

# *il nuovo* Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE-DICEMBRE  
2021  
6  
Anno XLII

**AAROIEMAC**  
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

## Il percorso per rendere attraattive le discipline ARTID e MEU



**FOCUS: analisi fabbisogni  
AR e MEU**

**Diffida: remunerazione  
attività aggiuntiva**

**Convenzioni Assicurative:  
ultime novità**

# Sommario

- 3 Editoriale**  
Le criticità nei settori ospedalieri propri delle specializzazioni ARTID e MEU
- 4 Focus**  
Analisi prospettica futuri fabbisogni di Anestesiisti Rianimatori
- 8 La Diffida**  
Remunerazione attività aggiuntive per recupero liste d'attesa
- 10 Dicono di noi**  
La voce dell'AAROI-EMAC sulla stampa
- 18 Dalla COSMED**  
Le ultime Informativa dalla Confederazione

- 20 Assicurazione**  
Convenzioni Assicurative 2022: le ultime novità
- 24 Dalle Regioni**  
Gli ultimi interventi delle Sezioni Regionali
- AAROI-EMAC risponde**
- 30 - Previdenza:** Gli articoli dell'Esperto
- 32 - CCNL in Pillole**
- 34 - Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

## INDIRIZZI UTILI

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

**PRESIDENTE (SEGRETARIA)** - Dr ALESSANDRO VERGALLO - [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** - Dr ANTONINO FRANZESI - [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** - Dr ANTONIO AMENDOLA - [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** - Dr.ssa TERESA MATARAZZO - [matarazzo@aaroiemac.it](mailto:matarazzo@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** - Dr CESARE IESU - [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** - Dr EMANUELE SCARPUZZA - [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** - QUIRINO PIACEVOLI - [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

**ABRUZZO** - Dr FABRIZIO MARZILLI - [abruzzo@aaroiemac.it](mailto:abruzzo@aaroiemac.it)  
**BASILICATA** - Dr FRANCESCO ALLEGRINI - [basilicata@aaroiemac.it](mailto:basilicata@aaroiemac.it)  
**CALABRIA** - Dr PEPPINO OPPEDISANO - [calabria@aaroiemac.it](mailto:calabria@aaroiemac.it)  
**CAMPANIA** - Dr GIUSEPPE GALANO - [campania@aaroiemac.it](mailto:campania@aaroiemac.it)  
**EMILIA ROMAGNA** - Dr MATTEO NICOLINI - [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**FRIULI-VENEZIA GIULIA** - Dr ALBERTO PERATONER - [friuli@aaroiemac.it](mailto:friuli@aaroiemac.it)  
**LAZIO** - Dr QUIRINO PIACEVOLI - [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it)  
**LIGURIA** - Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO - [liguria@aaroiemac.it](mailto:liguria@aaroiemac.it)  
**LOMBARDIA** - Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI - [lobardia@aaroiemac.it](mailto:lobardia@aaroiemac.it)  
**MARCHE** - Dr MARCO CHIARELLO - [marche@aaroiemac.it](mailto:marche@aaroiemac.it)  
**MOLISE** - Dr DAVID DI LELLO - [molise@aaroiemac.it](mailto:molise@aaroiemac.it)  
**PIEMONTE - VALLE D'AOSTA** - Dr GILBERTO FIORE - [piemonte-aosta@aaroiemac.it](mailto:piemonte-aosta@aaroiemac.it)  
**PUGLIA** - Dr ANTONIO AMENDOLA - [puglia@aaroiemac.it](mailto:puglia@aaroiemac.it)  
**SARDEGNA** - Dr CESARE IESU - [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**SICILIA** - Dr EMANUELE SCARPUZZA - [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**TOSCANA** - Dr LUIGI DE SIMONE - [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**UMBRIA** - Dr ALVARO CHIANELLA - [umbria@aaroiemac.it](mailto:umbria@aaroiemac.it)  
**VENETO** - Dr MASSIMILIANO DALSSASSO - [veneto@aaroiemac.it](mailto:veneto@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI BOLZANO** - Dr ANDREA BRASOLA - [bolzano@aaroiemac.it](mailto:bolzano@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI TRENTO** - Dr LUCA FILETICI - [trento@aaroiemac.it](mailto:trento@aaroiemac.it)

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

**Direttore Responsabile**  
Dr ALESSANDRO VERGALLO

**Vice Direttori**  
Dr CESARE IESU  
Dr.ssa TERESA MATARAZZO  
Dr EMANUELE SCARPUZZA

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

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

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

**Progetto grafico:**  
Roberto Spiga

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

**Chiuso in Redazione il 01-12-2021**

## Le criticità nei settori ospedalieri propri delle specializzazioni ARTID e MEU

Le criticità che riguardano le discipline rappresentate dall'AAROI-EMAC sono note da tempo, ma probabilmente non ancora sufficientemente chiare a chi ci governa. Per questo motivo abbiamo inviato al Ministro della Salute, Roberto Speranza, il documento di sintesi che vi propongo di seguito e quello molto più dettagliato che troverete nelle pagine successive.

Attraverso tali documenti abbiamo voluto ribadire ancora una volta la peculiarità e specificità degli Specialisti AR e MEU, sottolineare la situazione di grave carenza di professionisti in cui si trovano le specializzazioni ARTID e MEU anche in continuum con quanto affermato dalla nostra Associazione fin dai primi mesi della pandemia in relazione all'implementazione dei posti letto di Terapia Intensiva previsto dal Governo nel piano di riorganizzazione degli ospedali, stante il fatto che incrementare eccessivamente i posti letto di Terapia Intensiva è del tutto inutile se non si ha il numero adeguato di Anestesisti Rianimatori e di Infermieri per gestirli, come emerge dal documento di "Analisi prospettica futuri fabbisogni di Anestesisti Rianimatori alla luce (e alle ombre) del PNRR".

«**La specializzazione ARTID (Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore)** ha un problema diverso e per molti aspetti più complesso rispetto alle altre specializzazioni ospedaliere riguardo ai posti letto di degenza: si è già assistito ad un aumento di circa 900 posti letto dei letti di Terapia Intensiva (ad oggi +18% rispetto ai 5.100 pre-pandemia) a fronte di una grave pluriennale carenza di personale medico specializzato, oltre che di personale infermieristico adeguatamente formato. È facile prevedere che un'ulteriore aumento di posti letto quale viene configurato nel piano governativo e sulla congruità della cui consistenza la AAROI-EMAC e la SIAARTI si erano espresse all'unisono lo scorso anno indicando in circa il 30-50% l'aumento ragionevolmente sostenibile nel medio periodo, necessiterà anche di interventi normativi specifici.

**Per la specializzazione MEU (Medicina d'Emergenza Urgenza)** – l'altro settore specialistico di peculiare interesse per l'AAROI-EMAC – le ancor più gravi e complesse problematiche, sulle quali l'altrettanto importante aumento dei posti letto di Terapia SubIntensiva inciderà sicuramente, comporterà non meno fondamentali analisi e soluzioni, peraltro urgentissime già oggi dato il rischio di collasso dei Pronto Soccorso italiani.

Le carenze di medici nelle 2 discipline, particolarmente rilevanti rispetto a quasi tutte le altre, sono determinate dalla scarsa attrattività lavorativa che le rispettive Unità Operative ospedaliere di sbocco lavorativo hanno sui medici abilitati a prestarvi servizio.

I fatti dimostrano che su queste due discipline tale scarsa attrattività, particolarmente drammatica per la specializzazione MEU, ma rilevante anche per la specializzazione ARTID, grava soprattutto nelle contrattualizzazioni regolarmente effettuate attraverso il CCNL del Pubblico Impiego, dove esse sono penalizzate sotto diversi profili, tra i quali quello della possibilità di lavoro intra-moenia e quello delle progressioni di carriera. Ma tale problema di attrattività incide anche a monte, vale a dire sulla scelta di intraprendere la formazione specialistica in tali discipline da parte dei NeoLaureati, poco inclini ad intraprenderle, e oltretutto con un'alta frequenza di abbandoni delle borse di studio assegnate. Per i PS, neppure la persistenza delle storiche 43 equipollenze alla MEU si è dimostrata in grado di essere uno strumento di compensazione, dato che tali UU. OO. restano quasi sempre un "parcheggio temporaneo" per medici neoassunti in attesa trovare collocazione in altri reparti.

### **Questi due settori hanno quindi bisogno di urgenti soluzioni.**

Per tutti i Reparti ospedalieri, comunque, inclusi quelli di afferenza delle 2 specializzazioni, il ricorso degli Ospedali Pubblici a medici con contratti in un modo o nell'altro di tipo "libero professionale" funge da volano per il progressivo abbandono dell'Ospedalità Pubblica da parte di professionisti formati a spese dello Stato».

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

*L'8 Novembre l'AAROI-EMAC ha inviato tramite PEC al Ministro della Salute, Roberto Speranza, al Consigliere del Ministro della Salute per l'emergenza COVID-19, Walter Ricciardi, e al Capo della segreteria tecnica del Ministro della Salute, Antonio Gaudioso, un'analisi prospettica sui fabbisogni di Anestesisti Rianimatori alla luce del PNRR. Di seguito il documento inviato*

## Analisi prospettica futuri fabbisogni di Anestesisti Rianimatori alla luce (e alle ombre) del PNRR

### PREMESSA

I PNRR riprende ed ingloba quanto precedentemente previsto dal D.L. 34/2020 per il potenziamento delle Terapie Intensive, confermandone sul territorio nazionale, negli ospedali Pubblici del SSN, l'ivi prevista implementazione di almeno 3.500 Posti Letto. Perciò la nostra Associazione ritiene di dover fare il punto sugli attuali e sui futuri assetti delle dotazioni di Anestesisti Rianimatori (AR) atte a dover garantire tutte le attività di lavoro che appartengono alla Disciplina ARTID nell'Ospedalità Pubblica, naturalmente tenendo in debito conto che essi sono una risorsa insostituibile (e in forte richiesta) anche per l'Ospedalità Privata.

I conteggi di cui alla presente analisi derivano da computi che è stato difficile "normalizzare" per tutte le realtà regionali italiane, data l'estrema variabilità delle organizzazioni di lavoro in esse applicate per quanto concerne tutti gli ambiti di lavoro degli AR, per il cui impiego numerico le S. O. e i Punti Nascita costituiscono, in media, il settore più vasto, le Rianimazioni quello di poco meno consistente, ma per i quali altri settori di lavoro, tra cui le Terapie Iperbariche, i Centri di Terapia del Dolore, il SET118 (solo per citare quelli più diffusi), sono comunque impegnativi.

Perciò, la scrivente Presidenza AAROI-EMAC resta a disposizione per ogni tipo di osservazione nel merito, anche al fine di poter aggiornare i dati attuali (e soprattutto quelli previsionali) di seguito enumerati:

- sia da parte dei Colleghi iscritti all'Associazione che desiderassero veicolarla attraverso i 20 Presi-

denti Regionali ai recapiti indicati al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=8218>

- sia da parte più "istituzionale", attraverso gli usuali canali di comunicazione tra Sindacato e le altre "anime" della disciplina ARTID, in primis la SIAARTI, la Società Scientifica di assoluto riferimento per la Disciplina, ma anche attraverso il CPAR, che ne è l'espressione di vertice accademico in merito alla formazione specialistica.

### ANALISI

Gli AR (Specialisti ARTID) in Italia sono in totale circa 18.000, di cui:

- Circa 14.500 totali nell'Ospedalità Pubblica
- Circa 3.500 totali nell'Ospedalità Privata

Le carenze di Specialisti AR (a cui si è finora da anni "rimediato" con attività aggiuntive, illecita trasformazione di Guardie Attive Anestesiologiche in PD, attività lavorative illecitamente sovrapposte per ciascun AR in servizio, straordinari non pagati, utilizzo occulto Specializzandi, etc. etc.) sono giunte, a fine 2019, a circa 4.000 Unità, di cui almeno 3.500 per l'Ospedalità Pubblica.

Ai suddetti "rimedi", nell'Ospedalità Pubblica hanno concorso (in media negli ultimi 5 anni), anno per anno:

- Per circa 800 Unità l'utilizzo occulto Specializzandi
- Per circa 1.500 Unità il ricorso ad attività aggiuntive (quindi in media ogni AR Pubblico ha effettuato oltre il 10% di lavoro con tale modalità, oltre al lavoro ordinario e straordinario)

- Per il resto (quindi per circa 1.200 Unità) la contrazione, di fatto, degli standard minimi di personale.

Dei 14.500 AR Pubblici:

- Circa 5.200 AR (circa il 36%) per le Rianimazioni
- Circa 8.700 (circa il 60%) per le S. O. e i Punti Nascita
- Circa 600 (circa il 4%) per altre attività di ambito ARTID

Con 5.100 Posti Letto Rianimazione:

- Il n. totale di UU. OO. di Rianimazione è stato di circa 550 (NB: UU. OO. oppure Moduli da 12 PL di una stessa U. O. PluriModulo)
  - Il n. medio di PL / UU. OO. è stato di circa 9,3
- Gli AR necessari sarebbero dovuti essere più o meno 5.200, perciò:
  - 9,45 AR per UU. OO., di cui in media:
    - ◊ 6 (n. fisso) per ogni UU. OO. per garantire la presenza minima h24 di 1 AR di Guardia
    - ◊ 3,45 per garantire la presenza aggiuntiva media (altrettanto necessaria) di 1,74 AR h12 ogni giorno della settimana
  - La ratio AR/PL è stata circa 1 (5.200/5.100)
- Gli INFERMIERI necessari sono stati (sarebbero dovuti essere) più o meno 15.300, perciò:
  - 28 INFERMIERI per UU. OO., dato che:
    - ◊ la ratio INF/PL minima deve essere di 1:2 (almeno per PL occupato)
    - ◊ per mantenere qs ratio servono almeno 6 INFERMIERI ogni 2 PL

## PROSPETTIVE

In prospettiva, l'implementazione dei posti letto di Rianimazione dell'Ospedalità Pubblica – che già oggi la Corte dei Conti ha quantificato in oltre 900 aggiuntisi



in tutt'Italia ai 5.100 censiti a Marzo 2020 – viene in queste ore, attraverso il PNRR, ipotizzata in altri 2.600, per un totale di 3.500 nuovi posti letto, portandoli con i preesistenti a complessivi 8.600 nel 2026.

Con altri 3.500 PL, ottimizzando a 12 (o multipli) i PL di ogni UU. OO.:

- Il n. totale di UU. OO. di Rianimazione (NB: UU. OO. oppure Moduli di una stessa U. O. PluriModulo) passerebbe da 550 a 716
- Resterebbe fisso il n. di 6 AR per ogni UU. OO. per garantire la presenza h24 di almeno 1 AR di Guardia per ogni Modulo da 12
- Resterebbe fisso il n. medio di 3,45 AR per garantire la presenza aggiuntiva (necessaria) media di 2 AR h12 ogni giorno 3,45 per garantire la presenza aggiuntiva media (altrettanto necessaria) di 1,74 AR h12 ogni giorno della settimana
- Gli AR necessari per le sole Rianimazioni (mantenendone gli standard minimi) passerebbero da circa 5.200 a circa 8.600
- Gli AR necessari in più (mantenendone gli standard minimi in qualche modo finora garantiti) sarebbero quindi circa 3.400
- Gli INFERMIERI necessari (mantenendo gli standard minimi di competenza infermieristica) passerebbero da circa 15.300 a circa 25.800
- Gli INFERMIERI necessari in più sarebbero quindi circa 10.500!

Balza subito in evidenza il fatto che:

- Si tratta di numeri molto elevati, in particolare per gli Infermieri, ma (considerando la molto più lunga durata complessiva del percorso formativo degli Specialisti ARTID) particolarmente impressionanti per gli AR, anche in considerazione delle ormai pluridecennali carenze di Specialisti disponibili!
- La logistica strutturale e la dislocazione negli Ospedali di un numero così elevato di posti letto di Rianimazione comporterebbero difficoltà enormi, sia per evitare un proliferare di Rianimazioni con troppo pochi posti letto, sia per non avere Rianimazioni con un numero di posti letto talmente alto da comportare il rischio che le ratio di AR e di Infermieri in qualche modo finora garantite scadano compromettendo la qualità delle cure.

## **DA NOTARE CHE, CONSIDERANDO SOLO L'OSPEDALITÀ PUBBLICA:**

- Il turn over (per AR cessati dal servizio soppiantati da nuovi AR) registrerà presumibilmente un costan-



PL di Rianimazione oltre gli attuali circa 6.000, a meno di non voler ridurre i requisiti minimi di qualità e sicurezza delle UU. OO. di Rianimazione al di sotto degli standard finora in qualche modo garantiti.

#### PERIODO 2026-2031 (soli Ospedali Pubblici) nelle Migliori Previsioni

e) Specialisti AR cessati in media per anno 2026 al 2031 =  $900 \times 5 = -4.500$

f) Specialisti AR nuovi assunti per anno dal 2026 al 2031 =  $1.500 \times 5 = +7.500$

g) Specialisti AR nuovi assunti al netto dei cessati per anno dal 2026 al 2031 =  $600 \times 5 = +3.000$

- TURN OVER A FINE 2031: +3.000 Specialisti rispetto ai 14.500 di fine 2021

- SITUAZIONE A FINE 2031: 17.500 Specialisti AR, quindi appena sufficienti a colmare gradualmente, a partire dal 2026, le carenze oggi esistenti, che fino ad allora resteranno comunque critiche.

