

il nuovo Anestesista Rianimatore

AARO IEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

SETTEMBRE - OTTOBRE
2025
5
Anno XLVI

CCNL 2022-2024: la trattativa resta aperta



**Scudo penale?
Facciamo il punto**

**SAQUIRE 2026
A Roma
dal 7 al 9 Maggio**

**WARE e EAST Course
Le immagini**

Sommario

3 Editoriale
CCNL 2022-2024, forse la strada resta percorribile

4 CCNL 2022-2024
Pronti a chiudere in tempi brevi ma previo confronto su alcuni punti

7 Responsabilità Professionale
Scudo penale. Facciamo il punto delle novità

12 SAQURE
Il Meeting AAROI-EMAC a Roma dal 7 al 9 Maggio 2026

14 Formazione
WARE e EAST Course, le immagini dei due corsi in ambienti ostili

23 Medici in Formazione
Utilizzo Specializzandi, la risposta del Presidente Nazionale

AAROI-EMAC risponde

25 - Previdenza: Gli articoli degli Esperti

31 - Quesiti Sindacali

35 Polizza Infortuni
I vantaggi per le Iscritte e gli Iscritti

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr



@AaroiEmac



@AaroiEmac

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

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

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 15-10-2025



CCNL 2022-2024, forse la strada resta percorribile

Il pomeriggio del 15 ottobre si è svolto presso l'ARAN il secondo incontro nell'ambito delle trattative per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area della Dirigenza Sanitaria per il triennio 2022-2024. Come da prassi, la riunione è stata preceduta dall'invio alle Organizzazioni Sindacali di un documento contenente le proposte sia economiche sia normative per le trattative da svolgersi.

L'AAROI-EMAC, analizzata la bozza trasmessa nelle poche ore precedenti l'incontro, ne aveva ritenuto il testo irricevibile, in particolare per quanto concerne le disposizioni sulle allocazioni delle risorse economiche, in evidente contrasto con quanto richiesto nella precedente riunione.

Per questa ragione, prima dell'avvio del confronto previsto per le ore 15.00 del 15 ottobre, l'AAROI-EMAC ha deciso di diffondere una nota stampa preventiva, volta a rendere pubblica la propria posizione e a chiarire le motivazioni della sua netta contrarietà agli appostamenti degli aumenti nelle diverse voci stipendiali, oltre che - soprattutto - nei fondi necessari a garantirli, a meno di ricevere alcuni chiarimenti nel merito, e di poter avere poi riscontro rispetto alla disponibilità datoriale per la modifica e per l'integrazione delle innovazioni normative ivi contenute.

Una volta conclusasi la riunione, le osservazioni contenute nel comunicato, pubblicato sul nostro sito web e consultabile al seguente link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38889>, restano per la loro gran parte tuttora in attesa di ulteriori chiarimenti, in particolare relativamente ai criteri di implementazione delle risorse da far confluire nel fondo per la retribuzione degli incarichi (posizioni), in quello per la retribuzione delle condizioni di lavoro (disagio), e in quello per la retribuzione di risultato.

Tuttavia, alla luce di quanto emerso nel corso della riunione pomeridiana del 15 ottobre, l'AAROI-EMAC ritiene che da un lato siano stati forniti alcuni chiarimenti che hanno stemperato una quota parte delle forti perplessità emerse in un primo momento, e dall'altro si siano manifestati alcuni, seppur modesti, segnali di apertura rispetto alle richieste avanzate. In particolare, si è registrata da parte di ARAN una disponibilità ad approfondire la possibilità di una allocazione delle risorse economiche più soddisfacente.

