessava.

Tuttavia, la tesi derogatoria di cui sopra (oggi possiamo ammetterlo) era già piuttosto debole fino al 23/01/2024. Con l'entrata in vigore del CCNL 2019-2021 lo diventa ancora di più. La spiegazione è la seguente.

All'epoca della trattativa in ARAN che ha condotto al CCNL oggi vigente (durata molti mesi, da Febbraio 2023 a Settembre 2023!), avevamo 2 strade da poter percorrere:

· 1^a strada: insistere sulla disciplina derogatoria generale;

· 2^a strada: precisare e "blindare" la disciplina derogatoria esclusivamente per l'attività LP (oltre che per le riunioni di reparto e per le iniziative di formazione obbligatoria, già precisate e sancite e non modificabili).

La 1^a strada era evidentemente troppo poco garantista per i nostri Colleghi, e quindi scegliemmo di tentare la 2^a (politicamente molto più difficile da ottenere, data l'opposizione di alcune Sigle Sindacali che non la pensavano così, ma strutturalmente molto più lineare) congegnando il Comma 17 dell'Art. 27 oggi vigente in modo tale (per dirla con una battuta di ispirazione bel-

lica alla stregua di una "Operazione Contrattuale Speciale") da assimilare in tutto e per tutto l'attività LP, per quanto concerne la deroga sui riposi giornalieri, alle riunioni di reparto e alle iniziative di formazione obbligatoria.

L'operazione brillante ma ardua si rivelò vincente e risolutiva, portando come poi avvenne a blindare la garanzia contrattuale di poter svolgere l'attività LP in deroga al riposo giornaliero, come chiaramente e inequivocabilmente previsto dal novellato Comma 17.

La LEGITTIMITÀ della disciplina derogatoria in argomento è inequivocabilmente in linea con l'art. 14 comma 3 della Legge 30 Ottobre 2014 n. 161, che (avendo aggiornato il D.Lgs 66/2003) prevede:

3. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 17 del D.Lgs 66/2003 e s. m.i., al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i CONTRATTI COLLETTIVI NAZIONALI DI LAVORO DEL COMPARTO SANITÀ disciplinano le DEROGHE alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso.

Peraltro, la stessa disciplina derogatoria è sempre stata prevista dal D.Lgs 66/2003 e s. m.i. all' Art.17 Comma 1 [Deroghe alla disciplina in materia di riposo giornaliero, pause, lavoro notturno, durata massima settimanale] come di seguito riportato:

1. Le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative. Per il settore privato, in assenza di specifiche disposizioni nei contratti collettivi nazionali le deroghe possono essere stabilite nei contratti collettivi territoriali o aziendali stipulati con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.

ORBENE, nel NOSTRO CCNL vigente (Triennio 2019-2021, Art. 27 Comma 17) NOI abbiamo ottenuto le DEROGHE in argomento.

Ma – evidentemente – questo fenomenale risultato (fenomenale se si pensa anche non solo e non tanto all'incremento economico che hanno avuto le Prestazioni Aggiuntive, quanto e soprattutto anche alla Flat Tax poi intervenuta per le medesime!) ha comportato inevitabilmente un ulteriore indebolimento della tesi derogatoria in favore della sospensione riposo per le attività lavorative rientranti nelle 38 ore "ordinarie" (rectius: contrattualmente dovute).

Perciò, la risposta oggi più congrua al quesito in argomento è NO (poiché la nettissima garanzia riguardante le attività LP, essendo espressa, esclude implicitamente ma abbastanza logicamente le attività rientranti nelle 38 ore contrattualmente dovute).

QUESITO 3. Dopo lo Smonto dalla notte in regime ordinario posso fare il pomeriggio (14-20) di prestazioni aggiuntive ospedaliere? Viene rispettato l'art 27 comma 17?

La RISPOSTA al Quesito è la seguente.

L'interpretazione applicativa derivante dal combinato disposto del D.Lgs 66/2003 e s.m.i., nonchè del CCNL 2019-2021 vigente, è formalmente corretta, pur se la gran parte dei Colleghi - credo, e tutto sommato personalmente così riteniamo anche noi - potrebbe trovarla poco attraente.