Perciò, soltanto a partire dal 2026, e soltanto se da allora effettivamente si verificherà l'assunzione di almeno 600 nuovi Specialisti ogni anno (al netto dei cessati) sarà possibile incrementare gradualmente (di circa altrettanti ogni anno) i Posti letto di Rianimazione oltre i circa 6.000 oggi esistenti, per un totale di non oltre 7.500 come già a suo tempo indicato da AAROI-EMAC insieme a SIAARTI, nel Comunicato congiunto pubblicato anche al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/uploads/COVID/APPELLO%20CONGIUNTO%20SIAARTI%20AAROI%20COVID19.pdf>

7.500 Posti Letto di Rianimazione saranno perciò raggiungibili soltanto a partire dal 2028, mentre poi entro il 2031 sarà eventualmente possibile ritornare a

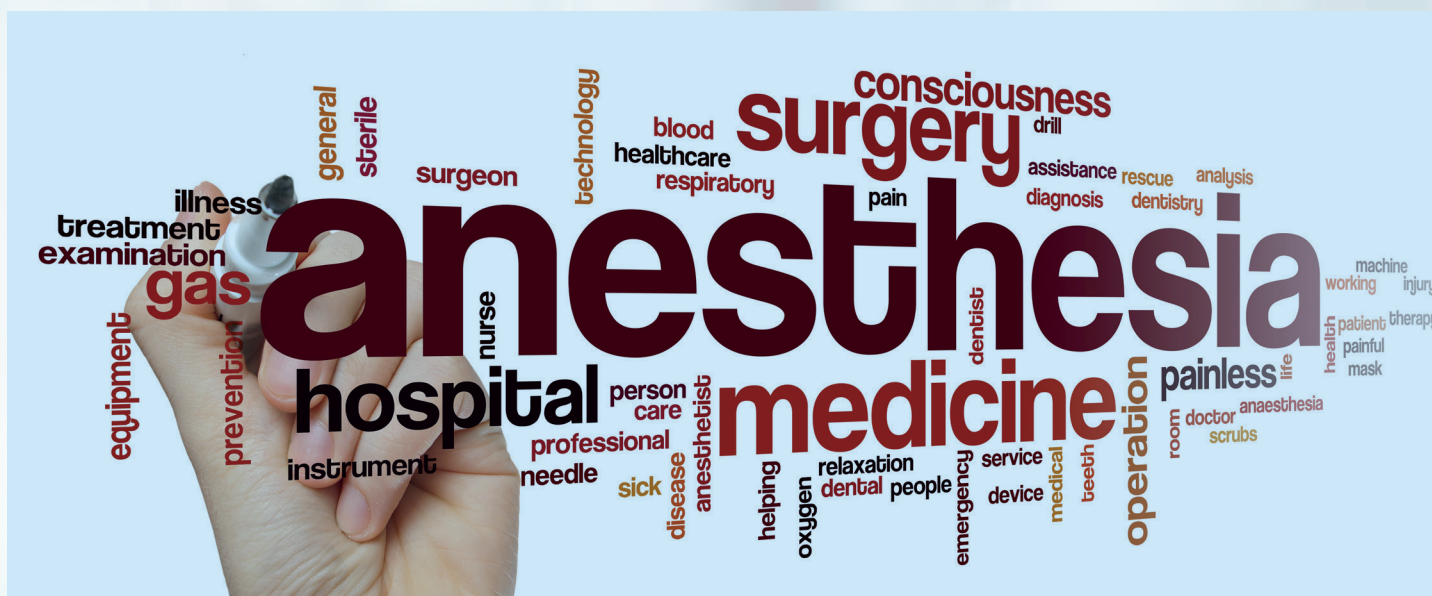
ridimensionare le attività aggiuntive, riportandole al 10% "storico" (equivalente nel periodo in media annua a circa 1.700 Unità) per ogni AR in servizio.

#### CONCLUSIONI

Occorreranno quindi almeno 10 anni affinché le pluridecennali carenze di Specialisti ARTID vengano ridotte in modo significativo, pur mettendo in opera tutti i possibili meccanismi compensativi di sostituzione dei cessati, ad iniziare dalla stabilizzazione di un alto n. di Borse di Studio per la formazione specialistica nella Disciplina ARTID, che oggi (insieme – molto più gravemente – alla formazione specialistica nella Disciplina MEU indispensabile per la tenuta dei Pronto Soccorso!) registra una insufficiente attrattiva per i Neo Laureati in Medicina che intendono avviarsi verso lo sbocco professionale ospedaliero italiano.

Ma affinché quest'obiettivo possa essere effettivamente raggiungibile occorrerà prevedere, ad iniziare dal prossimo CCNL, di rendere molto più attrattiva di quanto lo sia oggi la formazione specialistica ARTID anche sotto il profilo di una specifica remunerazione contrattuale e di adeguate prospettive di carriera degli attuali e dei futuri Specialisti, anche in termini di progressione degli incarichi professionali con le relative voci stipendiali, la quale progressione vede oggi sempre gli Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (ancora una volta insieme – ancor più – ai Colleghi dei Pronto Soccorso!) fortemente penalizzati rispetto a quasi tutti gli altri Colleghi di altre Discipline!

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale*





## **Remunerazione attività aggiuntive per recupero liste d'attesa, l'AAROI-EMAC diffida Enti Pubblici e Privati del SSN**

**A** distanza di mesi dall'emanazione dei provvedimenti legislativi che hanno previsto la maggiorazione della tariffa oraria per le attività aggiuntive finalizzate al recupero delle liste d'attesa, si ha notizia che alcuni Enti del SSN non abbiano ancora applicato quanto predisposto dalla normativa. L'AAROI-EMAC – il Sindacato dei Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza –, considerando gravissima tale inadempienza, ha diffidato gli Enti Pubblici e Privati del SSN che non lo abbiano ancora fatto.

***Di seguito il testo della Diffida.***



Prot. 126/2021  
Roma, 28 Ottobre 2021

**NOTA INVIATA VIA P.E.C.**  
**Ai Legali Rappresentanti**  
**di tutti gli Enti Pubblici e Privati Accreditati del SSN**  
e, p. c.:  
**Ai Governatori delle Regioni e delle Province Autonome**

**Oggetto: Diffida su Mancata Applicazione Tariffa Oraria 80€ Prestazioni Aggiuntive (rif.: DL 14/10/2020 n. 104 e s.m.i.)**

Ill.mi, con la presente si rammenta alle SS. VV. che:

- l'Art. 29 del DL in oggetto (convertito con modificazioni nella L. 13 Ottobre 2020, n. 126) al Comma 2 lett. a, ha previsto che – per le finalità ivi specificate – il ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del vigente CCNL della Dirigenza Sanitaria 2016-2018 dipendente del SSN, sia remunerato ai Dirigenti interessati, a far data dal 15 Agosto 2020, con la tariffa oraria pari ad € 80 lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione, fino al 31 Dicembre 2020;
- il suddetto termine del 31 Dicembre 2020 di applicazione della suddetta tariffa oraria pari ad € 80 lordi è stato prorogato al 31 Dicembre 2021 dall'Art. 26 Comma 1 del DL 25 Maggio 2021, n. 73 (convertito con modificazioni nella L. 23 Luglio 2021, n. 106), che peraltro ci risulta aver esteso anche agli Enti Privati Accreditati l'applicabilità di quanto con esso disposto in relazione all'oggetto.

Pertanto, nel ringraziare le Amministrazioni che hanno correttamente applicato la normativa sopra richiamata, e giungendoci invece notizia che alcune Amministrazioni in diverse Regioni l'hanno finora ignorata in vario grado,

SI DIFFIDANO LE AMMINISTRAZIONI INADEMPIENTI

- a corrispondere entro il prossimo mese di Novembre 2021 ai Dirigenti aventi finora effettuato, a far data dal 15 Agosto 2020, prestazioni lavorative rientranti in quelle declinate dalle sopra richiamate disposizioni normative – e ai quali Dirigenti per le stesse sia stata invece corrisposta una tariffa oraria inferiore a quella fissata in € 80 lordi – la differenza economica intercorrente;
- a corrispondere ai Dirigenti interessati, per le medesime prestazioni programmate dalla data odierna fino al predetto termine del 31 Dicembre 2021 – salvo eventuali prossime proroghe o modificazioni tariffarie ai sensi di legge – la tariffa oraria € 80 lordi.

Infine, si avvisa – con espressa riserva di agire separatamente nelle sedi legali competenti ai fini del riconoscimento economico sopra preteso a favore degli aventi diritto – che la scrivente O. S. ha raccomandato in data odierna a tutti i propri Iscritti di negare a far data dal 01 Novembre ogni disponibilità ad effettuare tutte le prestazioni aggiuntive, qualora per quelle in oggetto l'Ente datore di lavoro non abbia in anticipo garantito formalmente per iscritto la remunerazione oraria pari ad € 80 lordi sopra richiamata.

Cordiali saluti.

## La voce dell'AAROI-EMAC sui media

Un altro anno di COVID, un altro anno in prima linea per affrontare questa terribile pandemia che ancora una volta, in questo autunno, torna con numeri preoccupanti a mettere in allarme l'intero sistema ospedaliero. Un anno fa come Associazione lanciavamo l'allarme sulle terapie intensive e proprio in questi giorni ci siamo sentiti di dare un nuovo alert per dire di non abbassare la guardia e per chiedere alla politica di prendere decisioni tempestive affinché l'ennesima ondata, la quarta, non si riversi ancora una volta sugli ospedali, su chi è in prima linea per la cura dei pazienti e su quanti attendono di essere curati per patologie diverse dal Covid.

In queste pagine abbiamo voluto raccogliere i tanti messaggi lanciati dall'AAROI-EMAC attraverso i media che mostrano i diversi momenti della pandemia. Si tratta di una estrema sintesi dell'intera Rassegna Stampa disponibile al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=19532>

### GENNAIO



Covid Italia, "per 1-2 mesi terapie intensive piene"



(Fotogramma)  
Roma, 9 gen. (Adnkronos Salute)

"Almeno per 1-2 mesi le terapie intensive saranno ancora piene. Questo è quello che possiamo prevedere vedendo l'andamento epidemiologico e quello che ci riferiscono i vari ospedali. Solo tra due mesi, forse, potremo vedere qualche posto letto in più libero nelle rianimazioni". Lo sottolinea all'Adnkronos Salute Alessandro Vergallo, presidente del sindacato dei medici anestesisti e rianimatori Aaroi-Emac, facendo il punto sulla situazione delle rianimazione degli ospedali italiani.

AFFRONTARE L'EMERGENZA. IN EMERGENZA



Dr. Antonio Amendola / Pres. AAROI-EMAC Puglia



ALBERTO PERATONER  
PRES. AAROI-EMAC FRIULI VENEZIA GIULIA



Covid-19, Vergallo (Aaroi-Emac): «Nelle festività misure troppo blande. Con

crisi Governo non sappiamo più con chi parlare»

Il Presidente dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica fa un quadro della situazione attuale, che comunque «fa riferimento a circa 3 settimane fa». E in prospettiva: «Non ce la sentiamo di essere allarmisti ma dobbiamo cercare di capire come fare per superare l'inverno»

di Arnaldo Indice





**IL RAPPORTO TRA ANESTESISTI E TERAPIE INTENSIVE È SCESO NONOSTANTE LE ASSUNZIONI. LE MALATTIE ONCOLOGICHE E CARDIACHE SONO UNA PANDEMIA A SÉ**

48 | L'Espresso | 21 febbraio 2021



**Anestesisti, 'intensive si liberano lentamente, non allentare misure'**

Adnkronos Sanità | 15/02/2021

Roma, 15 feb. (Adnkronos Salute) - "Sotto il profilo dell'occupazione dei posti letto nelle terapie intensive, siamo di fronte a una lenta discesa che fotografa come siamo ancora nella seconda fase della pandemia. Pur non essendo in un momento di grave sofferenza dei reparti di rianimazione, siamo contrari a un allentamento delle misure attuali. Siamo convinti però che in questa fase, e dopo un anno di emergenza, non si possa tenere conto, nell'eventualità di un nuovo lockdown, dei contraccolpi sull'economia e sulla società. Prima di arrivare a questa decisione occorre far rispettare le regole, che oggi ci sono, ed evitare gli assembramenti visti troppo spesso nell'ultimo weekend". Lo sottolinea all'Adnkronos Salute Alessandro Vergallo, presidente del sindacato dei medici anestesisti e rianimatori Aaroi-Emac, facendo il punto sulla situazione delle rianimazioni degli ospedali italiani.

**Covid Molise, anestesisti: "Situazione grave e ospedali in forte affanno"**

24 febbraio 2021 | 17.13  
LETTURA: 1 minuto

Di Lello all'Adnkronos Salute: "Ora serve l'aiuto delle Forze armate con invio di medici"



**Covid, terapie intensive in affanno: "Se occorre un lockdown che si faccia ora"**



Foto d'archivio

Il presidente del sindacato medici anestesisti: "Prendere come indice principale la saturazione delle terapie intensive significa guardare solo l'ultima spiaggia e così è tardi per intervenire"

**Lombardia, la grande paura per Milano e l'allarme dalle terapie intensive: "Con la variante inglese più pazienti tra i 40 e i 60 anni"**



L'obiettivo è quello di impedire che la provincia più popolosa venga travolta dai contagi. Cristina Marchesini, presidente lombarda dell'associazione anestesisti rianimatori: "Nei giorni notiamo una difficoltà nello svecciamento del respiratore per chi è stato intubato". Il decesso in rianimazione può durare "fino a 30-40 giorni se si arriva in situazioni complesse". Per quanto riguarda adolescenti e bambini, "anche in questo caso i ricoveri sembrano in crescita, anche se non con quadri gravi".

**Ospedale in Fiera a Bari, l'allarme degli anestesisti: "Serve personale anche da altre regioni o dall'estero"**



Amenola (sindacato dei medici rianimatori): "Sarà necessario acquisire su base volontaria nuovi operatori sanitari da tutta la Puglia, come ha fatto Regione Lombardia"

Il Sole 24 ORE

**13.53 Anestesisti, «terapie intensive in affanno, marzo ultima spiaggia per intervenire»**

Il trend in crescita di casi Covid e di ricoveri mette sotto pressione le terapie intensive e gli ospedali. "Sotto il profilo delle rianimazioni siamo davvero in affanno, se guardiamo la tendenza della curva il rialzo dei ricoveri è preoccupante. Se ci ostiniamo a prendere come indice principale la saturazione delle terapie intensive significa guardare solo l'ultima spiaggia e così è tardi per intervenire. Questo mese sarà decisivo non c'è più tempo da perdere, se occorre un lockdown che si faccia ma ora". Lo sottolinea all'Adnkronos Salute Alessandro Vergallo, presidente del sindacato dei medici anestesisti e rianimatori Aaroi-Emac, facendo il punto sulla situazione delle rianimazioni degli ospedali italiani. Il sistema di monitoraggio Iss-ministero con le zone a colori è ancora in grado di frenare l'aumento dei casi e dei ricoveri? "Abbiamo già superato quel limite, il sistema a colori non funziona più con questi numeri - risponde Vergallo - Questo è evidente nel momento in cui consideriamo che il sistema poteva funzionare quando non c'era un'ampia diffusione sul territorio e allora aveva un senso la compartimentazione a colori delle Regioni, ma - avverte - con i focolai parcellizzati queste aree si allargano sempre di più e così anche le zone dove vanno messe delle restrizioni. Se la diffusione aumenta è chiaro che si dovrà pensare ad un lockdown nazionale che avremmo davvero voluto evitare. La politica, sentiti i vari specialisti ed esperti, deve arrivare subito a prendere una decisione non su i dati attuali ma sulle proiezioni delle prossime settimane che non sono per niente positive".

Primo piano L'Italia contro il Covid

**Ospedali, torna l'assedio allarme in undici regioni per le terapie intensive**

Mezzo paese già in emergenza. Primi ricoveri in intensivi in non meno così persone. Il fenomeno si vive in tre regioni. Continuano a fermare le sale operatorie

**Covid, allarme terapie intensive in Italia**

08 marzo 2021 | 19.27  
LETTURA: 4 minuti

Preoccupa l'aumento dei ricoveri da Coronavirus



(Ecoferrara)

**INTERVISTA AD ALESSANDRO VERGALLO, PRESIDENTE DEL SINDACATO DEGLI ANESTESISTI OSPEDALIERI**  
**«Dopo un anno ancora gli stessi errori. La situazione può tornare drammatica»**

ELEONORA MARTINI

«Dopo un anno non abbiamo ancora imparato: vediamo le nostre istituzioni prendere misure anti-Covid sulla base di una fotografia istantanea dei dati, senza alcuna capacità predittiva, mentre ormai dovremmo saper prevedere quali conseguenze avrà tra quindici giorni un incremento dei contagi registrato oggi. Alessandro Vergallo, il presidente del sindacato degli anestesisti rianimatori ospedalieri (Aaroi-Emac), è seriamente preoccupato, come lo è la società scientifica Sisaarti a cui la sua sigla sindacale fa riferimento. Dottore, qual è la situazione nei reparti di terapie intensive degli ospedali italiani oggi? Grave, e siamo preoccupati perché dal nostro punto di osservazione vediamo che mediamente sul territorio nazionale il famoso valore di cui off del 30% di pazienti Covid, rispetto al totale dei ricoverati in rianimazione, è stato superato già quasi una settimana fa. Naturalmente dobbiamo tenere conto dei posti veri, non quelli attivabili, o riciclabili anche dai lettini delle sale operatorie. Siamo proprio nelle condizioni di un anno fa? No, non siamo in quelle condizioni drammatiche. Però siamo paragonando scenari diversi soprattutto per due motivi: il primo è che un anno fa la pressione epidemica si riverberava su strutture ospedaliere di elevato standard mentre oggi si manifesta in tutto il Paese e in particolare modo in regioni e territori già sofferenti dal punto di vista sanitario. Il secondo fattore, forse più importante, è che oggi la diffusione del virus è molto più ampia, in Italia e in tutta Europa.