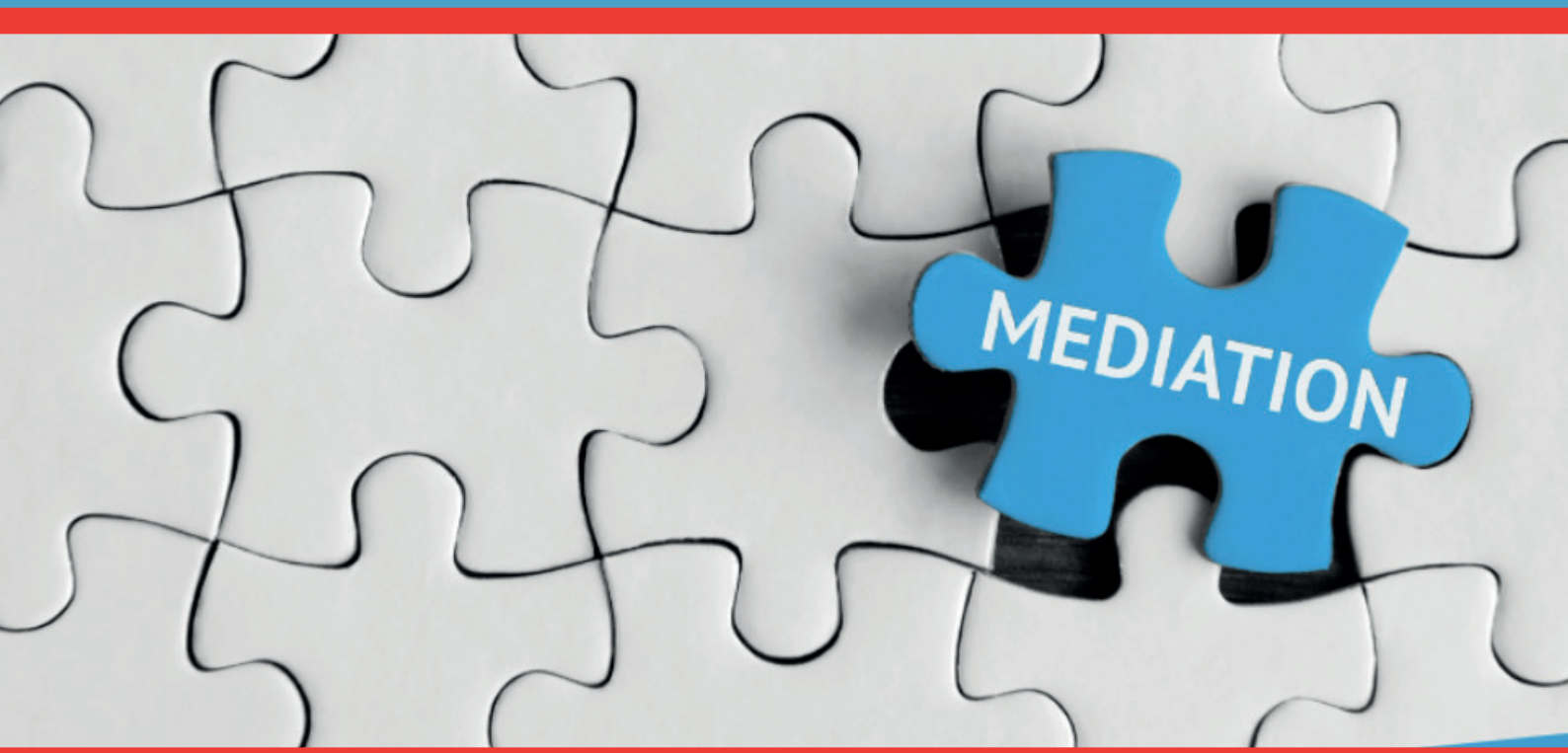
Per quanto riguarda invece il contestato aumento dell'Indennità di Specificità Sanitaria (ISS) dei Dirigenti Sanitari non medici, è stato fornito un chiarimento che ha consentito di superare completamente un misunderstanding sorto in precedenza.