Infatti, il principio stabilito dall'articolo 7 del D.Lgs 66/2003 e s.m.i., secondo cui al Dipendente deve essere riconosciuto tra un turno di lavoro e l'altro un riposo minimo di almeno 11 ore consecutive ogni 24 ore, si applica anche al "lavoro notturno".

Conseguentemente, l'applicabilità delle deroghe di cui all'Art. 27 Comma 17 del vigente CCNL per quanto concerne la Libera Professione consente di confermare la tesi sostenuta dal Quesito, con la seguente precisazione:

- le 11 ore consecutive ogni 24 ore devono sempre essere garantite e fruita sia nel periodo temporale antecedente la notte svolta in regime ordinario (20-08) sia nel periodo temporale ad essa seguente per quanto concerne le attività lavorative svolte in regime ordinario (le 38 ore contrattualmente dovute), fatta salva la disciplina derogatoria valevole - oltre che per la LP - per "la partecipazione alle riunioni di reparto e alle iniziative di formazione obbligatoria".

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*



Previdenza

BONUS MARONI 2025

Interessa chi ha raggiunto i requisiti di “quota 103” (62 anni di età e 41 anni di contributi) oppure la pensione anticipata ordinaria (42 anni e 10 mesi di contributi per gli uomini o 41 anni e 10 mesi di contributi se donne).

Nella Gazzetta Ufficiale n. 305 S.O. n. 43 del 31 dicembre 2024 è stata pubblicata la legge n. 207 del 30 dicembre 2024 recante il “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”.

Per quanto concerne il “bonus Maroni”, i lavoratori che, entro il 31 dicembre 2025, maturano i requisiti per la pensione anticipata flessibile (quota 103), possono rinunciare all’accredito dei contributi a loro carico per l’AGO e forme equivalenti, esentando così il datore di lavoro dal versare i contributi relativi. A fronte di questa scelta, la somma che il

datore di lavoro avrebbe dovuto versare sarà interamente corrisposta al lavoratore e non concorrerà a formare reddito ai fini fiscali. La norma precisa che i diritti relativi alla pensione anticipata flessibile, se acquisiti entro il 31 dicembre 2024, possono essere esercitati anche successivamente. Le principali novità includono un allargamento della misura, che ora riguarda anche coloro che hanno maturato, entro il 31 dicembre 2025, 42 anni e 10 mesi di contributi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne, oltre ai soggetti con 62 anni e 41 anni di contributi. Inoltre, viene confermata l’esclusione dall’imponibile fiscale della somma corrisposta al lavoratore. Per i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni è previsto che il limite massimo di età per la prosecuzione del servizio corrisponda al requisito generale

anagrafico per la pensione di vecchiaia, pari attualmente a 67 anni (fermi restando sia i limiti ordinamentali più elevati già previsti per alcune categorie, sia la possibilità di trattenimento in servizio introdotta dal provvedimento); viene di conseguenza meno l'obbligo di collocamento a riposo per i dipendenti pubblici che, al compimento dell'attuale limite ordinamentale dei 67 anni di età (o successivamente), possano fruire del trattamento pensionistico anticipato (essendo in possesso del relativo requisito contributivo).

In pratica, con questa nuova versione del bonus Maroni, che potrà essere maturata nel corso del 2025, si conferma l'opzione di trattenimento in servizio con facoltà di ricevere in busta paga la quota di contributi a carico del lavoratore.

Questa quota di contribuzione di fatto sarà esente fiscalmente, diventando in busta paga un vero e proprio bonus, a sostegno del potere d'acquisto dei lavoratori.

Chi può fare domanda?

Nel **2025**, il bonus sarà riservato ai dipendenti che maturano i requisiti per **Quota 103** o i requisiti per la **pensione anticipata ordinaria**.

I dettagli sono riportati nel **Messaggio INPS 799/2025**, ma in sintesi, potranno richiederlo:

- I lavoratori dipendenti che **entro il 31 dicembre 2025** raggiungono **62 anni di età e 41 anni di contributi** (quota 103).
- Gli uomini con **42 anni e 10 mesi di contributi**.
- Le donne con **41 anni e 10 mesi di contributi**.