**Misure ancora prese sulla base dei dati attuali, senza alcuna capacità predittiva**

perciò è ovvio che un incremento percentuale su contagi così elevati può diventare drammatico in pochissimo tempo. L'età media dei ricoverati si è abbassata? Assolutamente sì, almeno di un decennio. Oggi è poco al di sotto dei 60 anni. La durata della degenza è diminuita? Il sistema sanitario riesce a dare migliori risposte? Questo è un dato di più difficile interpretazione perché risente del turn over tra i pazienti che entrano e quelli che vengono dimessi, trasferiti o che muoiono. Però a spanne ci sembra di poter dire che la durata media non ha avuto grandi variazioni. Quello che ci preoccupa, relativamente alla fascia d'età di cui stiamo parlando, è il dato dei decessi, che non è molto inferiore a quello riguardante la popolazione più anziana della prima ondata. Ci stiamo interrogando sui possibili motivi: uno di questi potrebbe essere la degenza troppo prolungata in reparti di sub in-

tervenza, prima che arrivino alla nostra osservazione. In altri termini, proprio la maggiore preparazione del sistema ospedaliero nell'accogliere questo tipo di pazienti potrebbe condizionare un'attesa eccessiva prima del ricovero in rianimazione. Cosa è cambiato rispetto ad un anno fa nell'organizzazione ospedaliera? Il numero di posti in ter-



**Nelle terapie intensive degli ospedali italiani oggi ci sono al massimo 7500 posti, non dieci mila come era in progetto un anno fa. E il personale è ancora insufficiente. È stremato**

più intensiva è mediamente aumentato? C'è più disponibilità di anestesisti e personale specializzato? Il numero di letti è aumentato, ma non quanto le istituzioni nazionali e regionali sostengono: partivano da circa 5 mila posti in epoca pre pandemica, ed erano stati annunciati 10 mila posti nel giro di un anno. Un numero che

noi che la Sisaarti avremmo ritenuto assolutamente irreali, sostenendo che si potevano aggiungere al massimo 3 mila posti, mantenendone la qualità ovviamente. Oggi siamo al massimo a 7500 posti veri in terapia intensiva. Rimane stabile anche il problema del personale: abbiamo reclutato tutti gli anestesisti già formati disponibili in Italia (qualche centinaio), abbiamo supplito addirittura con il richiamo dei neo-pensionati, su base volontaria naturalmente, e con i colleghi specializzati degli altri due anni (circa un migliaio), ma più di questo non riusciamo a fare. Quindi non ci sono grandi differenze? No, anche perché i nostri anestesisti ospedalieri sono stanchi e provati: da ferie non godute, turni massacranti, straordinari non pagati e blocco di qualunque tipo di attività altra, per esempio quella formativa. Con un grande impatto anche sulla vita privata di una popolazione. La nostra, che conta il 65% di colleghe donne.

# Posti letto in più solo sulla carta

## «Mancano tremila anestesisti»

La denuncia del sindacato: «Sui 9mila in teoria disponibili possiamo utilizzarne a stento 7.500»

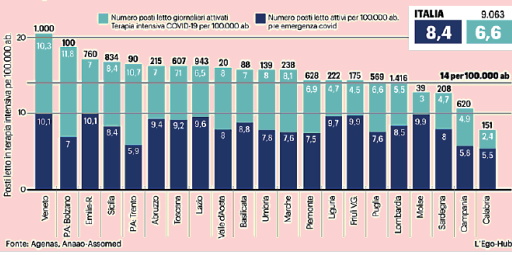
ROMA

«La situazione è seria e potrebbe presto diventare drammatica. I tassi di occupazione nelle terapie intensive si stanno avvicinando a quelli della primavera dello scorso anno. Nonostante i letti di rianimazione siano aumentati, la base molto più larga dei contagiati - siamo passati dai 108-109 mila malati di aprile agli 80-81 mila di novembre e i 970 mila oggi - mantiene altissima la pressione sulle terapie intensive, anche perché i letti veramente operativi sono meno di quelli che dicono le regioni e comunque manca personale. Evidentemente in estate qualcuno si era illuso. Il che è grave». Parla chiaro il dottor **Alessandro Vergallo**, anestesista rianimatore agli Speciali Civili di Brescia,

concordo affatto sui dati Agnaso, che vengono dalle Regioni. A mio avviso molti letti sono sulla carta, fisicamente esistenti, ma non davvero operativi. Quanti? Può fare una stima? «Degli oltre novemila quelli operativi sono a nostro avviso tra i 7.500 e i 7.600. E ci sono letti e letti. Quelli di un reparto di rianimazione vero, con tutte le dotazioni, e poi quelli ricavati magari nelle cosiddette "recovery room" delle sale operatorie: stanze di osservazione per chi uscirà da un intervento e che sono state trasformate in rianimazioni. Scelta di emergenza, da ospedali di guerra, che non possono dare gli stessi risultati di un reparto vero e proprio». E poi c'è il problema della carenza di personale. «Il problema delle carenze di organico è gravissimo. Non basta

### Posti letto teorici

Il grafico riporta i posti letto attivati sulla carta da singole regioni. Prima dello scoppio dell'epidemia erano 5.404. Per ogni posto letto deve esserci un medico rianimatore. Quindi sui circa 4.000 posti letto aggiuntivi, solo 1000 sono davvero operativi, in quanto rispetto a un anno fa sono stati assunti solo mille anestesisti in più per far fronte all'emergenza.



## Anestesiisti a Governo: risposte concrete a chi è in prima linea

Lettera aperta AARO-EMAC alle Istituzioni



## Perché nelle Marche le terapie intensive sono al collasso

Le Marche sono la prima regione italiana per occupazione dei posti letto in terapia intensiva: la soglia massima del 30% è stata più che raddoppiata e si sfiora ormai il 66%. Marco Chiarello, Presidente dell'Associazione degli Anestesiisti Rianimatori: «Colpa dei ritardi del governo nell'imporre nuove chiusure. I medici sono costretti a turni massacranti, non riposano da oltre un anno. E gli interventi chirurgici non urgenti stanno slittando di sei mesi?».

### la Repubblica BARI

13 Marzo 2021 - La Repubblica (ed. Bari)

L'interessato

## Amendola "Sono strapiene tutte le Terapie intensive, ma ho visto girare altri dati"

di Antonio Casanova

«Le terapie intensive in Puglia, e in particolare a Bari, sono tutte strapiene. Per questo si ricoverano i pazienti in posti di fortuna come le sale operatorie. Adesso l'unica misura per migliorare la situazione è il lockdown, altrimenti finiranno anche i posti di Bari e non sapremo dove ricoverare le persone». Antonio Amendola, presidente regionale dell'Associazione degli Anestesiisti Rianimatori, teme che la situazione negli ospedali pugliesi vada fuori controllo.

**Il governo pensa in buona fede tutta la Puglia, non soltanto Bari e Taranto. Come? «Noi abbiamo un grande incremento di contagi e questo preoccupa molto i medici di tutta la nostra regione».**

**In questo contesto sarebbero stati molto utili 150 posti letto della Fira del Levante, ancora inutilizzati.**

**«L'idea mi è difficile da spiegare perché è un problema aggiuntivo. Ma a parte questo, avremmo potuto riaprire prima questo risultato se solo la Regione si fosse confrontata prima con la parte sociale. Non ci voleva molto. Nel nostro oggi non sappiamo con quali finanziamenti deve andare avanti questa struttura».**

**Si registra però uno scarso fra i posti letto realmente occupati nelle terapie intensive, e non solo, e i dati riportati dall'Agnaso sull'occupazione dei reparti, meno**



«Negli ospedali toscani mancano tra i 50 e i 60 anestesisti», a dirlo è il dottor Luigi De Simone, responsabile di terapia intensiva all'ospedale universitario di Pisa e presidente di AARO-EMAC Toscana. Il sindacato di riferimento del settore. Proprio nel momento in cui il tasso di occupazione Covid delle terapie intensive, secondo i dati di Agnaso, raggiunge il 43,2 per cento sopra la soglia critica, e il totale dei pazienti in alta intensità tocca quota 216 (legge 36 in meno del picco massimo dello scorso novembre), il bilancio delle carenze di organico di anestesisti rianimatori si fa pesantissimo.

«Si tratta di una situazione di difficoltà che si è creata nel tempo e che nasce da una sbagliata programmazione da parte di molti governi sulle scuole di specializzazione», spiega De Simone. «Ma anche le tante assunzioni fatte

**DENTRO I FATTI**  
Il virus che non molla

**AARO-EMAC**  
Associazione Anestesiisti Emergenza Area Critica Ospedalieri Italiani

**IN DIRETTA SKYPE** ALESSANDRO VERGALLO Presidente Nazionale AARO-EMAC

## Terapie intensive, i conti non tornano

### Mancano anestesisti, come un anno fa

#### Il saldo negativo è di 180 specialisti. Ma i posti letto sono occupati al 43%

«Negli ospedali toscani mancano tra i 50 e i 60 anestesisti», a dirlo è il dottor Luigi De Simone, responsabile di terapia intensiva all'ospedale universitario di Pisa e presidente di AARO-EMAC Toscana. Il sindacato di riferimento del settore. Proprio nel momento in cui il tasso di occupazione Covid delle terapie intensive, secondo i dati di Agnaso, raggiunge il 43,2 per cento sopra la soglia critica, e il totale dei pazienti in alta intensità tocca quota 216 (legge 36 in meno del picco massimo dello scorso novembre), il bilancio delle carenze di organico di anestesisti rianimatori si fa pesantissimo.

«Si tratta di una situazione di difficoltà che si è creata nel tempo e che nasce da una sbagliata programmazione da parte di molti governi sulle scuole di specializzazione», spiega De Simone. «Ma anche le tante assunzioni fatte nell'ultimo anno non hanno risolto i problemi». I numeri di Agnaso sono imprecisi: «Sotto prima della pandemia, avevamo stimato la carenza in Toscana nell'ordine di 500 anestesisti. Da allora le assunzioni ci sono state: circa un centinaio di specialisti, e, oltre a questi, anche una cinquantina di specializzandi del quarto e quinto anno di corso. Il problema è che nel frattempo circa 90 anestesisti sono andati in pensione. E, inoltre, il Covid ha aumentato il fabbisogno di questi professionisti perché sono state aperte molte terapie intensive in più».

Le situazioni di maggiore difficoltà, secondo il dottor De Simone, si registrano negli ospedali periferici, i più piccoli e i più carenti in termini di personale, e, all'opposto, nei tre grandi ospedali universitari (Careggi, Cisanello e Scotti), «perché è lì che si concentra il grosso del ricovero».

«Non c'è un medico che arranga molto i giovani: non c'è possibilità di fare attività privata, né libera professione», dice ancora De Simone. «Se a questo ci aggiungiamo che i medici pubblici in Toscana hanno gli stipendi tra i più bassi d'Italia, il quadro è scuro anche in prospettiva. Chiedono abbiano gli stipendi degli specialisti degli ultimi anni di corso. Il margine è ridottissimo». Sul fronte dei ricoveri Covid totali, la Toscana a ieri è arrivata invece a 2.700 pazienti (e in più) confermando la tendenza in crescita degli ultimi tempi. Quanto ai contagi, sono 1.000 i nuovi casi notificati, meno dei giorni scorsi, visto il calo domenicale dei tamponi effettuati. Tanto che la percentuale di positivi si alza al 43,2%. Sono invece sui 1.000 decessi, ormai arrivati a 5.207 dall'inizio della pandemia.

66

**DENTRO I FATTI**  
I numeri della pandemia

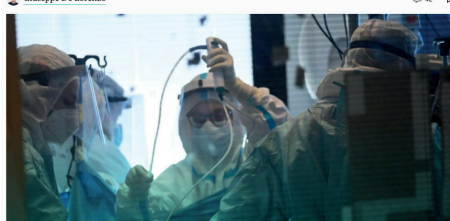


Posti letto fasulli e pochi medici. Così è tornata l'emergenza Covid

1 Aprile 2021 - 09:22

La verità sulle terapie intensive: "I letti sono di meno". Saturazione oltre il 45%. L'allarme: "Mancano 4mila rianimatori"

Giuseppe De Lorenzo



Friuli Venezia Giulia, denuncia di anestesisti e rianimatori: "Sottostimati i ricoveri in terapia intensiva". E intanto la regione torna arancione



Secondo una lettera dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori ospedalieri al presidente Massimiliano Fedriga, la vera percentuale di pazienti Covid sottoposti a cure intensive supera il 50%. Perché i ricoveri di semintensiva di Palmanova e Gorizia sono tutti gli effetti vere terapie intensive...

ANSA

ANSA-FOCUS/TERAPIE INTENSIVE ANCORA OLTRE SOGLIA MA IN CALO Occupatissimi limiti effetti terapie arancione (ANSA) - ROMA, 12 APR. - Dopo tre settimane di continuo aumento diminuisce, a livello nazionale, l'occupazione di terapie intensive da parte di pazienti Covid-19. La percentuale scende, infatti, al 39%, rispetto al 41% del 29 marzo, pur restando 9 punti oltre la soglia critica del 30%.

adnkrone

COVID: ANESTESISTI, NO A METODI ELASTICI SU CONTEGGIO POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA

Roma 14 apr. (Adnkronos Salute) - "Affinché tutti i decisori politici ed amministrativi del Ssn siano messi in grado di prendere le più opportune iniziative di contenimento di una pandemia ancor oggi fuori controllo, ribadiamo ancora una volta che dev'essere chiaro a tutti che i criteri utilizzati per il conteggio dei posti letto in terapia intensiva non possono e non devono in alcun modo essere "elastici".

Covid, i sindacati dei medici al ministro Speranza: "Inviati i Nas in Puglia per le verifiche sulla gestione della pandemia"

È la richiesta dei medici pugliesi: "Servono tutte le opportune verifiche di conformità alle vigenti normative"



LAVORO E PROFESSIONE

Gli anestesisti alle Regioni: qual è il metodo di conteggio dei posti letto di rianimazione? No a criteri «elastici», serve chiarezza

AARO-EMAC

Affinché tutti i decisori politici e amministrativi del Ssn siano messi in grado di prendere le più opportune iniziative di contenimento di una pandemia ancor oggi fuori controllo, ribadiamo che dev'essere chiaro a tutti che i criteri utilizzati non possono e non devono in alcun modo essere "elastici", in quanto - se, allorché e laddove i dati risentono di "interpretazioni" - è evidente che rischiano di influenzare negativamente le suddette iniziative. I dati

LA LETTERA IL PRESIDENTE NAZIONALE FEDERICA MARANGIO ALESSANDRO VERGALLO SCRIVE AL GIORNALISTA GIORNANO DI PIETRO

«Ma gli Anestesisti Rianimatori del Moscati salvano vite umane, infondate quelle accuse»

FEDERICA MARANGIO

«Spiace davvero - prosegue la lettera - che a più di 100 contro un intero reparto e contro tutti i suoi operatori sanitari che hanno dimostrato grande abnegazione e spirito di sacrificio nel loro lavoro, con il tanto scopo di salvare vite umane. Si Direttore, proprio così. I Rianimatori Moscati salvano vite umane, e i Colleghi del Moscati non fanno eccezione, essendo perfettamente in grado di gestire i pazienti critici Covid-19 salvati quando questi sono possibili. Abbiamo chiesto al presidente Vergallo il perché di un attacco tanto violento. Non sappiamo - ha risposto - per quale motivo proprio i Colleghi del Moscati siano stati fatti oggetto di quest'attacco. Nella trasmissione, in particolare, una persona con il volto occultato ha affermato due cose che ci sono sembrate inverosimili...

SALUTE 19 Aprile 2021 12:12

Riapertura, Vergallo (Aaroi-Emac): «Pressione terapie intensive ancora importante. Bilanciare esigenze di salute con economia»

Il Presidente dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri e le decisioni spettano alla politica ma devono seguire, con criteri di prudenza, la scienza e la situazione attuale del Ssn. L'urto di questa natura, a distanza di qualche mese, sarebbe ancora più pericolosa delle precedenti perché si aggiungerebbe a un numero esistente di contagi e ricoveri in un valore oggi pari a zero.

di Valeria Franzoni



"No a un allentamento prematuro delle restrizioni, ospedali ancora sovraccarichi". L'appello dei sindacati medici alle Istituzioni

L'intersindacale: "Ci sono segnali di rallentamento della crescita dei contagi da Sars-CoV-2, tuttavia le condizioni di sovraccarico di tutto il sistema ospedaliero, con indici di occupazione delle terapie intensive e delle aree mediche COVID ben oltre le soglie critiche individuate, nonché la marcata circolazione del virus, con circa 530mila contagi attivi, e la persistente elevata mortalità impongono molta cautela nell'allentare le misure restrittive della movimentazione sociale". Un rallentamento delle restrizioni sarà possibile solo con contagi giornalieri al di sotto di 5.000 casi.

13 APR - "I dati delle ultime settimane mostrano progressivi segnali di rallentamento della crescita dei contagi da Sars-CoV-2, tuttavia le condizioni di sovraccarico di tutto il sistema ospedaliero, con indici di occupazione delle terapie intensive e delle aree mediche COVID ben oltre le soglie critiche individuate, nonché la marcata circolazione del virus, con circa 530mila contagi attivi, e la persistente elevata mortalità impongono molta cautela nell'allentare le misure restrittive della movimentazione sociale".

"Il personale sanitario - scrivono i sindacati -, impegnato quotidianamente - 7 giorni su 7, di giorno e di notte - e oltre un anno nella lotta contro la pandemia da Sars-CoV-2 e la sua malattia Covid-19, si trova ad affrontare ancora per tutto il 2021 criticità di ogni tipo dovute al sovraccarico degli ospedali, che con la terza ondata insieme in successione tutta la nostra penisola, anche aree precedentemente risparmiate, come dimostra il caso Sardegna".