In conclusione, pur riconoscendo che le aperture registrate in ARAN restano ancora minime, l'AAROI-EMAC le valuta sufficienti per poter continuare a negoziare, avendo comunque ribadito che le risorse economiche disponibili devono essere destinate maggiormente alle voci fisse e ricorrenti, che sono le uniche a non poter subire variazioni di quantificazione o di mancata o ritardata assegnazione dipendenti dalle singole Aziende.

Su tale premessa, l'AAROI-EMAC ha confermato dunque la propria disponibilità a proseguire il confronto, iniziando anche ad affrontare la parte normativa del contratto.

Per descrivere il percorso avviato a partire dal 1° ottobre, nella pagina successiva è pubblicato il comunicato stampa relativo alla prima riunione in ARAN.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*



Pronti a chiudere in tempi brevi ma previo confronto su alcuni punti

Il seguente comunicato stampa è stato diffuso dopo la prima riunione in ARAN del 1° ottobre, a testimonianza della disponibilità dell'AAROI-EMAC ad avviare il confronto sul rinnovo contrattuale, con solo alcune richieste mirate, tra cui quella relativa alla modalità di distribuzione delle risorse economiche. Una disponibilità dapprima messa in crisi dal primo testo di ipotesi di CCNL 2022-2024 proposto da ARAN nella serata del 14 ottobre, come spiegato nell'editoriale pubblicato a pagina 3, e poi in qualche modo resa nuovamente possibile in considerazione dell'avvenuto confronto che ha lasciato intravedere qualche positivo segnale di apertura.

Affrontare la trattativa per il Triennio 2022-2024 con la volontà di concluderla positivamente, lavorando sulla parte normativa del CCNL in discussione da oggi solo con pochi interventi puntiformi, ma non per questo di poco rilievo, previo il riscontro di iniziative concrete finalizzate all'avvio a strettissimo giro della trattativa per il successivo Triennio 2025-2027.

Questa la posizione espressa dal Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, nel corso della riunione in ARAN che ha aperto la trattativa per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2022-2024 per l'Area Sanità.

"Non possiamo che apprezzare la presenza, nell'Atto di Indirizzo, di una volontà esplicita di dar avvio in tempi rapidi alla trattativa del triennio contrattuale successivo – afferma Vergallo –. È chiaro che un effettivo riscontro di segnali concreti in questa direzione condiziona positivamente anche la nostra disponibilità a procedere rapidamente alla firma del contratto 2022-2024.

Nell'Atto di Indirizzo abbiamo già individuato alcuni punti dei quali sarà necessario discutere, poiché prevedono innovazioni che dovranno poi essere concretamente calate nell'articolato contrattuale e quindi nell'organizzazione del lavoro. Un esempio a tal proposito è costituito da un'assoluta novità, vale a dire la possibilità di prevedere prestazioni da svolgersi "a distanza" in regime di Pronta Disponibilità, che per evidenti ragioni l'AAROI-EMAC sostiene non possano

avvenire in Anestesia e Rianimazione o in Emergenza-Urgenza. Per il resto si tratterà di sottoporre la parte normativa del CCNL in essere ad una messa a punto che lo renda più esigibile per quanto ne concerne sia l'impianto storico, sia le diverse importanti modifiche in vigore dallo scorso 24 gennaio 2024.

Questo ci consentirà – prosegue il Presidente AAROI-EMAC – poi di discutere con maggior ponderazione altre innovazioni e novellazioni normative molto impegnative, che se pretendessimo di portare a termine in questa tornata contrattuale ne causerebbero un considerevole ritardo, che si trascinerebbe in quella a venire.