Come verificare l'idoneità ai requisiti

Per controllare se si ha diritto al bonus, basta accedere al **sito INPS** con le proprie credenziali (**SPID, CNS, CIE o eIDAS**) e seguire questi passaggi:

1. Accedere alla sezione **"Pensione e Previdenza"**.
2. Cliccare su **"Domanda di pensione"**.
3. Selezionare **"Domanda Pensione, Ricostituzione, Ratei, Certificazioni, APE Sociale e Beneficio precoci"**.

4. Andare nell'area tematica **"Certificati"** e cliccare su **"Verifica del requisito per l'accesso all'incentivo al posticipo del pensionamento"**.

Come presentare la domanda?

Dopo aver verificato i requisiti, la domanda può essere inviata direttamente dal portale INPS seguendo la stessa procedura sopra descritta e selezionando **"Verifica del requisito per l'accesso all'incentivo al posticipo del pensionamento"**.

In alternativa, è possibile richiedere assistenza ad un Patronato.

L'INPS valuterà la domanda e comunicherà l'esito entro **30 giorni** dall'invio o dall'acquisizione della documentazione necessaria.

Quanto vale il Bonus e quando viene pagato?

Il bonus corrisponde alla **quota di contribuzione previdenziale** individuale trattenuta sulla busta paga del dipendente.

Per il **2025**, l'incentivo consiste nel **mantenimento in busta paga della quota dei contributi previdenziali** a carico del lavoratore, pari al **9,19% dello stipendio lordo**.

Vantaggi fiscali

La somma percepita è **esentasse** e non concorre alla formazione del reddito.

Il pagamento del bonus avviene direttamente in **busta paga**, dalla prima scadenza utile per il pensionamento che il lavoratore decide di posticipare.

Conviene davvero?

L'**Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB)** sottolinea che, sebbene il bonus offra un beneficio economico immediato, **può incidere negativamente sulla pensione futura**. La decisione di posticipare il pensionamento va quindi valutata attentamente, considerando sia i vantaggi economici a breve termine che l'impatto sul trattamento pensionistico.

Dr Nicola Loddo

Esperto AAROI-EMAC di materie previdenziali

Medici ospedalieri: sforbiciata alle aliquote della pensione retributiva

Per i medici dipendenti pubblici, gli ospedalieri, iscritti alla Cassa pensioni sanitari (CPS) i periodi lavorati fino al 31 dicembre 1995, ricadenti pertanto nel sistema retributivo, 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% 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 ad inizio carriera sono notoriamente 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% dello stipendio; con 10 anni di contributi la percentuale sarebbe salita al 31,819%; con 20 anni al 45%; con un'anzianità di 35 anni si avrebbe avuto diritto all'82,5%, fino ad arrivare al 100% della retribuzione, appunto, con 40 anni di contributi.

La legge di Bilancio 2024 è intervenuta sforbiciando la tabella del 1965 decidendo di applicare per ogni anno una percentuale fissa dello stipendio del 2,5 per cento con evidente danno specie per i medici. La modifica è stata comunque proposta solo per i primi quindici anni di anzianità perché oltre quelli la tabella originaria è comunque meno favorevole. La disposizione salvaguardava dal taglio i soggetti che maturavano i requisiti per il pensionamento entro il 31 dicembre 2023 e nei casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio previsti dagli ordinamenti di appartenenza

che nel caso dei sanitari ospedalieri erano i 65 anni, salvo deroghe.

Aumentati i limiti pensionistici per i medici dipendenti

La recente legge di Bilancio ha indicato, per i lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni, che i limiti ordinamentali, già previsti dai rispettivi settori di appartenenza, dal 1° gennaio 2025 si intendono elevati, ove inferiori, al requisito anagrafico per il raggiungimento della pensione di vecchiaia che è di 67 anni d'età. Condizione accolta da molti favorevolmente perché impediva, in alcuni casi l'intervento castratorio da parte delle amministrazioni che bloccavano la continuazione del rapporto di lavoro al raggiungimento del 65esimo anno d'età.