Occupati da pazienti covid-19. Quali sono i posti effettivi?

"Rispetto ai 9100 di Agenas noi stiamo bene che ce ne siano al massimo 5mila. Quindi stiamo parlando di almeno mille posti in meno. Come mai i dati di Agenas sono così alti?"

"Teniamo che almeno in alcune regioni posti letto di rianimazione per i nostri operatori, dove in una situazione assolutamente emergenziale quella che se è verificata nei primi mesi del 2020, sono stati curati e salvati molti pazienti sottoposti a cure rianimatorie. Ma è distanza di un anno. I posti reali di rianimazione da conteggiare come disponibili devono essere soltanto quelli pienamente rispondenti a tutti i requisiti strutturali e



ALESSANDRO VERGALLO SEGRETARIO NAZIONALE AARO-EMAC ANESTESISTI RIANIMATORI

L'intervista Alessandro Vergallo

«Posti nelle terapie intensive dati sballati dalle Regioni Ce ne sono mille in meno»

Conoscere il numero esatto dei posti letto di terapia intensiva disponibili per i pazienti covid è dopo più di un anno di pandemia una delle domande che ogni cittadino dovrebbe essere ormai sciolta. Eppure, pare si giochi a tombola anche con questi dati. A leggere le tabelle di Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari, sarebbero 5mila. Ma se si scrive Alessandro Vergallo, presidente dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica, «possiamo contare su circa 5mila posti». Quali è la situazione reale negli ospedali oggi?

Alessandro Vergallo, presidente dell'AARO-EMAC



IL PRESIDENTE DEI RIANIMATORI: POSSONO PORTARE A UNA SOTTOSTIMA DEL RISCHIO DI UNA RIPRESA DEI CONTAGI



Covid-19, il monitoraggio degli anestesisti alle Regioni sui posti letto in terapia intensiva

Messa alle strette dall'emergenza Covid, nelle terapie intensive le regioni sono finite più del dovuto, sfiorando la soglia di sicurezza. Bisogna di circa 8000 posti letto complessivi e il livello nazionale richiesto dai decreti della scorsa estate per poter far fronte all'emergenza di 9100 letti, sono giunti a 9100 posti. 14 ogni 100 solo all'incirca, quasi come la Francia. Ma di che letti si tratta? Quale personale vi gravita attorno? È sufficiente, dedicato, preparato? Le domande le pone il documento del sindacato Aaroi-Emac che riassume gli anestesisti-rianimatori, pubblicato a dicembre del 2020.

I numeri dell'Aaroi-Emac rivelano che ci sarebbero almeno sei regioni senza più letti intensivi attivabili. Anziché, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Veneto e Provincia di Bolzano. Secondo gli anestesisti, è possibile che da regioni siano "profondamente intossicati" letti occupati in corso di alta senza, subito o da adesso al bicchiere. Aaroi-Emac porta ad esempio la situazione del Veneto. Lo scorso settembre la Regione riferiva di aver attivato 52 letti di terapia intensiva su cui ne sarebbero potuti aggiungere 191 da pronti occupare da reparti Emergenza e 207 "inoccupabili", di cui 111 da sale operatorie e 176 da terapie semi-intensive, con mille Oxygen, proprio nelle sue otto "Letti Intensivi". Il Veneto secondo i dati Agenas, e di occupabili non ce n'è uno.

Alessandro Vergallo, presidente Aaroi-Emac, nel comunicato d'annuncio del documento avverte che non andrebbe rigiocato il conteggio dei letti di terapia intensiva e quali sono i numeri reali. «I posti letto disponibili per i pazienti covid sono sottoposti a una costante e onerosa strategia di contenimento della pandemia. Per legge, i letti di contenimento si finiscono sarebbero solo quelli in uso, non è un semplice numero di letti di terapia intensiva che si trova in un ospedale. Ma, che sia un numero di letti di terapia intensiva per ogni posto letto, allora la situazione non è altro che un'illusione. La situazione è che da una sicurezza di occupare un paziente che altrimenti rischierebbe di morire. Ora, che per un'attesa migliore questo indicatore, anche chi converte letti inutilizzati ed inutilizzati rischia di non dare la stessa risposta, spesso, semplicemente, senza posti ai reparti semi-intensivi - posti di cui c'è estremo bisogno nell'emergenza Covid-19, sono chi a decreti ed obblighi dove per ogni letto di terapia intensiva, e tendono a conteggiare come zero».

Carenza anestesisti rianimatori, l'Aaroi-Emac Moise chiede un incontro urgente al Commissario ad acta e all'Asrem

20 Aprile 2021

**L'allarme dei rianimatori: "I reparti sono pieni"**

Gli anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica appartenenti all'Aaroi-Emac della Toscana, "considerato l'attuale numero elevato di contagi e di ricoveri sia in reparto medico che di terapia intensiva, soprattutto se confrontato con lo stesso dato di un anno fa, esprimono una forte preoccupazione per le scelte di allentamento delle misure di contenimento della pandemia che vengono percepite dalla popolazione come un pericoloso liberi tutti". Per Aaroi-Emac, "una caduta del livello di attenzione, da parte delle persone, con questi numeri, nonostante la campagna vaccinale stia iniziando solo ora a essere a pieno regime, può comportare una recrudescenza dei contagi con un eventuale nuovo picco pandemico nel corso dell'estate, vanificando tutti gli sforzi e i sacrifici fatti finora. L'associazione ha chiesto poi un incontro urgente alla Regione per il "permanere delle criticità" nel servizio sanitario, dalla carenza di organico a "una conduzione assolutamente deficitaria nella gestione dei tracciamenti e lentezza nell'attivazione dei percorsi in risposta ai nuovi picchi di ricoveri ospedalieri".

**Restrizioni e colori Regioni, anestesisti: "Bene revisioni parametri"**

12 maggio 2021 | 19:27  
LETTURA: 2 minuti

"Giusto dare più peso all'occupazione dei posti letto in terapia intensiva, lo chiediamo da 1 anno"



**Covid Toscana, gli anestesisti: «Serve prudenza, invece è passato il liberi tutti»**

Lettera ai toscani: «Ospedali più pieni rispetto a fine lockdown del 2020»

di Giulio Gori

A lanciare l'allarme contro il «liberi tutti» sono gli anestesisti rianimatori toscani, i medici impegnati in prima linea nelle terapie intensive Covid. Attraverso il loro sindacato, Aaroi-Emac, in una nota, fa, «esprimono una forte preoccupazione per le scelte di allentamento delle misure di contenimento della pandemia che vengono percepite dalla popolazione come un pericoloso "liberi tutti"».

**Anestesisti, ok chiusura reparti ma attendere fine 2021 per eliminarli**

"Sicuramente oggi i numeri della pandemia ci consentono di non aver più reparti Covid, con posti letto di rianimazioni dedicati, quindi ben venga la chiusura ma aspetterei tutto il 2021 per 'demolirli' del tutto. Non facciamo festa troppo presto ma cerchiamo di essere preparati se l'epidemia dovesse ripresentarsi a settembre-ottobre". Ad affermarlo all'Adnkronos Salute è Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, Aaroi-Emac, commentando le prime chiusure dei reparti Covid come quello simbolo dell'ospedale di Codogno. L'appello "ad essere prudenti" del sindacato riguarda anche il numero di specialisti impegnati nella lotta al Covid. "Il fatto che ci siano state delle iniezioni di nuovi anestesisti-rianimatori nel sistema per tamponare la grave lacuna accumulata negli anni non deve essere considerata la soluzione al problema - rimarca Vergallo - perché sono arrivati i colleghi degli ultimi anni di specializzazioni, serve invece un impegno maggior su questo fronte. Quello che è stato fatto arriva malapena a mettere una toppa sulle carenze del personale". "Oggi non possiamo sapere quello che accadrà a livello epidemico in autunno - conclude Vergallo - Se osserviamo anche quello che è accaduto lo scorso anno proprio in questo periodo ci fu una discesa dei contagi, oggi abbiamo i vaccini e li stiamo usando ma non sappiamo quanto vale il loro peso nel progressivo miglioramento della situazione rispetto al cambio climatico dovuto alla stagione estiva. Visto che non abbiamo certezze, cerchiamo di essere prudenti con tutte le misure, rispettiamo ancora le indicazioni del distanziamento e dell'uso della mascherina".

**Terapie intensive, Vergallo (Aaroi): in calo i letti Covid ma è meglio non smantellare. Ospedale ancora indispensabile**

TAGS: TERAPIA INTENSIVA, TERAPIA INTENSIVA, COVID-19



Meglio aspettare l'autunno prima di eliminare posti letto Covid, sia nei reparti semintensivi sia in ricovero ordinario. Ce ne potrebbe essere bisogno ancora. Lo spiega Alessandro Vergallo anestesista rianimatore presidente del sindacato Aaroi-Emac. Anche se oggi i numeri della pandemia consentono di riconvertire letti dedicati ai malati Covid, nulla esclude il rischio di una possibile ripresa del virus ai primi freddi. «Ancora una volta dovremo essere preparati», dice Vergallo. Che



**COVID: ANESTESISTI AAROI, 'DELTA'? NON RIPETIAMO AUTUNNO 2020, SERVE TRACCIAMENTO?** - Vergallo. "In terapie intensive meno pressione psicologica e di lavoro, ma non si può mollare". Roma, 25 giu. (Adnkronos Salute) - "Fortunatamente stiamo assistendo a una 'normalizzazione' nelle terapie intensive. Anche lo scorso anno, però, abbiamo avuto, nella stessa stagione, quasi un acceramento dei ricoveri Covid. La differenza, oggi, è la presenza dei vaccini. Su questo si fonda un po' di ottimismo. Ma non siamo completamente sereni, perché l'efficacia della copertura vaccinale rispetto ai contagi oggi è sottotraccia, visto che è enormemente diminuito il numero dei tamponi fatti, così come l'attività di contact tracing. Non abbiamo una mappa reale dell'andamento contagi soprattutto della variante Delta". A dirlo all'Adnkronos Salute è Alessandro Vergallo, presidente nazionale del sindacato degli anestesisti rianimatori Aaroi-Emac. Oggi sicuramente, aggiunge, "c'è meno pressione psicologica lavorativa sul personale delle terapie intensive, ma proprio ora non bisogna mollare la presa". Per Vergallo "serve più contact tracing, che del resto, con la diminuzione dei contagi - osserva - dovrebbe essere anche più semplice da fare. Questo ci serve soprattutto per le varianti più pericolose, come la Delta, che si prevede comincerà a circolare di più nel nostro Paese". Gli anestesisti "non vorrebbero ripetere l'esperienza dell'autunno dello scorso anno. Serve tracciamento - avverte - continuare a vaccinare, ma serve anche non abbandonare abitudini di protezione personali, al di là delle aperture di legge. L'igiene sociale resta un'arma importante".

**Covid, anestesisti: "Via mascherine all'aperto? Aspettiamo 15 luglio"**

17 giugno 2021 | 14:14  
LETTURA: 2 minuti

Gli anestesisti: "Più che prolungare lo stato di emergenza, mantenere la prudenza"



**I nodi della sanità  
Allarme anestesisti in ferie dopo il blocco per Covid: 150mila interventi a rischio**

► I rianimatori, reduci da un anno in corsia ► Organici carenti e pressione su chi resta senza soste, dovranno smaltire l'arretrato ► lavoro. «Useremo gli specializzandi»

**IL FOCUS**

**ROMA** Quasi tutta l'Italia potrebbe essere in zona bianca da lunedì 21 giugno. Il passaggio nella fascia con meno restrizioni potrebbe riguardare anche tutto il Paese, ma solamente nel caso in cui si decida di convalidare una deroga all'attuale norme per la Valle d'Aosta, che avrebbe bisogno di un'ulteriore settimana in zona gialla prima di passare in bianca, anche se i dati lo consentirebbero già da ora. La decisione ufficiale si avrà oggi con l'ordinanza del ministro della Salute, Roberto Speranza, che seguirà la pubblicazione del monitoraggio settimanale della cabina di regia Isp-ministero. Cambiano colore la Basilicata, la Calabria, la Campania, le Marche, la Sicilia, la Toscana e la provincia autonoma di Bolzano.

**Contagi in calo ma pochi test da lunedì tutti in zona bianca (con l'incognita Valle d'Aosta)**

di testing che «sottostima» i contagi e -documenta la mancata ripresa del tracciamento dei contatti, che in questa fase della pandemia sarebbe «fondamentale». E il dato emerge chiaramente dal monitoraggio settimanale di Gimbe, la Fondazione guidata da Nina Carnicella, e potrebbe rappresentare un problema perché non fornisce un quadro obiettivo a livello regionale. «Nelle ultime 5 settimane conferma Gimbe - il numero di persone testate si è ridotto del 31,5%, scendendo da 3.247.816 a 2.223.782, con una media nazionale di 122 persone testate al giorno per 100.000 abitanti e rilevanti e ingiustificate differenze regionali». Il re-

port di Gimbe segnala una diminuzione di nuovi casi (1.940 contro 3.208, -39,5%) e di decessi (111 contro 469, -77,1%). Il numero di ricoverati con sintomi (3.333 contro 4.685, -28,9%) e assistiti in terapia intensiva (591 contro 688, -14,1%). Numeri che vengono confermati anche da Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani Aaroi-Emac. «Le terapie intensive Covid si stanno pian piano svuotando», spiega, «ma assistiamo anche a una maggior frequenza di ricoveri più gravi, di persone non vaccinate». Gli ultimi dati regionali di martedì 15 giugno vedono le terapie intensive sotto la

soglia del 5% con circa 500 malati gravi. «Stanno più o meno nella stessa situazione di giugno 2020», aggiunge Vergallo. «C'è quindi un alleggerimento del carico per le rianimazioni. Si stanno anche riducendo i numeri di posti di terapia intensiva dove erano stati implementati. Spero però non si arrivi

vi alla dismissione perché dobbiamo essere sempre pronti per ogni tipo di recrudescenza». Nessun crollo di attenzione è ammesso, dunque. Anche perché c'è lo spettro variante delta. Anche in Italia, la cosiddetta indiana, sta aumentando. «Secondo l'ultima indagine di prevalenza delle varianti pubblicata dall'Istituto superiore di Sanità il 19 maggio - evidenzia ancora Gimbe - la variante delta è all'1% con differenze regionali e un range che va dallo 0,1 al 4,4% in particolare, la diffusione maggiore si registra in Lazio (3,9%), Sardegna (2,9%) e Lombardia (2,5%). E nell'ultima settimana sono stati isolati due focolai a Milano e Brindisi, segno di una sua maggior diffusione sul territorio nazionale».

di ANSA/AGENZIE/ATA

**GLI ANESTESISTI: «NELLE TERAPIE INTENSIVE ABBIAMO SOLTANTO PAZIENTI CHE NON SI ERANO VACCINATI»**

## Covid, anestesisti: "Vicini a inizio quarta ondata, ma sarà diversa"

21 luglio 2021 | 13.25  
LETTURA: 1 minuto



Il presidente Vergallo: "Abbiamo vaccinato la metà degli italiani e di questo dobbiamo tenerne conto"



## Covid. Aaroi-Emac: "Mancano anestesisti rianimatori e medici di pronto soccorso. Servono risposte concrete, non fantasiose"

**L'Associazione ritiene necessario in primo luogo procedere, nella misura più estesa possibile, per entrambe le Specialità, alle assunzioni di Specialisti e al reclutamento dei Medici in Formazione degli ultimi due anni; è "indispensabile, inoltre, favorire le attività aggiuntive dei Professionisti disponibili anche incrementandone la remunerazione oraria".**

**14 LUG** - La carenza di Medici di Pronto Soccorso, così come la carenza di Medici Anestesisti Rianimatori, è da anni – ben prima della pandemia – una questione nota che ciclicamente si ripresenta in maniera dirompente come sta accadendo in questo periodo, particolarmente in alcune Regioni. Una soluzione nell'immediato non esiste, anche perché occorrerà attendere alcuni anni prima che l'aumento delle Borse di Studio per le due Discipline Artid e Meu produca i suoi effetti. L'Aaroi-Emac, che rappresenta i Medici Anestesisti Rianimatori e, nell'ambito dell'Emergenza-Area Critica, anche i Medici di Pronto Soccorso, lancia ancora una volta l'allarme sulla necessità di far fronte ad un'emergenza concreta in un momento in cui, alla carenza si aggiunge il diritto alle ferie per tali Medici, che più di tutti da oltre un anno sono in prima linea contro la pandemia Covid-19.