Sul piano economico sarà necessario concentrarsi sul miglior appostamento nelle varie voci stipendiali delle buste paga degli aumenti contrattuali già stanziati, per il quale abbiamo già preannunciato la nostra richiesta di dar priorità alle voci fisse e ricorrenti, senza trascurare la necessità di un'attenta distribuzione del resto delle risorse in quelle a vario titolo 'variabili'. Inoltre – conclude Vergallo – dato che l'Emergenza-Urgenza è al centro delle nostre politiche sindacali, dedicheremo particolare impegno nella discussione sulla definizione contrattuale nazionale di come dovranno essere distribuite le ulteriori risorse destinate specificatamente per legge ai Pronto Soccorso, che si aggiungeranno a quelle già stanziati ed erogate a decorrere dal CCNL vigente, anche per evitarne alcuni tentativi di saccheggio che sono avvenuti in alcune Regioni nonostante la strenua opposizione dell'AAROI-EMAC".



Guarda il video di sintesi del Presidente Nazionale AAROI-EMAC al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38821>

Quesiti e Risposte

Le risposte del presidente Nazionale ad alcuni Quesiti pervenuti sul CCNL

QUESITO

Vorrei sapere se dal nuovo CCNL è previsto il riconoscimento dell'anzianità di servizio per gli anni in cui si è lavorato come co.co.pro. presso una AO del SSN pubblica.

RISPOSTA:

Purtroppo al momento la risposta è negativa.

CCNL Dirigenza Sanitaria 23.01.2024

Art. 22 Tipologie d'incarico

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

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

Nota a margine: il rinnovo CCNL per il triennio 2022-2024 offrirà pochissime opportunità di modifiche (puntiformi) rispetto al dettato contrattuale vigente. Cercheremo di sostenere (senza alcuna certezza che tale nostro sostegno abbia successo, ma ci proveremo) che includere la fattispecie di rapporto lavorativo oggetto del quesito (co.co.pro.) tra i periodi di effettiva anzianità di servizio maturata ai fini del conferimento incarichi sarebbe utile a rendere più attrattivo l'impiego nel SSN per i più giovani.

QUESITO

In vista dell'inizio delle trattative per il rinnovo CCNL,

quali sono i punti che individualmente o con altre OO.SS. valuteremo di negoziare? Le dico la verità, vorrei confessarle il mio pessimismo riguardo l'adeguamento su base inflazione rimandato allo scorso appuntamento di rinnovo; inoltre ho la percezione che sia rimasto qualche ombra normativa passibile di interpretazione aziendale su riposi, riposi compensativi, cumulo ore festivi.

RISPOSTA:

1 - i punti della nostra piattaforma di rinnovo contrattuale sono allo studio della nostra Commissione Contratto, e ne sarà data notizia una volta che la trattativa sarà entrata nel vivo; questo al solo scopo di non rischiare che si creino anticorpi controproducenti; a tal proposito di certo nel nuovo CCNL cercheremo di chiarire alcuni vulnus interpretativi su "riposi, riposi compensativi, cumulo ore festivi", tenendo conto comunque che la trattativa appena iniziata (il 01/10/2025) offrirà a seguire pochissime opportunità di modifiche (puntiformi) rispetto al dettato contrattuale vigente;

2 - non vi è alcun rinvio "dell'adeguamento su base inflazione rimandato allo scorso appuntamento di rinnovo" (che è una contraddizione in termini, dato che l'adeguamento inflattivo di ogni rinnovo triennale è fissato per legge, e non può essere né retro- né antero-attivo); certamente il 5,78% + lo 0,22% (stabilito dall'IPCA, Indice dei Prezzi al Consumo Armonizzato, utilizzato per l'adeguamento dei contratti e dei minimi retributivi) per il periodo 2022-2024 è inferiore all'inflazione reale, ma in mancanza di interventi legislativi ad hoc la nostra scelta è: confidare "nel futuro" e rifiutarci di trattare, oppure trattare cercando di appostarli nelle voci stipendiali più favorevoli alla valorizzazione del nostro lavoro; non perdiamo di vista (per esempio) il fatto che la detassazione avvenuta per legge (da giugno 2024) delle prestazioni aggiuntive successivamente alla sottoscrizione definitiva del CCNL 23.01.2024 (che con alcune novellazioni normative ne ha preparato meglio l'applicazione) ha comportato aumenti medi netti nelle buste paga dei Colleghi che a parità di impegno lavorativo extra non li hanno certo depauperati.