Tuttavia, l'Inps, con la circolare n.53 del 5 marzo, ha rappresentato, di conseguenza, la condizione che in caso di risoluzione del rapporto di lavoro per dimissioni intervenute a partire dall'anno 2025, in presenza di un'età anagrafica pari o superiore a 65 anni ma inferiore a 67, le relative quote di pensione calcolate con il sistema retributivo verranno determinate con le aliquote di rendimento di cui all'Allegato II già previste della legge di Bilancio 2024. E cioè con le aliquote del 2,5 % per anno d'anzianità contributiva al posto delle più vantaggiose di quelle precedenti della tabella del 1965. Come spesso accade oltre che al danno si aggiunta la beffa. Il danno con la riduzione degli importi pensionistici e la beffa per i molti che credevano di essere salvaguardati dalla disposizione di esonero dalla nuova tabella pensionandosi con 65/66 anni d'età.

4 Aprile 2025

Dr Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Analisi e risposte del Presidente Nazionale

Pensioni Dipendenti Pubblici: ricordiamo che la Legge di Bilancio per il 2025 (L. n. 207/2024, con decorrenza 01/01/2025) ha introdotto 2 importanti novità alle prospettive pensionistiche dei dipendenti pubblici. In particolare:

1) ha portato da 65 a 67 anni di età il limite ordinamentale per l'accesso alla pensione di vecchiaia;

2) ha abrogato la norma che obbligava le Amministrazioni a risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro con i dipendenti al compimento dei 65 anni di età avendo gli stessi a tale data maturato i requisiti per il diritto al trattamento pensionistico anticipato (Uomini: 42 anni e 10 mesi più 3 mesi di finestra; Donne: 41 anni e 10 mesi più 3 mesi di finestra) [la risoluzione unilaterale poteva avvenire successivamente al compimento dei 65 anni di età nel caso in cui, pur avendo già compiuto tale età, la maturazione dei requisiti contributivi avveniva nell'arco temporale dopo i 65 anni e prima dei 67 anni di età].

Nessuna novità invece per tutte quelle categorie di dipendenti pubblici (p. es. i Magistrati), per i quali le norme precedenti, tuttora in vigore, già stabilivano limiti ordinamentali di età più elevati. In pratica, dal 1° gennaio 2025:

a) il limite di età ordinamentale per accedere alla pensione di vecchiaia non è più a 65 anni ma è stato portato a 67 anni di età;

b) le Amministrazioni non possono più risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro prima del compimento dei 67 anni di età.

A questo punto, rimanendo fermi i requisiti contributivi per l'accesso alla pensione anticipata:

– uomini: 42 anni e 10 mesi, più 3 mesi di finestra per il diritto al trattamento pensionistico;

– donne: 41 anni e 10 mesi, più 3 mesi di finestra per il diritto al trattamento pensionistico;

e avendoli maturati, è oggi a discrezione dei singoli interessati confermare o meno, oppure decidere per altra data successiva, la cessazione dal

servizio al raggiungimento del nuovo limite ordinamentale fissato, a decorrere dal 01/01/2025, a 67 anni di età.

Ricordiamo - a latere - che l'obbligo della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro al raggiungimento dell'età ordinamentale dei 67 anni oggi vigente non si applica (così come non si applicava per quello previgente fissato a 65 anni) ai Magistrati, ai Professori Universitari e ai DirUOC del SSN.

La situazione adesso è questa: tutti coloro che hanno una età inferiore a 67 anni possono tranquillamente rimanere in servizio senza il "timore" (perlomeno in alcuni casi questo può essere il sentimento correlato) di vedersi recapitare la lettera di risoluzione del rapporto di lavoro, almeno fino alla data di compimento di tale età.

Pertanto, diversamente da prima con il limite a 65 anni, dal 01/01/2025 qualsiasi accesso alla pensione prima del compimento dei 67 anni di età rientra nella casistica di "pensione anticipata", ciò ha ovviamente effetto sulla tempistica di erogazione del TFS/TFR.