## Covid, anestesisti: soglia intensiva al 20%? Sarebbe follia

"Approvare la proposta delle Regioni di alzare al 20 per cento le soglie critiche costituite dai ricoveri nelle terapie intensive significherebbe non aver imparato nulla dall'esperienza passata". Con queste parole Alessandro Vergallo, presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (Aaroi), commenta all'AGI la richiesta avanzata dalle Regioni di portare, per la zona bianca, il limite massimo di occupazione dei posti letto in area medica al 30 per cento e quello delle terapie intensive al 20 per cento. "Lo scorso anno - ricorda l'esperto - l'ondata pandemica ha provocato nuove difficoltà verso la fine di settembre, fino a raggiungere un andamento esponenziale con un tempo di raddoppio dei ricoveri di circa dieci giorni. Alzare la soglia di criticità significa diminuire le chance di reagire prontamente alle potenziali situazioni emergenziali e aumentare il rischio di non poter intervenire nei venti o trenta giorni successivi al superamento della soglia limite, che rappresentano l'arco di esaurimento della curva".

pagina 14

Cronaca

L'ANDAMENTO DELL'EPIDEMIA

## Si svuotano le rianimazioni ma tornano a salire i contagi

Ieri 90 casi più di lunedì, e cresce il tasso di tamponi positivi. "Primi effetti della variante Delta" Terapie intensive libere in 4 Regioni e una provincia. 191 i ricoverati, ad aprile erano quasi 4mila

di Alessandra Ziniti

**480**  
I nuovi positivi  
Cento in più di lunedì scorso

**1.137**  
Le persone ricoverate  
Ospedali sempre più vuoti



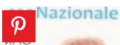
meno dei malati di Covid ricoverati in terapia intensiva, è sceso sotto quota 200, a 191, il 2% dei posti disponibili (solo ad aprile erano 3745). I ricoverati in terapia intensiva sono quelli che ha portato già quattro Regioni (Umbria, Basilicata, Molise, Valle d'Aosta) e la provincia di Bolzano a non avere più alcun letto occupato da pazienti Covid in rianimazione. Si svuotano le terapie intensive e anche i reparti ordinari, una discesa lungamente attesa che fa tirare un sospiro di sollievo anche ai mini-

COVID 13/08/2021 13:50 CEST | Aggiornato 13/08/2021 15:08 CEST

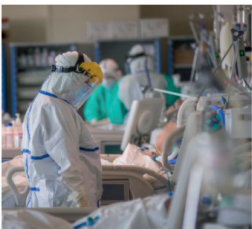
## "Gli irriducibili no vax minacciano denunce anche in terapia intensiva"

Il presidente degli anestesisti Vergallo racconta i reparti Covid. "Ormai il 90% dei pazienti non è vaccinato"

By Adalgisa Marrocco



A sinistra, il dottor Alessandro Vergallo



## Indicatori del rischio, dubbi sui dati delle Regioni

In terapia intensiva più letti che medici. L'indice di saturazione degli ospedali è il più importante per le zone a colori. Ma è facile manipolarlo, visto che chi controlla è anche il controllato. Per mantenerlo sotto la soglia critica e rimanere in zona bianca, le regioni ricorrono a mezzi leciti e no. Ne fanno le spese i pazienti con altre patologie

## Covid, anestesisti: "Oltre 90% in intensiva non vaccinato"

20 agosto 2021 | 15:40  
LETTURA: 2 minuti



Alessandro Vergallo, presidente Aaroi: "Dato che più ci preoccupa è percentuale di under 50 in rianimazione"



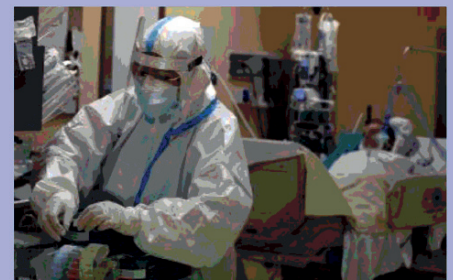
**Covid, Peratoner torna sugli accessi in terapia intensiva: "I numeri sono sbagliati, molto meno quelli dichiarati al Ministero"**



**Oltre 20 mln spesi da Ssn per no vax in terapia intensiva ad agosto**

La provocazione lanciata dall'assessore alla Sanità della Regione Lazio, Alessio D'Amato, di fare pagare le cure Covid ai no-vax (omai oltre il 90% del totale dei pazienti Covid ricoverati in terapia intensiva) ha rilanciato il tema del peso economico del 'no' al vaccino per il Servizio sanitario nazionale e quindi per la comunità. Secondo una stima elaborata dall'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi-Emac) "ad agosto sono stati spesi oltre 20 milioni di euro per i pazienti non vaccinati ricoverati in terapia intensiva", come spiega Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Aaroi-Emac.

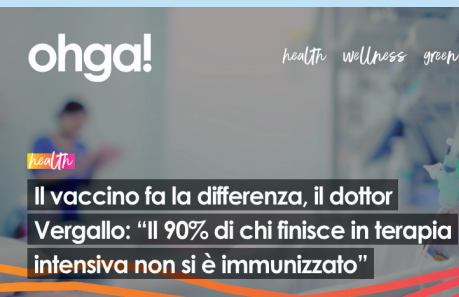
Ma come si arriva a questa stima? "Partiamo dal dato dei non immunizzati in terapia intensiva che il 94% del totale - ricorda Vergallo - Un giorno di degenza in rianimazione può variare tra circa 1.500 a circa 4.500 ma diciamo che il costo medio è almeno 2.200. Ad agosto il numero medio di ricoveri giornalieri in terapia intensiva Covid è stato di circa 320 pazienti (ieri sono stati 544 ndr), quindi in totale ad agosto sono stati spesi circa 22 milioni di euro. Questa 'spesa' è ripartibile così: 94% per i non immunizzati e 6% per i vaccinati, quindi 20,6 mln nel primo caso e 1.2 mln per i secondi". "Se i non immunizzati si fossero invece vaccinati avremmo evitato di buttare tanti soldi - ammonisce Vergallo - Pensiamo solo a quanto ancora siamo in ritardo con il recupero delle liste d'attesa per le altre malattie che, purtroppo, non si sono mai fermate".



**Quanto costano i ricoveri dei non immunizzati «In un mese spesi oltre 20 milioni di euro»**

Secondo una stima elaborata dall'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi-Emac) «ad agosto sono stati spesi oltre 20

milioni di euro per i pazienti non vaccinati ricoverati in terapia intensiva», spiega Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Aaroi-Emac.



**Covid, anestesisti: "Non vaccinati allarmano"**

18 ottobre 2021 | 14.01  
LETTURA: 1 minuti

Vergallo (Aaroi-Emac): "Ora situazione sotto controllo". L'appello a zoccolo duro: "Immunizzarsi salva dalla rianimazione"



**Anestesisti: "Terapie intensive non preoccupano grazie a vaccinazioni"**



"La preoccupazione di una possibile nuova ondata pandemica, con nuove pressioni sulle terapie intensive, non c'è. E se non l'abbiamo è merito di una copertura vaccinale piuttosto alta, anche se ancora lontana da quel 95% che ci renderebbe più tranquilli". A dirlo Alessandro Vergallo, presidente nazionale dell'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi-Emac), in merito all'andamento in lieve crescita dei casi di Covid-19.

**Covid oggi Italia, rianimatori: "Intensive reggono, ma preoccupa chi è senza vaccino"**

30 ottobre 2021 | 16.37  
LETTURA: 1 minuti

"Allibiti da manifestazioni No Green pass"





Il rappresentante di categoria: non serve solo la terza dose, chi non si è mai immunizzato lo faccia adesso per il bene di tutti
Boom di contagi, gli anestesisti: vaccinatevi

Galano (Aaroi): terapie intensive ancora sotto controllo, ma tutti devono stare attenti

CASERTA (Renato Casella) - Contagi in salita, ma i reparti di Terapia intensiva al momento non ne risentono. Le vaccinazioni stanno funzionando e bisogna andare avanti su questa strada, dice Giuseppe Galano segretario regionale del sindacato di categoria degli anestesisti Aaroi-Emac. "Voglio essere ottimista e se l'andamento delle vaccinazioni è quello attuale spero che non andremo in difficoltà. In questo momento nelle terapie intensive è subintensiva c'è ancora una situazione di buona ricettività, ma tutto è condizionato dalla condotta dei cittadini. Se riusciamo a mantenere comportamenti attenti - indossare la mascherina, mantenere la distanza di sicurezza ed evitare contatti troppo affollati - la Campania può reggere". Un discorso a parte lo meritano le vaccinazioni: "Non parlo solo delle terze dosi - nota Galano - ma delle persone che non si sono ancora vaccinate e che alla fine mettono a rischio anche la ricettività degli ospedali". Il rappresentante degli anestesisti



lancia quindi un appello a immunizzarsi al più presto. "Altrimenti si mette a rischio la collettività: la maggior parte dei ricoveri, specialmente di alta gravità, sono legati alla mancanza di vaccinazione". Alcuni ospedali, aggiunge Galano, sono poi in sofferenza per i ricoveri ordinari: paradossalmente, il miglioramento della situazione pandemica ha evidenziato i problemi di sempre. "La gente ha ricominciato a curarsi e ad andare in ospedale per gli altri problemi di salute, per cui i grandi ospedali polispecialistici soffrono per la maggiore affluenza". Sulla stessa linea si schiera la Società scientifica di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva-Siaarti. "Chiediamo al governo di mettere in atto già da subito la manovra necessaria per una maggior attenzione socio-sanitaria, senza attendere il colore 'giallo' che significa già l'1% di ricoveri in più e nuovi morti". Anche perché "a seguito del ricovero in terapia intensiva i pazienti per motivi diversi, a volte ideologici, altre volte per paura e di attenersi con estrema attenzione alle norme di prevenzione, mi riferisco all'uso delle mascherine ed alla frequente disinfezione delle mani". Lo ha detto Antonio Giarratano, presidente Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva-Siaarti. "Chiediamo al governo di mettere in atto già da subito la manovra necessaria per una maggior attenzione socio-sanitaria, senza attendere il colore 'giallo' che significa già l'1% di ricoveri in più e nuovi morti". Anche perché "a seguito del ricovero in terapia intensiva i pazienti per motivi diversi, a volte ideologici, altre volte per paura e di attenersi con estrema attenzione alle norme di prevenzione, mi riferisco all'uso delle mascherine ed alla frequente disinfezione delle mani". Lo ha detto Antonio Giarratano, presidente Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva-Siaarti.



Il responsabile regionale dell'Aaroi Galano

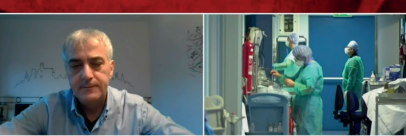
Covid Trieste, allarme anestesisti: "Situazione grave"

02 novembre 2021 | 10:02 LETTURA: 1 minuto

"Impennata contagi, in città 1 su 3 non vaccinato"



INATALE SUPER PASS



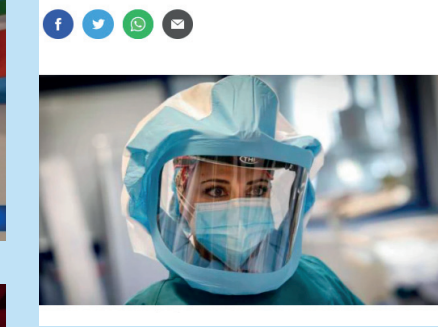
ANESTESISTI: EVITIAMO IL COLLASSO CON L'OBBLIGO VACCINALE

TANTE CARE DOSI



Covid Italia, gli anestesisti: "Senza stretta fra un mese sarà caos rianimazione"

Gelmini: a breve confronto Governo-Regioni. Alcuni governatori in pressing su un 'd lockdown differenziato non è sul tavolo'



Pnrr Salute, il caso terapie intensive e il rischio di sprecare 15 miliardi

Il bilancio: su 41 posti letto per 100 abitanti, la copertura degli ospedali è il 20% e il rischio è di perdere altri 15 miliardi. I costi di gestione a livello locale potrebbero far saltare i posti sovrintesi

A grid of small images and text snippets, including a table with numbers 1 through 6 and various labels like 'Miliardi' and 'Pnrr'.

News snippets from Rai News 24 and Parlamento, including headlines like 'ULTIMA ORA COSTA: IN CASO DI REGIONE 'ARANCIONE' I VACCINATI ABBIANO PIU' LIBERTA''. Includes a small image of a man in a suit.

LAVORO E PROFESSIONE Gli anestesisti rianimatori a Speranza: «premiati» anche noi. Poi: mancano specialisti, nel Pnrr limite di 6mila letti fino al 2025

di Red. San.

Coglie i tassisti dei premi promessi dal ministro della Salute - 90 milioni in manovra per i colleghi "cugini" del Pronto soccorso - il sindacato Aaroi-Emac. Che rivendica risorse in più anche per gli anestesisti rianimatori, professionisti in primo piano nella gestione della pandemia - e chiede una revisione strutturale delle condizioni di lavoro. In un documento inviato al ministro, che allegiamo, spiega che per la carenza di specialisti il Pnrr non potrà implementare più di tanto i posti letto nelle rianimazioni, se parallelamente non si investirà sulla formazione e non si immetteranno "risorse fresche" nella categoria.

## IL RISCATTO AGEVOLATO DELLA LAUREA NON HA SCADENZA

Una buona notizia: il riscatto agevolato della laurea e dei periodi di studio universitari (specializzazione, dottorato) non scade il 31 dicembre 2021 ma è norma a regime attivabile anche negli anni successivi.

La tipologia di riscatto della laurea (agevolato o ordinario) va ponderato e personalizzato.

INPS nella circolare allegata all'informativa ha precisato che il riscatto agevolato della laurea non scade il 31 dicembre 2021, ma norma a regime e pertanto potrà essere effettuato in futuro senza scadenza. Soddisfazione in particolare per i giovani che privi di reddito (o con redditi non imponibili come gli specializzandi) non avrebbero potuto fruire in tutto o in parte delle rilevanti deduzioni fiscali (fino al 45% del costo totale). Non solo, ma i giovani che non hanno una collocazione lavorativa definitiva possono opportunamente attendere e riscattare nella cassa coerente con l'occupazione stabile allineando il riscatto alla contribuzione collegata alla definitiva collocazione lavorativa senza dover ricorrere a ricongiunzioni talora onerose.

Anche per i meno giovani avere a disposizione uno strumento esigibile anche in futuro consente di non dover fare delle scelte forzate potenzialmente inopportune o intempestive in particolare nell'imminenza di modifiche legislative.

In particolare è utile ricordare che il ricorso al riscatto agevolato comporta **OBBLIGATORIAMENTE** e **IRREVERSIBILMENTE** il calcolo della pensione con il sistema contributivo.

È evidente che coloro che hanno iniziato il corso di laurea a partire dall'anno accademico 1996-97 non hanno alternative al sistema contributivo e pertanto il riscatto della laurea non consente di avere una contribuzione anteriore al 1996 e pertanto il riscatto agevolato è un'ottima opportunità per chi non vuole investire capitali rilevanti. Ricordo che il riscatto agevolato costa al momento circa 5.250 euro lordi per ogni anno riscattato con recupero fiscale di circa il 45% per i dirigenti rateizzabili in 10 anni. In pratica il riscatto agevolato comporta una riduzione della busta paga di circa 140

euro netti al mese per 10 anni. Il riscatto ordinario costa mediamente 20.000 euro per ogni anno riscattato ovvero circa quattro volte tanto.

Tuttavia il riscatto agevolato pur determinando ovviamente un minore incremento della pensione rispetto a quello ordinario ai fini dell'anzianità e dell'eventuale anticipo dell'età di pensionamento, è equipollente a quello ordinario.

Coloro che hanno iniziato il corso di prima del 1996-1997 devono fare molta attenzione infatti il riscatto ORDINARIO rappresenta l'ultima opportunità di accedere al sistema misto opportunità definitivamente preclusa per coloro che accedono al riscatto agevolato.

I benefici per coloro che si sono immatricolati nell'anno accademico 1995-1996 sono limitati infatti accedono al misto, ma limitatamente alla quota B e per un anno solo, in pratica un beneficio del 2% sulla pensione futura.

Ben diversa è la situazione di coloro che si sono immatricolati nel 1994-1995 o negli anni precedenti costoro con il riscatto ORDINARIO accedono AL SISTEMA MISTO CON QUOTA A che vale almeno il 23,8% di incremento della pensione futura (conteggiata sull'ultima busta ante 1993 e sulla media degli ultimi 5 anni per gli ante 1995).

Analogo il ragionamento per coloro che al di fuori dei periodi di studi possono vantare contribuzioni anche figurative (servizio militare, gravidanze) anteriori al 1996. Anche per costoro il riscatto agevolato comporta il passaggio irreversibile al sistema contributivo.

La determinazione dell'INPS recepisce gli emendamenti di proroga più volte presentati da Cosmed in questi ultimi mesi. Si tratta di un tassello importante nella valorizzazione di quelle categorie dirigenziali che richiedono un lungo periodo di formazione per accedere all'attività lavorativa.

*Giorgio Cavallero*  
Segretario Generale COSMED

## LAVORO AGILE E DA REMOTO: RICONOSCERE LA SPECIFICITÀ DELLA DIRIGENZA

Il ministro annuncia “il superamento del tetto sul salario accessorio nella legge di bilancio”.

Le conclusioni del Ministro della P.A. On. Renato Brunetta, nelle quali ha detto di essersi personalmente impegnato per “il superamento del tetto del salario accessorio che sarà quantificato e sviluppato a giorni nella prossima legge di bilancio” e che i dipendenti pubblici “non avranno più un tetto salariale”, ha calamitato la nostra attenzione. Attendiamo pertanto la legge di bilancio con grande attenzione. La riunione era quella prevista per la valutazione delle linee guida in materia di lavoro agile.

Nel merito COSMED ha ribadito che la materia deve essere oggetto di contrattazione integrativa decentrata, senza deroghe ai Contratti di lavoro vigenti. Inoltre occorre considerare la specificità della Dirigenza che deve perlomeno mantenere il livello di flessibilità già attualmente sancito da norme e contratti. Indispensabile poi considerare le diverse specificità delle diverse professionalità e delle diverse aree dirigenziali soprattutto se si intende elaborare una circolare per tutte le Amministrazioni del pubblico impiego. Nello specifico del testo non è accettabile che le Amministrazioni procedano con contratti individuali sulla materia direttamente con i dipendenti senza un preventivo confronto con le Organizzazioni sindacali, soprattutto a livello decentrato, sulla tipologia di accordo per il lavoro agile e da remoto.

Inoltre nella rotazione di questa facoltà vanno considerate le priorità già previste dalla legge di riferimento (legge 81 del 22 maggio 2017) che riguardano “le lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo per maternità” e i fruitori dei benefici della legge 104/92. Infine la norma prevede che se l’Amministrazione intende recedere dalla concessione del lavoro agile, lo deve fare con un preavviso al lavoratore di 90 giorni per consentirgli di riorganizzare e conciliare i tempi di vita e di lavoro.

Tale preavviso non compariva nelle linee guida presentate. In ogni caso andrà valutata l’evoluzione della situazione sanitaria tenendo conto che il lavoro agile è anche una forma di sicurezza sui luoghi di lavoro.

Non ci sembra poi pertinente l’inserimento del punto

sul lavoro da remoto del “telelavoro domiciliare”. L’argomento del telelavoro, in particolare in sanità, deve essere trattato a parte e con estrema attenzione, infatti è oggetto di numerose deliberazioni regionali e non può essere confuso con il lavoro agile anche per le implicazioni sociali e sui servizi che può determinare. COSMED si è poi spesa per ribadire che l’attività di formazione in ogni caso, anche in smart working o da remoto, deve essere considerata a tutti gli effetti orario di lavoro. In risposta il Ministro ha affermato di aver preso nota dell’importanza della formazione e che “la formazione è lavoro”.

L’iter comprende l’invio delle osservazioni entro pochi giorni, una nuova riunione tra due settimane circa e nei prossimi mesi un accordo Stato Regioni per rendere operativa a gennaio 2022 una circolare sempre in attesa che i contratti di lavoro provvedano a normare l’intera materia.

*Giorgio Cavallero*  
Segretario Generale COSMED

# COSMED

confederazione  
sindacale  
medici  
e dirigenti



## SISTEMA DI PROTEZIONE PROFESSIONALE AAROI-EMAC

# Assicurazione

## Convenzione Assicurativa 2022, ultime novità

Caro Collega,

**oggi essere uno Specializzando significa anche avere un ruolo più ampio all'interno del SSN, anche a seguito, per considerare soltanto gli ultimi 2 anni, dell'accelerazione verso l'impiego lavorativo avvenuta in conseguenza delle normative emanate per far fronte al fenomeno pandemico Covid.**

**Essere iscritto ad AAROI EMAC significa essere protetto non solo sindacalmente ma anche avere la possibilità di affidarsi ad un sistema di protezione professionale che da sempre si prende cura di ciascuno Iscritto e, in special modo, dei Medici in Formazione.**

A fronte di tale complicazione di funzioni e contratti, già nel 2020 l'AAROI-EMAC ha ottenuto importanti adeguamenti della Copertura Assicurativa Professionale di RC e di TL di cui è Titolare in Convenzione con la Compagnia AM Trust per tramite del Broker AON, in particolare adeguando in pochi giorni la tutela assicurativa dedicata agli Specializzandi che sono stati assunti negli Ospedali conseguentemente al DL 09/3/2020 e s.m.i.

Per il 2022, proprio per i Colleghi Specializzandi, abbiamo ottenuto che anche coloro i quali sono stati assunti con CCNL (così come ab initio quelli assunti tramite contratti LP) abbiano un costo annuo identico a quello degli Specializzandi senza alcun contratto di lavoro ma esclusivamente con borsa di studio, quindi gli importi saranno i seguenti:

### Codice 01 A

Medico specializzando.

È ricompreso il medico specializzando al 4° o 5° anno assunto nel SSN come: Dipendente da Ente Pubblico (CCNL Dirigenza Medica), Dipendente da Ente Privato (Contratto AIOP-ARIS-FDG, etc.) o con contratti diversi da quelli a tempo determinato (es. a p. iva o co.co.co.)

200 € per la RC

50 € per la TL

## Codice 01 B

Medico Specializzando inclusa sostituzione Medico di Medicina Generale (ex medico di base) e servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica).

È ricompreso il medico specializzando al 4° o 5° anno assunto nel SSN come: Dipendente da Ente Pubblico

(CCNL Dirigenza Medica), Dipendente da Ente Privato (Contratto AIOP-ARIS-FDG, etc.) o con contratti diversi da quelli a tempo determinato (es. a p. iva o co.co.co.)

350 € per la RC

50 € per la TL

**Per gli Specialisti, resta ferma la scontistica RC a favore degli infra-35enni che siano assunti con contratti LP (2.012,80€ in luogo dei 2.412,80€ riservati ai LP over35).**

Ancora una volta la AAROI EMAC fa un passo avanti a protezione di tutti gli Iscritti!

**Al proposito del confronto con altre Convenzioni, periodicamente - in particolare verso la fine di ogni anno - eseguiamo un monitoraggio delle Polizze che offre il mercato assicurativo, anche al fine di migliorare anno dopo anno la nostra Convenzione AAROI-EMAC.**

**Ebbene, anche quest'anno siamo (ancor più) soddisfatti!**

Di seguito 2 esempi di ciò che esiste oggi (immagine tratta da un sito web pubblico) per le Polizze degne di essere considerate tra quelle "concorrenti" alla convenzione AAROI-EMAC

### POLIZZE "CONCORRENTI"

#### Oscurati Broker e Compagnia Assicurativa

##### Medico libero professionista specialista in ANESTESIA E RIANIMAZIONE

MASSIMALE	RETRO	RETRO ILL.
€ 1.000.000	€ 4.892,00	€ 5.356,20
€ 2.000.000	€ 5.915,00	€ 6.481,50
€ 3.000.000	€ 6.839,00	€ 7.497,90
€ 5.000.000	€ 7.992,08	€ 8.766,28

#### Oscurati Broker e Compagnia Assicurativa

##### Medico specializzato in anestesia e rianimazione libero professionista

MASSIMALE	RETRO 7	RETRO 10
€ 3.000.000	€ 2.899,00	€ 3.130,00

##### Medico specializzato in anestesia e rianimazione, dipendente di strutture pubbliche che effettua attività extramoenia

MASSIMALE	RETRO 7	RETRO 10
€ 3.000.000	€ 1.550,00	€ 1.674,00

**Medico specializzato in anestesia e rianimazione,  
dipendente di strutture private che esercita l'attività libero professionale**

MASSIMALE	RETRO 7	RETRO 10
€ 3.000.000	€ 1.850,00	€ 1.998,00

**Medico specializzato in anestesia e rianimazione,  
dipendente di strutture private che effettua libera professione per conto dell'Ente**

MASSIMALE	RETRO 7	RETRO 10
€ 3.000.000	€ 1.850,00	€ 1.998,00

**NOTE SUI 2 ESEMPI DI CUI SOPRA**

- 1) Per quanto riguarda i LP, imparagonabili i costi (per non dire le condizioni di polizza!) rispetto a quelli della ns Convenzione (che oltretutto prevede premi ancor più ridotti per gli under 35!)
- 2) Per quanto riguarda i Dipendenti Privati, idem!
- 3) Per quanto riguarda i Dipendenti Pubblici, basti considerare che l'inclusione dell'attività intra-moenia (nella quale rientrano le attività aggiuntive ai sensi del CCNL) fa giungere allo stesso idem!
- 4) Per quanto riguarda i Colleghi Specializzandi (sempre Polizza di Colpa non solo Grave!), a partire dal 01 Gennaio 2022 TUTTI quelli in regola con l'iscrizione all'AAROI-EMAC (anche coloro i quali risultano assunti ex DL 09/03/2020 e s.m.i. sia a CCNL sia con altre modalità), come scritto sopra, avranno premio ridotto (RC 200 o 350 € annui e TL 50 € annui!)

Una sola parola sulle Polizze Giocattolo di "Sola Colpa Grave": esse non intervengono se non soltanto dopo sentenza della C. dei Conti (lasciando soli i Colleghi fino a quel momento!). A maggior ragione per i Colleghi Specializzandi, dato che il loro premio per loro è addirittura superiore a quello della ns Convenzione.

Sono risultati che soltanto una Grande Associazione forte di migliaia e migliaia di Colleghi Iscritti (e Assicurati) può ottenere.

Tutte le info sulla ns Convenzione Assicurativa di Protezione Professionale al link:  
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=21136>

Un caro saluto a Tutti.

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale*



**Guarda online**

Guarda online i due video di approfondimento sulla Polizza R.C. Professionale di 1° rischio AAROI-EMAC: uno molto breve e sintetico che focalizza i punti principali, l'altro molto più approfondito che chiarisce ogni possibile dettaglio:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24891>

# Terms and Condition



## AAROI-EMAC Emilia Romagna

### Direttore Assistenziale, l'intervento AAROI-EMAC Emilia Romagna in Commissione regionale

Il 25 Ottobre si è svolta, in Commissione Politiche per la salute e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, l'udienza conoscitiva sul Progetto di legge d'iniziativa della Giunta: "Modifica all'art. 3, comma 5, della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 (Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie)" che intende istituire la figura del Direttore Assistenziale.

All'incontro è intervenuto il Dr Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna, che ha manifestato la netta contrarietà dell'Associazione con il discorso di seguito riportato.

### Udienza conoscitiva Modifica LR 23/12/2004 – Osservazioni e proposte AAROI-EMAC

#### **Spettabile Presidente, Spettabili consiglieri e consiglieri Regionali**

*Vi ringrazio per il cortese invito a presenziare a questa udienza della Commissione IV a nome dell'Associazione che presiedo in Emilia-Romagna (AAROI-EMAC ER) e che rappresenta oltre 700 Medici Anestesisti Rianimatori Ospedalieri che operano nel Sistema Sanitario pubblico Regionale.*

*Il tema su cui sarete chiamati ad esprimervi, per statuto, ai fini dell'approvazione del progetto di legge regionale recante "Modifica all'art. 3, comma 5, della legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 (Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie)", vuole, come ben sappiamo tutti, istituire una figura nuova da annoverarsi tra i Top Manager delle Aziende Sanitarie della nostra Regione denominata Direttore Assistenziale.*

*Su questo tema abbiamo avuto occasione di esprimere la nostra opinione all'assessorato per le politiche per la*

*salute nonché all'Assessore stesso in un paio di incontri in videoconferenza visto*

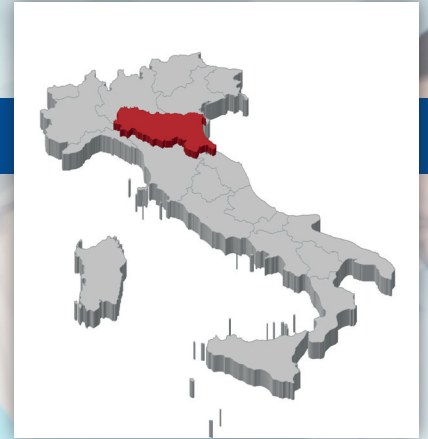
*che eravamo ancora in piena fase pandemica.*

*Mi limiterò a fare soltanto alcune brevi considerazioni di carattere strategico ed altre di carattere economico finanziario.*

*Innanzitutto mi preme portare all'attenzione della commissione che la ferma volontà dell'assessorato di istituire questa nuova figura, peraltro, come noto, non prevista dalla legge nazionale 502/92, ha il solo ed unico scopo di creare un'ennesima apicalità nell'ambito degli staff delle Direzioni Generali aziendali e che porterebbe inevitabilmente ad una cascata di sottostrutture parallele alle attuali Direzioni Sanitarie con a capo "n" nuovi Direttori che riteniamo francamente, non solo non necessari, ma fonte di inasprimento delle conflittualità tra le varie professioni che operano in azienda.*

*Ad oggi, per legge, il Direttore Sanitario di un'Azienda è il garante di tutto ciò che riguarda l'assistenza sanitaria a 360°, vuoi per gli aspetti clinici, vuoi per gli aspetti tipicamente assistenziali avvalendosi nello staff di professionisti sia di area medica che di area tecnico sanitaria; tutti credo possiamo testimoniare che dinanzi a situazioni gestionali di "stallo" (chi deve decidere cosa) l'ago della bilancia deve essere uno ed uno soltanto altrimenti si rischia di entrare in un cortocircuito di competenze che un Sistema Sanitario moderno non può certo permettersi.*

*A questo proposito, parrebbe che la molla scatenante che ha innescato questa forte volontà di istituire la figura del Direttore Assistenziale (in Emilia Romagna) sia stata la pandemia da Covid-19 e proprio durante le calde fasi pandemiche siamo stati convocati dall'assessorato per renderci edotti di questa nuova esigenza*





*all'orizzonte; posta qualche riserva sul tempismo dell'iniziativa, non sono mai stati chiariti sino ad oggi nemmeno le competenze specifiche di tale figura, i margini di manovra, i rapporti con il direttore sanitario e, non meno importante, se ogni Azienda Sanitaria fosse libera di declinare il nuovo assetto organizzativo cui afferirebbe il Direttore Assistenziale o se esistesse un disegno regionale da intendersi come modello da adottare per tutte le aziende.*

*Insomma, sono tanti i dubbi e le perplessità sulla istituzione di questa figura che ci impediscono di appoggiarne il progetto, ribadendo con forza l'inopportunità, l'intemperività e a nostro avviso l'inutilità di ennesime nuove ed altre figure di vertice di cui nessuno dei dipendenti del SSR, siano essi medici, infermieri o professionisti della sanità, sentono la necessità.*

*Lasciatemi portare anche un'osservazione di carattere economico finanziario senza entrare troppo nel tecnicismo della materia dei fondi sanitari della Dirigenza.*

*Parto dal presupposto che non sia un segreto che le Aziende della nostra regione non abbiano dei bilanci particolarmente felici per motivazioni tra le più svariate sulle quali non intendo in questa sede entrare, ma tant'è, e il volere istituire una nuova figura manageriale lo riteniamo quantomeno anacronistico per due fondamentali motivi:*

*1) La coperta è corta, anzi cortissima;  
2) Il fondo da cui queste figure andrebbero ad attingere le quote di posizione spettanti per il ruolo ricoperto, sarebbe lo stesso da cui attingono (in certi casi annaspiano) i Dirigenti Sanitari medici e non medici in pianta organica delle Aziende Sanitarie. I suddetti fondi, forse molti dei presenti non ne sono del tutto al corrente, sono in gran parte gravemente incapianti anche solo per allinearsi al "nuovo" contratto di lavoro nazionale (2016-2018) entrato in vigore operativo "solamente" da 22 mesi e proprio su tanti aspetti contrattuali di carattere economico non è riuscito a trovarne ancora piena applicazione.*

*Vien da sé che i tanti (troppi) medici del nostro SSR hanno avanzamenti di carriera fermi anche da oltre 15 anni, scatti che nella maggioranza dei casi avrebbero un significato più simbolico che redditizio ma nel perverso sistema degli incarichi aziendali pubblici assumerebbe comunque importanza, riconoscimento e affezione al sistema pubblico.*

*Personalmente riterrei assai difficile da giustificare avallare la proposta su cui siete chiamati ad esprimervi, di fronte ai tanti giovani medici che abbiamo in organico o alle nuove leve entranti, ma anche dinnanzi ai tanti giovani infermieri che di tutto hanno bisogno fuorché di un'ennesima direzione sopra la loro testa; riterrei as-*

*sai difficile da giustificare anche il favorire un'ennesima sottrazione di risorse comuni per un progetto che è più fumoso che concreto e che inevitabilmente porterebbe tanti medici ad allontanarsi sempre più dal sistema pubblico; non ci risulta a tal proposito, ed è bene specificarlo, che la Regione abbia intenzione di foraggiare con risorse proprie il costo dell'intera operazione senza gravare appunto sugli zoppicanti fondi di posizione aziendali.*

*In conclusione, rispettando pienamente i tempi concessi per l'intervento, come AAROI-EMAC per le suddette motivazioni ed altre non menzionate per brevità, confermiamo la assoluta contrarietà alla modifica dell'art.3, c.5 LR 23/12/2004 con particolare riferimento alla istituzione del Direttore Assistenziale che riteniamo figura non necessaria, per certi aspetti ridondante, costosa e potenzialmente fonte di ulteriore disaggregazione sul difficile (ma possibile) percorso di integrazione professionale negli Ospedali e, da ultimo, causa diretta e indiretta di ulteriore aggravamento del processo di disinnamoramento dal SSR pubblico da parte dei tanti, troppi, medici che dopo essere saliti su una fugace meteora degli eroi si sono già ritrovati schiantati miseramente al suolo senza nemmeno una pacca sulla spalla per rialzarsi, ma dal proprio datore di lavoro nemmeno un minimo di riconoscimento professionale come un piccolo avanzamento di carriera.*

*Grazie per l'attenzione.*

*Dr Matteo Nicolini  
Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna*

**25 Ottobre 2021**



## AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

### “La nostra denuncia conferma dagli Ispettori del Ministero della Salute”

Il report degli Ispettori del Ministero della Salute che l'amministrazione regionale FVG in maniera trasparente avrebbe potuto e dovuto rendere pubblico già il 4 ottobre, data di ricevimento del documento, soddisfa pienamente AAROI-EMAC FVG perché non è altro che l'evidente conferma di consistenza, entità e correttezza di quanto AAROI-EMAC ha denunciato lo scorso aprile: errata codifica dei posti letto di Medicina d'Urgenza computati come di Terapia Intensiva in alcuni ospedali e confusa comunicazione ed errata connotazione dei posti letto occupati da pazienti intensivi in altri ospedali.

Gli ispettori Ministeriali entrano nel merito di rispetto di norme, regole, standard di sicurezza e garanzia del rischio clinico e leggere tra le righe del report un'improbabile analisi sul clima di lavoro rappresenta una personale pretestuosa interpretazione dell'Assessore nel tentativo di sviare l'attenzione dai veri problemi. Stupisce peraltro questo estemporaneo surreale interesse dell'Assessore per il clima di lavoro tra professionisti che proprio questa Amministrazione regionale non ha mai ascoltato e coinvolto in alcuna decisione nonostante gli accorati ripetuti appelli dell'Intersinda-

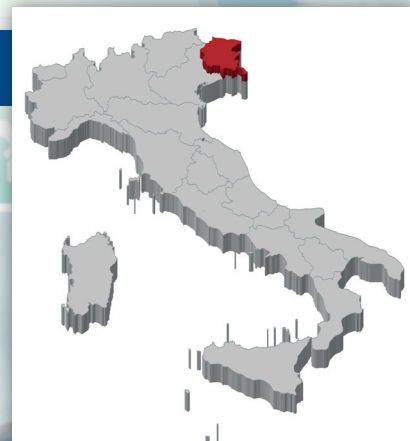
cale regionale.