Relativamente al TFS/TFR occorre ricordare che l'erogazione segue queste regole:

– posticipo della data di prima erogazione:

* se pensione di vecchiaia, dopo 12 mesi dalla data di cessazione;

* se pensione anticipata, dopo 24 mesi dalla data di cessazione;

– rateizzazione:

* se importo lordo fino a 50.000 euro, unica rata dopo 12 o 24 mesi (secondo la tipologia di accesso alla pensione) dalla data di cessazione;

* se importo lordo fino a 100.000 euro, due rate:

• la prima rata, di importo lordo pari a 50.000 euro, dopo 12 o 24 mesi (secondo la tipologia di accesso alla pensione) dalla data di cessazione;

• la seconda rata, per l'importo lordo fino a 100.000 euro, dopo 12 mesi dalla prima rata;

* se importo lordo superiore a 100.000 euro, tre rate:

- la prima rata, di importo lordo pari a 50.000 euro, dopo 12 o 24 mesi (secondo la tipologia di accesso alla pensione) dalla data di cessazione;
- la seconda rata, per l'importo lordo eccedente i 50.000 e fino a 100.000 euro, dopo 12 mesi dalla prima rata;
- la terza rata, per l'importo lordo eccedente i 100.000 euro, dopo 12 mesi dalla seconda rata.

Veniamo quindi agli effetti conseguenti sul TFS/TFR dalle novità introdotte dalla Legge di Bilancio 2025 di cui in precedenza: la tempistica per l'erogazione del TFS/TFR è strettamente correlata alla tipologia di accesso alla pensione, quindi:

- antecedentemente al 01/01/2025, la risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro esercitato dall'Amministrazione perché il dipendente aveva raggiunto l'età ordinamentale previgente (i 65 anni) con i requisiti minimi di contribuzione ricadeva nella casistica di "pensionamento di vecchiaia", e pertanto si aveva diritto alla prima erogazione (prima rata) del TFS/TFR trascorsi 12 mesi dalla data di cessazione;
- stante la decadenza dei provvedimenti di risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, tali dipendenti, qualora decidessero comunque di accedere alla pensione per effetto dei soli requisiti contributivi prima dei 67 anni di età, dal 01/01/2025 ricadranno invece nella casistica di "pensione anticipata", e pertanto la prima erogazione (prima rata) del TFS/TFR avviene trascorsi 24 mesi dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Nel CUD 2025 ci sono due voci distinte: a pagina 2 Altri Redditi Assimilabili (NdR: Assimilati) e a pagina 4 (NdR: la pagina è in realtà la n.3) Prestazioni Aggiuntive del Personale Sanitario. Quale va riportata per il calcolo della quota B ENPAM: la somma di entrambe?

NELLA CU2025/Redditi2024 (per ovvia novità rispetto alle CU PRECEDENTI) il reddito libero

professionale INTRAMOENIA derivante da prestazioni aggiuntive alle quali è applicabile l'imposta sostitutiva (flat tax) al 15% è a pagina 3 alla voce <PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DEL PERSONALE SANITARIO> campo 671 (nel campo 672 è indicata l'imposta sostitutiva al 15% applicata e al campo 673 quella "sospesa"). NOTA BENE: l'impostazione della CU2025 avrebbe potuto essere molto migliore, poichè NON a tutti i redditi derivanti da prestazioni aggiuntive è applicabile l'imposta sostitutiva (flat tax) al 15%.

Ma detto questo, sotto il profilo Enpam, TUTTE le prestazioni aggiuntive nonché tutti gli altri redditi da LP concorrono al calcolo della quota B ENPAM (quindi a tal fine, sempre tenuto conto della contribuzione Enpam già coperta dalla Quota A, i redditi di cui al campo 4 e quelli di cui al campo 671 - vedi sotto - SI SOMMANO).

MA ATTENZIONE: nel campo 4 a pag. 2 sono INVECE indicati INSIEME:

1 - SIA tutti gli altri redditi da libera professione intramoenia per i quali è possibile fruire della detrazione di cui all'art. 13, comma 5 del TUIR, ma per i quali NON si applica l'imposta sostitutiva (flat tax) al 15%

2 - SIA:

- indennità, gettoni di presenza e altri compensi corrisposti dallo Stato, dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni per l'esercizio di pubbliche funzioni che NON siano rese nell'esercizio di arti e professioni o di un'impresa commerciale (i quali redditi NON sono soggetti a Contribuzione Enpam);

- indennità percepite per l'esercizio di cariche pubbliche elettive, etc. etc. (i quali redditi NEMMENO sono soggetti a Contribuzione Enpam)

Pertanto, ai fini del calcolo della quota B ENPAM occorre SEMPRE SCORPORARE eventuali altri redditi derivanti da altre attività diverse dall'intramoenia, tra cui quelle descritte ai 2 alinea precedenti.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