Tranquillizziamo e smentiamo categoricamente l'Assessore, perché non vi è alcuna “baruffa tra professionisti” della prima linea, sempre uniti e compatti e troppo impegnati a mantenere elevati gli standard clinico-assistenziali del nostro SSR. Vi è anzi pieno e totale appoggio da parte di tutta la categoria e grande compiacimento da parte di tutto il mondo sanitario regionale ed anche nazionale, per la serietà e correttezza dell'azione svolta da AAROI-EMAC FVG. I “baruffanti”, già utilizzati da questa politica contro la nostra stessa categoria, non fanno più parte di AAROI-EMAC.

L'azione di sorveglianza di AAROI-EMAC continuerà su questa linea a garanzia di trasparenza e correttezza e a tutela della sicurezza degli operatori e dei pazienti.

*La Segreteria del Consiglio Regionale AAROI-EMAC FVG*

**26 Novembre 2021**



## AAROI-EMAC Molise

### NO a dichiarazioni antiscientifiche

È lo sgomento più profondo quello che ha suscitato il servizio del TgR Molise del 06.11.2021, in cui si riportano quelle che sarebbero le affermazioni di un Responsabile di Anestesia e Rianimazione di un ospedale molisano.

La Sezione Molise AAROI EMAC, che rappresenta la grande maggioranza di tutti gli anestesisti rianimatori molisani in attività, respinge con fermezza certe assurde teorie antiscientifiche e ritiene che non debba essere quella che emerge dal servizio del TgR Molise l'immagine della categoria nei confronti della popolazione.

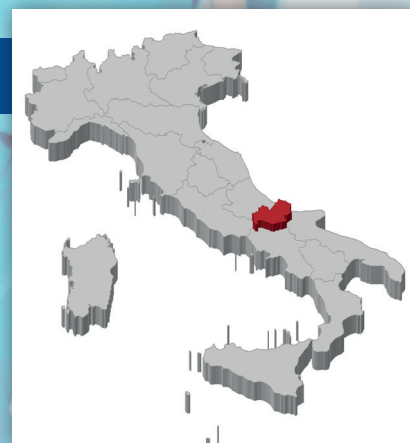
Crediamo fermamente nell'utilità dei vaccini anche e soprattutto nel contrastare il Covid 19, ricordiamo il sacrificio di tanti sanitari caduti, in Italia e nel mondo, durante la pandemia in epoca pre-vaccinale e che, se avessero potuto sottoporsi alla vaccinazione, si sarebbero salvati. Pur confidando che si sia trattato di affermazioni

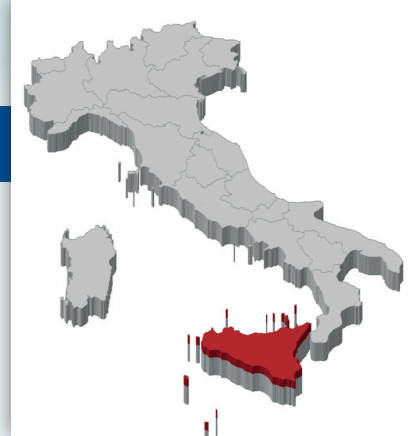
scherzose, riteniamo che coloro che rivestono certi ruoli professionali non possono veicolare taluni messaggi che, se anche in ipotesi scherzosi, possono risultare estremamente pericolosi per la collettività, provenendo da soggetto particolarmente qualificato.

Crediamo nella scienza, altrimenti non potremmo svolgere la professione di anestesista-rianimatore.

*Dr David Di Lello  
Presidente AAROI-EMAC Molise*

**6 Novembre 2021**





### Violenza Pronto Soccorso Palermo, condanna Intersindacale Sicilia

L'intersindacale della Dirigenza Medica condanna l'episodio di inaudita violenza avvenuto presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Civico di Palermo ed esprime solidarietà a tutto il personale sanitario e agli addetti alla sicurezza che svolgono quotidianamente il loro lavoro con professionalità e spirito di dedizione verso tutti i cittadini che vi accedono.

Purtroppo constatiamo che questo deprecabile episodio esprime un senso di sfiducia dell'utenza e non fa altro che accentuare il disagio lavorativo che oramai è diffuso in tutti gli operatori sanitari delle strutture siciliane.

È ora che la Politica siciliana si risvegli dal torpore fin qui dimostrato.

L'intersindacale dei Dirigenti Medici Regione Sicilia CHIEDE

- 1) che si intervenga con la massima urgenza per consentire a tutti gli Operatori Sanitari di lavorare con il giusto decoro che spetta loro;
- 2) che vengano adeguati al più presto le dotazioni organiche di tutte le UOC del SSR in base ai carichi di lavoro;
- 3) che vengano creati percorsi dedicati per i pazienti

ti con patologie non gravi;

4) che vengano assunti i medici specializzandi de-

gli ultimi due anni delle scuole di specializzazione applicando il D.L. Calabria;

5) che vengano creati in modo diffuso aree di degenza per l'osservazione breve intensiva (OBI);

6) che vengano implementati i Reparti di Medicina di Urgenza;

7) che vengano attivate tutte le azioni necessarie per ridurre l'attesa del ricovero;

8) che sia riorganizzato il territorio sfruttando l'opportunità del PNRR;

Riteniamo che un confronto sia urgente ed improcrastinabile.

**AAROI EMAC ANAAO ASSOMED CGIL FP MEDICI  
CIMO CISL MEDICI FVM UIL FP MEDICI**

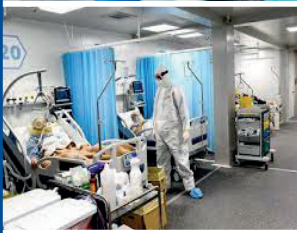
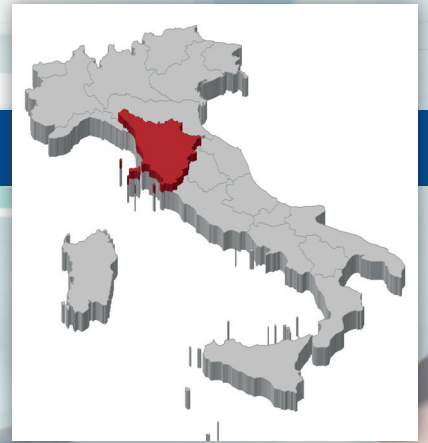
**10 Novembre 2021**



### La campagna ADV sulla stampa regionale

Dal 21 al 24 Ottobre sulla stampa regionale e dal 25 al 30 Ottobre sulla versione online de La Repubblica Firenze per dire NO a "La Transumanza degli Anestesisti Rianimatori". E' la campagna ADV della AAROI-EMAC Toscana sul progetto di riorganizzazione aziendale che prevede lo spostamento delle UO di Anestesia e Rianimazione all'interno del grande contenitore del Dipartimento "Medico-Chirurgico-Oncologico". L'11 Novembre un nuovo messaggio è stato pubbli-

cato nell'inserito Salute de La Repubblica Firenze con l'obiettivo di descrivere l'AAROI-EMAC e le discipline che rappresenta e, a seguire, il 27 Novembre un'altra inserzione sui servizi offerti dall'Associazione.



**AAROI EMAC**  
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

# LA "TRANSUMANZA" DEGLI ANESTESISTI RIANIMATORI

Gli Anestesisti Rianimatori dell'Azienda Toscana Nord-Ovest (ATNO) e di tutta la Toscana, apprendono che nel progetto di riorganizzazione aziendale le UO di Anestesia e Rianimazione verranno spostate all'interno del grande contenitore del Dipartimento "Medico-Chirurgico-Oncologico".

#### **E' un problema di risorse?**

#### **Siete sicuri che sia la scelta giusta?**

#### **Siamo certi che questa lungimirante riorganizzazione porterà benefici a tutta la popolazione?**

Già in passato, in altre aziende, sono state fatte scelte simili che non hanno prodotto i risultati attesi, anzi, si è fatta rapidamente retromarcia ripristinando lo status quo.

È necessario ricordare agli ideatori di tale riorganizzazione che gli Anestesisti Rianimatori svolgono, tra gli altri, questi compiti:

- Gestione della maggior parte degli interventi chirurgici
- Gestione delle Rianimazioni e Terapie Intensive
- Gestione dell'emergenza intraospedaliera
- Gestione delle consulenze e del supporto nell'emergenze in Pronto Soccorso

Appare, pertanto, evidente che la loro sede naturale è il Dipartimento di Emergenza Urgenza, come è stato fino ad oggi.

Gli Anestesisti Rianimatori "ringraziano" sentitamente la Direzione aziendale ATNO per il grande gesto di apprezzamento e stima in chi, da sempre, assiste i pazienti più gravi, svolge la sua opera trasversalmente nei vari settori sanitari, mostra e ha mostrato grande abnegazione nell'affrontare in prima linea l'emergenza pandemica, nonostante la scarsità di risorse.

**Anestesisti Rianimatori, i medici a cui affidate ogni giorno le vostre vite.**

**AAROI EMAC sez. ATNO e AAROI EMAC sez. regionale Toscana**



# AARO I EMAC

Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

## L'AARO I EMAC È L'ORGANIZZAZIONE SINDACALE CHE RIUNISCE I MEDICI ANESTESISTI RIANIMATORI OSPEDALIERI E QUELLI DI EMERGENZA E AREA CRITICA

Specialisti ancora poco conosciuti dai cittadini, gli Anestesiisti Rianimatori e i medici dell'Emergenza Urgenza si sono trovati improvvisamente sotto i riflettori perché sono stati e sono in prima linea per curare i malati critici affetti da Covid nei Pronto Soccorso e nelle Terapie Intensive d'Italia. Hanno combattuto un nemico inizialmente sconosciuto, con scarsità di mezzi, di posti letto e di personale, grazie ad una solida esperienza clinica e alla capacità di prendere decisioni vitali in tempi molto rapidi, come sono abituati a fare quotidianamente nei contesti in cui lavorano.

Gli Anestesiisti Rianimatori:

- gestiscono Terapie Intensive e Sub Intensive dove si curano pazienti con gravi patologie che possono mettere in pericolo la vita;
- lavorano quotidianamente nelle sale operatorie, nelle sale parto e in tutti i contesti dove è richiesta una anestesia o una sedazione profonda, seguendo il percorso del paziente nel preoperatorio, occupandosi del monitoraggio e del controllo del dolore nel postoperatorio;
- si occupano delle emergenze urgenze intraospedaliere;
- intervengono nella gestione multidisciplinare di malati complessi che accedono in pronto soccorso, in stretta collaborazione con i medici di Emergenza Urgenza;
- operano sulle ambulanze ed elicotteri del soccorso territoriale;
- trattano il dolore cronico e si occupano delle cure palliative nel malato oncologico o terminale.

**L'Associazione comprende al proprio interno i medici dell'Emergenza e Area Critica, proprio per l'affinità del contesto lavorativo, la peculiarità del rischio e del tipo di lavoro che accomuna le due professioni.**

L'AARO I EMAC ha l'obiettivo di tutelare le specificità di queste discipline così complesse, rappresentandone gli interessi professionali e di ruolo all'interno del Sistema Sanitario, per garantire condizioni lavorative adeguate e sempre al passo con i tempi. Fornisce ai propri iscritti servizi a supporto della professione, come corsi di formazione specialistica anche attraverso un centro di simulazione all'avanguardia, consulenza pensionistica e legale, una copertura assicurativa completa e competitiva.

**Ogni qualvolta un cittadino si trovi in una condizione clinica critica, ci sarà un Anestesista Rianimatore o un medico dell'Emergenza Urgenza a prendersi cura di lui.**

**I medici Anestesiisti Rianimatori e di Emergenza Urgenza sono coloro ai cui affidate ogni giorno le vostre vite.**

AARO I EMAC sez. Regionale Toscana



## GRAZIE A TUTTI GLI ANESTESISTI RIANIMATORI E MEDICI DI EMERGENZA URGENZA CHE HANNO CONTRIBUITO A SALVARE L'ITALIA DA UNA DISFATTA SANITARIA

**L'AARO I EMAC è stata ed è sempre al fianco dei propri iscritti anche nei momenti più difficili**

**Il nostro impegno è rivolto a garantire il rispetto delle norme e a fornire assistenza ai nostri iscritti tramite:**

- **ATTIVITÀ DI TUTELA SINDACALE**
- **ASSISTENZA LEGALE**
- **CONVENZIONE ASSICURATIVA: completa copertura sia di tutela legale che responsabilità civile**
- **CONSULENZA PREVIDENZIALE e FISCALE: siamo convenzionati con CAAF Coldiretti e patronato EPACA**
- **ATTIVITÀ FORMATIVA PROFESSIONALE: eventi formativi regionali e centro nazionale di simulazione SimuLearn di Bologna**

**Partecipa attivamente alla vita associativa, l'AARO I EMAC sei tu!**

**Rendi più forte la nostra Associazione  
ISCRIVITI ALL'AARO I EMAC!**



## Cumulo dei contributi pensionistici

**N**egli ultimi anni il legislatore è intervenuto per modificare la disciplina del cumulo gratuito dei contributi pensionistici, al fine di ampliare le possibilità di accesso all'istituto da parte dei lavoratori. La **legge di stabilità per il 2013** ha introdotto, a seguito delle criticità emerse dall'applicazione delle nuove norme in materia di **ricongiunzione onerosa** (che spesso hanno comportato, per i lavoratori interessati, significativi oneri per l'accesso all'istituto), una nuova possibilità di cumulo gratuito dei periodi assicurativi accreditati in diverse gestioni previdenziali, al fine di ottenere un unico trattamento pensionistico.

La **nuova modalità (gratuita) di cumulo** (alternativa alle discipline esistenti) è volta a consentire ai beneficiari il conseguimento di un'unica pensione, **cumulando i periodi assicurativi non coincidenti posseduti presso due (o più) forme di assicurazione obbligatorie** (compresa la Gestione separata INPS), a condizione che non siano già titolari di trattamento pensionistico autonomo presso una di esse e non siano in possesso dei requisiti per l'accesso al trattamento pensionistico.

Tale istituto si differenzia dalla **ricongiunzione onerosa** (di cui alla legge numero 29 del 1979 per i rapporti tra le diverse gestioni INPS, e alla legge numero 45 del 1990 per i rapporti tra INPS e Casse professionali) sia per la gratuità dell'operazione, sia per la conservazione delle regole di calcolo proprie di ciascuna gestione. La facoltà di cumulo prima poteva essere esercitata **esclusivamente per la liquidazione del trattamento pensionistico di vecchiaia** (con i requisiti anagrafici e contributivi previsti dall'articolo 24, comma 6 e comma 7, del decreto legge numero 201 del 2011, la cosiddetta riforma Fornero in materia pensionistica), nonché dei trattamenti per inabilità e ai superstiti di assicurato deceduto prima di aver acquisito il diritto alla pensione.

Nel corso della XVII Legislatura, la **LEGGE** 11 dicembre 2016, n. 232 ha introdotto significative modifiche alla disciplina del cumulo gratuito, con l'obiettivo di ampliare le categorie di soggetti beneficiarie e di agevolare l'accesso all'istituto da parte dei lavoratori. In

particolare, è stata disposta:

- **l'estensione dell'applicazione dell'istituto ai periodi contributivi maturati presso le Casse professionali privatizzate e la possibilità di accesso al cumulo gratuito per i soggetti che abbiano conseguito il requisito di anzianità contributiva (per la pensione) indipendentemente dall'età anagrafica, attualmente pari a 42 anni e 10 mesi per gli uomini ed a 41 anni e 10 mesi per le donne.**

Il pagamento dei trattamenti liquidati avviene secondo le norme sulla **totalizzazione**. Le gestioni interessate, ciascuna per la parte di propria competenza, determinano il trattamento **pro quota** in rapporto ai rispettivi periodi di iscrizione maturati, **secondo le regole di calcolo previste da ciascun ordinamento e sulla base delle rispettive retribuzioni di riferimento** (il che implica un trattamento previdenziale inferiore a quello che sarebbe risultato dalla **ricongiunzione**).

Il sistema di calcolo da applicare (retributivo, misto o contributivo) è stabilito, ai fini dell'accertamento dell'anzianità contributiva maturata al 31 dicembre 1995, tenendo conto di quanto complessivamente versato nelle diverse gestioni assicurative (a condizione che i periodi non si sovrappongano temporalmente); la quota di pensione per i periodi successivi al 1° gennaio 2012 è, ad ogni modo, calcolata con il sistema di calcolo contributivo.

Il Cumulo gratuito avviene a domanda dell'interessato presso l'ultimo ente previdenziale a cui sono versati i contributi, ad esempio un dirigente medico dipendente che versa i contributi previdenziali all'INPS deve fare domanda presso quest'ultimo istituto.

Possono essere cumulati, con i contributi INPS, sia i contributi versati presso la gestione separata dell'INPS durante la Specializzazione, sia i contributi della quota A ENPAM, come tutti gli altri contributi ENPAM (medicina generale, specialistica ambulatoriale, pediatria di base).

*Dr Nicola Loddo  
Esperto AAROI-EMAC di materie previdenziali*

## IL PRESIDENTE NAZIONALE RISPONDE AI QUESITI DI UN COLLEGA SUI FONDI PENSIONE

**Qualcuno ha aderito al Fondo Pensione “Perseo-Sirio”? È conveniente? AAROI-EMAC offre qualche Fondo Pensione?**

1) L'AAROI-EMAC non può “offrire” Fondi Pensione, ma solo illustrare la loro valenza;

2) Di questi argomenti, per la nostra Associazione si occupa, su mia delega, il Dr Nicola Loddo;

3) Naturalmente il Dr Loddo può illustrarli con valutazioni di massima, che poi ciascun Collega potrà a sua volta valutare se utili, nel proprio caso, a prendere una decisione;

4) personalmente (57 anni, anzianità di servizio 36 anni compresi riscatti, regime TFS), la mia scelta è stata:

a - di aderire ad un Fondo Pensione di tipo “aperto”, quindi non “negoziale” come è Perseo Sirio, molti anni fa, quando Perseo Sirio non esisteva;

b - di mantenere questo Fondo (e di non shiftarlo su Perseo Sirio) in tal modo perdendo l'opportunità del contributo datore di lavoro all'1%, ma mantenendo il regime TFS invece che trasformarlo in TFR, sol perché non mi mancano (forse) troppi anni alla quiescenza;

5) sempre come valutazione mia, ma su un panorama

generale, ritengo che l'adesione a Fondo Perseo Sirio sia tanto più conveniente quanto più precocemente viene fatta nella vita lavorativa;

6) da considerare che (sulla base degli attuali assetti normativi sotto fiscali), il montante necessario per avere una pensione integrativa da qualsiasi Fondo Pensione pari a 100 € mensili si aggira intorno a 30.000 €; quindi occorre un montante di circa 300.000 € per una rendita di 1.000 € mensili;

7) ovviamente va considerato che il montante suddetto non è la sommatoria delle somme versate, in quanto:

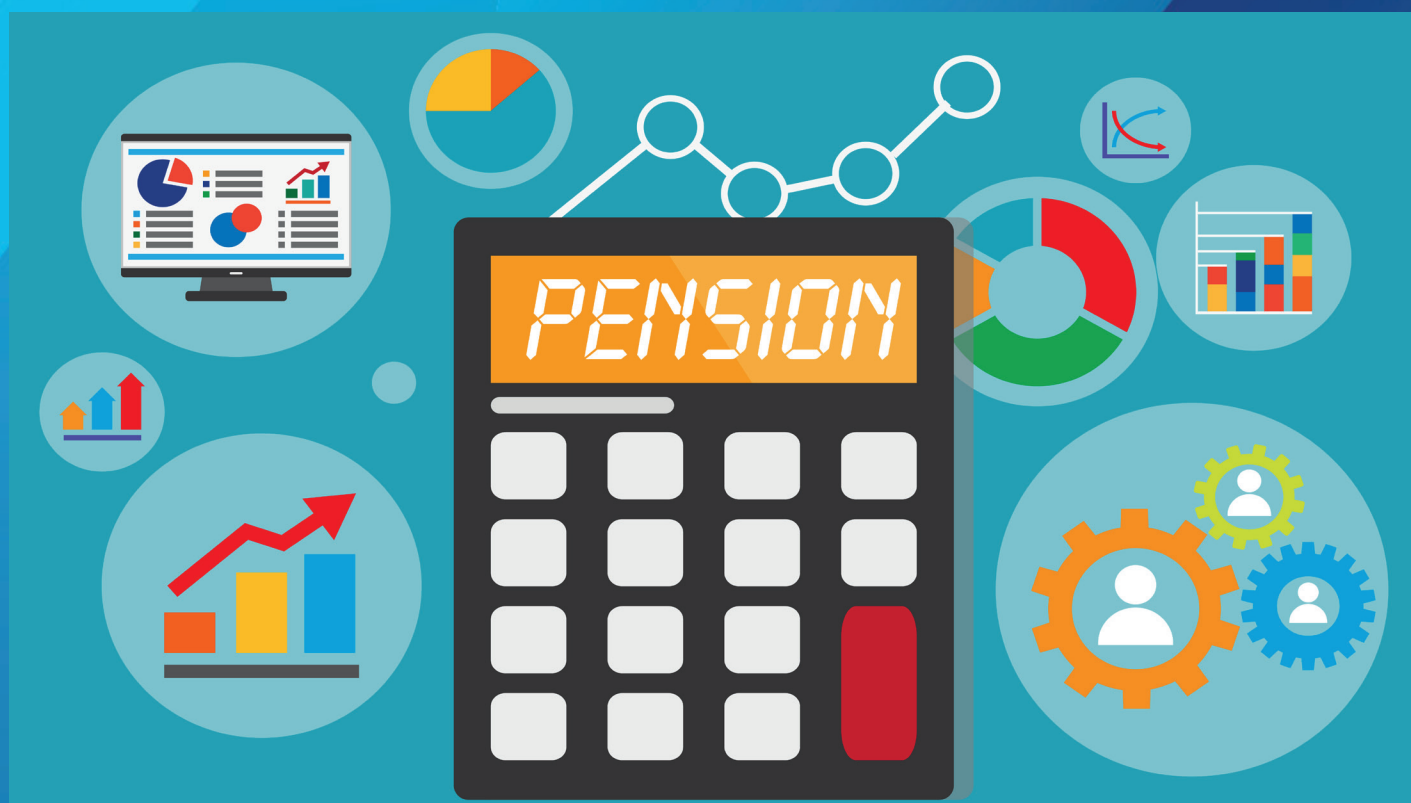
- va considerata la deduzione fiscale sul versato pari all'aliquota marginale (43%) + addizionali fiscali;

- va considerato il “rendimento annuo composto” del montante via via accumulato anno per anno;

- va considerata la diminuzione della tassazione sulla rendita pensionistica erogata dal Fondo una volta raggiunti i requisiti di quiescenza (fino ad un minimo del 9% dopo 15 anni di permanenza nel Fondo);

8) tra Fondo Perseo Sirio e Fondo Sanità, sempre personalmente, sulla base di molteplici considerazioni, sceglierei Perseo Sirio.

*Dr Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale*



HELPFUL SPECIALIST  
 SALARY HEALER  
 HEART MEDICINE  
 WORK  
 PERSON HAPPY  
 HOSPITAL  
 HELPFUL CARE  
 SETTLED  
 PRIMARY  
 TRANSPLANT  
 TRAUMA  
 HOSPITAL  
 PROFESSIONAL  
 CONTRACT COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO  
 JOB CONTRACT  
 HOSPITAL STAFF WORK  
 CONTRACT ORTHOPEDIC PROFESSIONAL  
 PEOPLE WORK HEART  
 PODIATRY HOSPITAL  
 HELPING JOB  
 MEDICAL FACILITY  
 TRAUMA FACILITY  
 HELPING  
 EMERGENCY  
 SPECIALIST  
 HELPFUL  
 MEDICINE  
 PROFESSIONAL

# CCNL





## Lo Straordinario

Lo straordinario è normato dall'art.30 del vigente CCNL.

Nell'articolo in questione viene stabilito che *"le prestazioni di lavoro straordinario sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 66/2003 e, pertanto, non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro"*.

Già tale affermazione esclude la possibilità, ormai cronica nelle varie Aziende, di utilizzo di tali prestazioni per far fronte alle carenze di organico e mantenere integre le attività.

Di seguito l'art.30 stabilisce inoltre: *"Esse sono consentite ai dirigenti, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità"* escludendo, di fatto, di poter utilizzare le ore di straordinario per altre attività (sale operatorie, ambulatori, gestione del pre- e post-operatorio, ecc.).

Al fine di rendere chiaro quali siano le ore di straordinario in un planning della turnistica sarà necessario distinguere con una sigla le ore di straordinario dalle ore di orario contrattuale.

Lo stesso articolo, infine, a proposito della possibilità di recuperare tali ore recita: *"Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruita"* (salvo che non si desideri il pagamento a circa 20€/ora).

Quel *"compatibilmente con le esigenze di servizio"* è, ovviamente da intendersi riferito al *"di regola entro il mese successivo"* significando appunto che è possibile spostare in avanti tale "compenso" oltre il mese successivo in caso di esigenze di servizio ma le esigenze di servizio non possono giustificare l'impossibilità assoluta di recupero né ora né mai.

Di difficile interpretazione la dizione finale del comma *"tenuto conto delle ferie maturate e non fruita"* anche perché qualsiasi medico in qualunque momento dell'anno ha *"ferie maturate e non fruita"* in quanto non è possibile far coincidere la maturazione ad un certo mese con la loro fruizione.

Al comma 2 dell'art.38 viene ricordato che:

*"2. La prestazione di lavoro straordinario è espressamente autorizzata dal direttore responsabile sulla base delle esigenze organizzative e di servizio individuate dalle Aziende ed Enti, rimanendo esclusa ogni forma generalizzata di autorizzazione"* rendendo, di fatto, un obbligo l'autorizzazione.

Le raccomandazioni finali potrebbero essere le seguenti:

- 1) I Direttori SC non possono utilizzare lo straordinario *"come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro"*;
- 2) Se occorre *"fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 66/2003"* occorre essere autorizzati (per iscritto protocollato) dal Direttore SC chiarendo, nel planning dei turni mensile, quali siano le ore di straordinario;
- 3) Occorre richiedere per iscritto protocollato all'Azienda e p.c. al Direttore SC la compensazione con riposi sostitutivi citando l'art.38 comma 1 del CCNL e reiterando tale richiesta nel caso non fosse possibile tale compensazione entro il mese successivo per esigenze di servizio (salvo che non si desideri il pagamento a circa 20€/ora);
- 4) Occorre conservare tutta la documentazione cartacea intercorsa;
- 5) Occorre contestare, per iscritto protocollato eventuali accumuli di straordinario non in linea con l'art.38 del CCNL.

Dr Arturo Citino  
(Coordinatore Formazione Sindacale)

# Quesiti dal web

**L'AARO-EMAC risponde**

Rubrica a cura di  
**Arturo Citino**  
(Coordinatore Formazione Sindacale)



**Desidererei sapere se per esigenze di servizio il Direttore dell'UOC può revocare il "riposo biologico" già firmato ed in itinere.**

Il Direttore SC può revocare il riposo (Art. 39 CCNL 10.2.2004 e articolo 16 comma 2 CCNL 6.5.2010 integrativo comma 7) ma tale riposo va goduto entro l'anno solare.

**Ho vinto un concorso a tempo indeterminato presso un' altra Azienda ed ho chiesto l'aspettativa che mi è stata negata. È un mio diritto?**

L'aspettativa può (ma non deve) essere concessa per il periodo di prova.  
Se è stato già fatto il periodo di prova nell'azienda di partenza non si deve farlo nell'Azienda di destinazione e, quindi, non si può avere l'aspettativa.  
La stessa cosa se si è svolto il lavoro a tempo determinato per 12 mesi.

**Sono un Anestesista Rianimatore attualmente appena assunto a tempo indeterminato. Posso pretendere l'assegnazione in contratto a specifiche unità operative semplici o devo accontentarmi della struttura complessa ?**

Non puoi pretendere l'assegnazione in contratto a specifiche unità operative semplici ma puoi chiedere/proporre tale assegnazione.

**Quale procedura adottare per il conferimento di incarico dirigenziale medico di sostituzione nelle more dell'espletamento del concorso pubblico di direttore medico di Unità Operativa Complessa di nuova attivazione ?**

**Può essere adottato l'istituto contrattuale ex art. 22 ex abrupto?**

Nel caso in esame per le sostituzioni si applica l'art.22 del CCNL.

**Il Direttore SC, che mi ha autorizzato ad effettuare LP e che quindi conosce i giorni in cui io farò LP, può comporre i turni in modo da costringermi a cancellare il mio giorno di LP? La motivazione è che l'attività istituzionale è prioritaria rispetto alla libera professione.**

La libera professione è un diritto contrattuale e va rispettato. Occorre concordare i tempi e i giorni ma una volta concordato il tutto si deve avere il diritto di effettuare LP.

**Io posso rifiutare di fare prestazioni aggiuntive e fare solo la mia libera professione?**

Si può decidere di non effettuare prestazioni aggiuntive e fare solo la libera professione.

**Il Direttore SC può assegnarmi delle ferie d'ufficio nei giorni della mia libera professione?**

Le ferie non possono essere assegnate "d'ufficio" ma vanno concordate con il Direttore SC che deve tener conto delle richieste (compresa la libera professione che resta un diritto) come da indicazioni dell'art. 33 comma 9 del CCNL che recita:

9. Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 10. Le ferie sono fruiti, anche frazionatamente, previa autorizzazione, nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili

con le esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste del dirigente. Costituisce specifica responsabilità del dirigente con incarico di direzione di struttura complessa o semplice dipartimentale programmare e organizzare le proprie ferie tenendo conto delle esigenze del servizio a lui affidato, coordinandosi con quelle generali della struttura di appartenenza, provvedendo affinché sia assicurata, nel periodo di sua assenza, la continuità delle attività ordinarie e straordinarie.

---

### **Un dirigente medico può cambiare disciplina mediante l'istituto della mobilità o tramite bando interno in virtù del possesso di una specializzazione equipollente o di una seconda specializzazione?**

Non è possibile cambiare disciplina con l'istituto della mobilità. Occorre sostenere e vincere un concorso pubblico o un rapporto di lavoro a tempo determinato.

---

### **La durata media delle ore settimanali dell'orario di lavoro è di 48 ore? Se si superano le 48 ore in un determinato periodo in quanto tempo si può compensare?**

La durata MASSIMA delle ore settimanali dell'orario di lavoro è di 48 ore come media di 6 mesi.

Se si superano le 48 ore in un determinato periodo si può compensare entro i 6 mesi.

In ogni caso le ore dovute sono 38 e ciascuno ha diritto al recupero delle ore eccedenti le 38 per settimana.

---

### **Il riposo settimanale è posticipabile? Se sì di quanto?**

Il riposo settimanale è posticipabile non oltre i 15 giorni.

Dopo 15 giorni si ha diritto a 24+24+11 ore di riposo

In ogni caso le ore dovute sono 38 e ciascuno ha diritto al recupero delle ore eccedenti le 38 per settimana.

---

### **È possibile richiedere ore di aggiornamento professionale per aver svolto dei Corsi FAD? Se sì, quante ore si possono richiedere?**

È possibile utilizzare ore di aggiornamento professionale per effettuare FAD.

Si possono utilizzare le ore necessarie per effettuare tale FAD.

Sarebbe meglio prevedere questa possibilità nel regolamento aziendale per la formazione.

---

### **Può il datore di lavoro articolare il personale turnista (rianimazione) su 5 giorni lavorativi?**

**L'attività prestata in giorno feriale non lavorativo (sabato), a seguito di articolazione di lavoro su cinque giorni, per il personale turnista, dà titolo, a richiesta del dipendente, a equivalente riposo compensativo o alla corresponsione del compenso per lavoro straordinario non festivo?**

Il datore di lavoro può articolare il personale turnista su 5 giorni lavorativi.

**L'attività prestata in giorno feriale non lavorativo (sabato), a seguito di articolazione di lavoro su 5 giorni, per il personale turnista, non dà titolo, a richiesta del dipendente, a equivalente riposo compensativo salvo che ci sia orario oltre le 38 ore.**

Le ore di straordinario possono essere recuperate a domanda del dipendente a norma dell'art.30 del CCNL che recita:

**Art. 30 Lavoro straordinario**

**1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 15, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le prestazioni di lavoro straordinario sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 66/2003 e, pertanto, non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro. Esse sono consentite ai dirigenti, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.**

---

### **Se rinuncia alla esclusività per un anno, durante quell'anno si possono comunque fare le prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art. 115 comma 2 del CCNL 2016/2018?**

Nel rapporto di lavoro non esclusivo non si possono effettuare prestazioni in intramoenia e prestazioni aggiuntive.

---

**Ho ricevuto il nulla osta per mobilità in uscita presso altra azienda e contemporaneamente sono stata chiamata dalla stessa azienda tramite graduatoria di concorso.**

**Avendo 45 giorni di ferie residui maturati in 2 anni di lavoro, che al momento non posso smaltire per interdizione per maternità e che l'azienda di destinazione non vuole accollarsi, mi chiedevo se questa sia una condizione per avere una monetizzazione delle ferie non godute nel caso in cui decida di rinunciare alla mobilità e accettare la chiamata tramite concorso.**

La mobilità non instaura un nuovo rapporto di lavoro e l'Azienda di destinazione deve accollarsi le ferie residue.

Dato che non ci sono dimissioni non è possibile il pagamento.

---

**Dopo molti anni in struttura privata convenzionata ho vinto un concorso pubblico.**

**Ho diritto al riconoscimento degli scatti di anzianità a livello stipendiale?**

Nella situazione descritta non si ha diritto al riconoscimento degli scatti di anzianità a livello stipendiale.

---

**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.

## CONVENZIONE ASSICURATIVA 2022 MEDICI IN FORMAZIONE

Dal primo Gennaio 2022 i Colleghi **SPECIALIZZANDI** Iscritti all'Associazione eventualmente assunti nel SSN ai sensi del "Decreto Calabria" e successive Modifiche e Integrazioni potranno stipulare le Polizze Convenzionate AAROIEMAC con Am Trust per tramite del nostro Broker AON allo **STESSO COSTO RIDOTTO** riservato agli Specializzandi che non rientrano tra gli assunti ai sensi della suddetta normativa (finora la AM Trust richiedeva agli Specializzandi assunti con CCNL lo stesso premio riservato agli Specialisti, cioè 920€/anno).

I Premi 2022 di tali Polizze resteranno per **TUTTI** gli Specializzandi:

- **RC: 200€/anno (350 se con inclusione Sostituzione Medico di Medicina Generale e Servizio di Guardia Medica - Continuità Assistenziale)**

- **TL: 50€/anno.**

Fatti e non parole con le polizze AAROIEMAC

**Aderisci alla polizza!**

**#unitisivince**