Quesiti dal web

L'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di

Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)



L'Azienda è inadempiente dal punto di vista degli Incarichi Professionali, che non sono mai stati assegnati, eccezion fatta per quelli di natura gestionale. Alla cessazione del rapporto di lavoro del Direttore di Struttura Complessa, è sempre stato dato l'incarico di Facente Funzioni ad un Dirigente della Struttura Complessa interessata. Per quanto riguarda invece la Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione del Presidio *, dopo aver bandito la selezione per il Facente Funzioni, la procedura si è interrotta ed è stato nominato "Referente" il Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'altro Presidio. Abbiamo scritto più volte senza ottenere risposte. Oggi ho avuto un colloquio con il Direttore Amministrativo, che è arrivato da pochissimo, il quale ha ribadito che l'incarico non può essere affidato ad un Collega che non ha un incarico formale almeno di tipo "professionale". Sentiti anche i colleghi dell'intersindacale e d'accordo con il Pres. Regionale AAROI-EMAC, non essendo**

tutti noi d'accordo con questa interpretazione, vi chiediamo come deve essere interpretato l'art. 25 comma 3, cioè se il Facente Funzioni debba essere individuato tra chi è titolare di un incarico almeno di tipo "professionale" o se sia sufficiente una valutazione positiva, non dipendendo dagli interessati la mancata attribuzione degli incarichi. Nel caso la risposta fosse affermativa, vi chiederei se ci sono gli estremi della class action per la mancata attribuzione degli incarichi.

Di seguito le delucidazioni contrattuali:

- 1) se l'azienda è inadempiente dal punto di vista del conferimento degli incarichi professionali (cioè se essi "non sono mai stati assegnati"), la stessa Azienda diffidata e le va fatta causa, dato che l'Art. 22 [Tipologie d'incarico] prescrive inderogabilmente, così come rimarcato senza dubbio al Comma 2 ("A tutti i dirigenti, anche neo-assunti, dopo il periodo di prova, deve essere conferito un incarico dirigenziale"):
- per coloro i quali hanno meno di 5 anni di an-

zianità: il conferimento dell'incarico di cui al medesimo Art. 22 Comma 1 lett. d (incarico professionale iniziale)

- per coloro i quali hanno più di 5 anni di anzianità il conferimento:
- (minimo!) dell'incarico di cui al medesimo Art. 22 Comma 1 lett. c (incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo)
- ovvero di un incarico di cui al medesimo Art. 22 Comma 1 lett. b (incarico professionale di alta specializzazione)
- ovvero ancora di un incarico di cui al medesimo Art. 22 Comma 1 lett. a (incarico professionale di altissima professionalità), che può essere di tipo A1 oppure A2.

2) Per quanto riguarda invece la direzione di una struttura complessa:

- è previsto senza alcuna eccezione un atto formale che l'Azienda conferisca, per ciascuna Struttura Complessa:
- l'incarico di direzione ai sensi e per gli effetti dell'Art. 24 (Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa - Criteri e procedure)
- ovvero un incarico di "sostituzione" ai sensi e per gli effetti dell'Art. 25 (Sostituzioni)
- NON esiste alcuna possibilità che il facente funzioni non sia titolare di incarico formalmente attribuito ai sensi e per gli effetti dell'Art. 24 o dell'Art. 25.

Nella ASL *, il nuovo direttore generale vuole attivare in tempi molto rapidi la parto analgesia ma non ci sono anestesisti per una guardia H 24 dedicata. Noi in ospedale a *** (uno dei Presidi Aziendali) abbiamo diverse specialità chirurgiche che possono impegnarci in urgenza, e una rianimazione. Per coprire le attuali necessità di servizio è già ad oggi necessario un certo quantitativo di prestazioni aggiuntive. Detto questo non siamo assolutamente**

contrari a un Lea così importante, ma non troviamo nessun riferimento all'obbligo da parte dell'azienda di attivare la partoanalgesia solo se c'è possibilità di Anestesista H 24 dedicati. Ho riletto l'allegato 7 dell'accordo del dicembre 2010 Stato/Regioni, ho riletto l'Intervento del Presidente AAROI-EMAC all'audizione del 2023, insomma non c'è nessuna legge che vieta alle aziende di utilizzare l'Anestesista di guardia generico e non dedicato per fare la partoanalgesia. Mi sono perso dei riferimenti recenti che non ho trovato e che posso presentare alla Direzione?

1 - Non esiste alcun riferimento normativo che obblighi l'azienda ad attivare la partoanalgesia solo se c'è possibilità di Anestesista H 24 dedicato a tale attività o più in generale alla sala parto

2 - L'Art. 30 (Servizio di pronta disponibilità) del vigente CCNL ha previsto (finalmente) al comma 3: "Nei servizi di anestesia e nelle unità operative di rianimazione e terapia intensiva è prevista esclusivamente la pronta disponibilità integrativa".

Il che significa:

- che laddove c'è una Rianimazione (con almeno un AR di guardia secondo il n. di posti letto), la Guardia di Anestesia (almeno 1 tenendo conto delle attività) debba essere separata e distinta della Guardia di Rianimazione e non possa essere vicariata da una PD
- che laddove NON c'è una Rianimazione sia comunque necessaria la Guardia di Anestesia

3 - Come nostra indicazione di tipo "sindacale" di massima NOI riteniamo che un AR di guardia dedicato alla Sala Parto (inclusa PartoAnalgesia) debba prevedersi IN AGGIUNTA alla Guardia di Anestesia (quindi da essa separata e distinta) almeno laddove i parti in totale siano >1.200. Ma questa è (purtroppo) solo una nostra rivendicazione sindacale non supportata da alcun obbligo normativo.

Vi chiedo se possa essere accettabile effettuare turni notturni consecutivi: 20:00-08:00 e nel giorno dello smonto nuovamente 20:00-08:00.

Dal punto di vista strettamente normativo un turno notturno consecutivo ad un altro turno notturno rispetta la presenza delle 11 ore di riposo e quindi è possibile.

A mio parere, comunque, il mancato rispetto dei ritmi circadiani può aumentare la stanchezza con conseguente aumento del rischio nei confronti del paziente e della salute del collega che effettua tali turni.

Non vedo ragione per la quale debba essere necessaria una turnazione del genere che potrebbe portare ai rischi su evidenziati.

Attualmente, nell'ospedale in cui lavoro, la sala urgenze viene spesso impiegata per interventi in elezione, sia per ridurre le liste d'attesa sia a causa di una programmazione non ottimale delle sale operatorie dedicate all'elezione. Inoltre, nei fine settimana si accumulano urgenze differibili, generando liste operatorie che vengono poi gestite dal medico di guardia e dall'equipe delle urgenze.

Ci chiediamo come poterci tutelare rispetto a questa situazione, in quanto il rischio concreto è di trovarci a dover gestire un'emergenza reale senza la disponibilità di risorse adeguate.

È necessario coinvolgere la Direzione Sanitaria per deliberare una procedura condivisa tra tutte le figure interessate nella quale specificare come utilizzare la sala urgenze.

Esiste un metodo di calcolo del punteggio per valutare la percentuale raggiunta per la retribuzione di risultato?

La gestione del punteggio per la remunerazione in percentuale della retribuzione di risultato va affrontata a livello aziendale come indicato dall'art.70 del CCNL vigente.

Un Direttore SC può obbligare un dipendente a giorni di ferie non richiesti? Specifico che si tratterebbe di giorni di ferie residui dell'anno solare 2024 e che non è pervenuta alcuna comunicazione da parte della Direzione dell'ospedale in merito allo "smaltimento" di tali ferie residue.

L'art.32 comma 9 del CCNL vigente recita:

Le ferie sono fruita, anche frazionatamente, previa autorizzazione, nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste del dirigente.

L'art.32 comma 13 del CCNL vigente recita:

13. 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 fruita entro il primo semestre dell'anno successivo.

È consigliabile comunque una pianificazione delle ferie ai sensi dell'art.31 comma 16 del CCNL che recita:

16. L'Azienda o Ente o il direttore della Struttura predispone sistemi di pianificazione delle ferie dei dirigenti, al fine di garantire la fruizione delle stesse nei termini previsti dalle disposizioni contrattuali vigenti. A tale scopo viene predisposto il piano ferie entro il primo quadrimestre dell'anno di riferimento.

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.



Instagram

@aaroieamac