La Responsabilità Sanitaria al 4 Settembre 2025

SITUAZIONE ATTUALE IN AMBITO PENALE (Codice Penale e Decreto-Legge 1° aprile 2021, n. 44)

NdR: *in grassetto corsivo il dettaglio al quale apporterà modifiche il Ddl Delega sulle professioni sanitarie che ieri 04/09/2025 ha ricevuto il Via Libera dal CdM*

DISPOSITIVO DELL'ART. 590 SEXIES CODICE PENALE

Fonti → Codice Penale → LIBRO SECONDO - Dei delitti in particolare → Titolo XII - Dei delitti contro la persona → Capo I - Dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale

Se i fatti di cui agli articoli 589* e 590** sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, **in mancanza di queste**, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

***NdR: Omicidio colposo**

**** NdR: Lesioni personali colpose**

DECRETO-LEGGE 1° APRILE 2021, N. 44

NdR: *Si tratta dello scudo penale introdotto nel 2021 durante l'emergenza coronavirus. Allora il Governo Draghi approvò un decreto dedicato soltanto al personale sanitario impiegato nella campagna vaccinale contro il Covid. Successivamente, quando il decreto fu convertito in legge, lo scudo penale venne esteso a tutto il personale – medici, infermieri, tecnici di laboratorio – per il lavoro fatto nel corso dell'emergenza coronavirus. Ogni anno, negli ultimi tre anni, lo scudo penale è stato poi prorogato anche con successive mo-*

difiche e integrazioni (tra cui il Decreto Legge n. 202 del 27/12/2024 che ha prorogato di un anno [fino al 31/12/2025] l'applicazione della disciplina transitoria che prevede la limitazione della punibilità per i reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose qualora il fatto sia stato commesso nell'esercizio di una professione sanitaria e in situazioni di grave carenza di personale sanitario o di altre situazioni "difficoltose"), SALVO che in caso di accertata colpa grave.

Che cosa prevede il Ddl Delega sulle professioni sanitarie che ieri 04/09/2025 ha ricevuto il Via Libera dal CdM?

(IN GRASSETTO CORSIVO LE INNOVAZIONI RISPETTO ALLA SITUAZIONE ATTUALE IN AMBITO PENALE CHE APPORTERÀ IL DDL DELEGA IN ARGOMENTO)

CAPO II (Disposizioni in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie)
ART. 7 (Modifiche al codice penale)

1. Al codice penale sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 590-sexies è sostituito dal seguente:
«Art. 590-sexies. - (Limiti della responsabilità nell'attività sanitaria) - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria si applicano le pene ivi previste, salvo quanto disposto dal secondo comma. Quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge o alle buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto, è punibile solo per colpa grave.».

b) dopo l'articolo 590-sexies è inserito il seguente:
«Art. 590-septies.- (Colpa nell'attività sanitaria) - Nell'accertamento della colpa o del suo grado si tiene conto anche della scarsità delle risorse uma-

ne e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.».

NdR - le modifiche:

- **con la novellazione dell'Art. 590-sexies C.P., metterebbero sullo stesso piano le linee guida e le buone pratiche clinico assistenziali (le quali ultime quindi non sarebbero più in subordine rispetto alle linee guida, cioè invocabili nell'assenza di esse)**
- **con il nuovo Art. 590-septies C.P., introdurrebbero per la 1^a volta nel Codice Penale (quindi non limitatamente ad una Legge) criteri in base ai quali la scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative potrebbe essere valutata ai fini del giudizio penale come elemento a discarico, eccetto naturalmente nel caso di accertata colpa grave.**

=====

SITUAZIONE ATTUALE IN AMBITO CIVILE (Codice Civile e "Legge Gelli-Bianco" n. 24 dell'8 marzo 2017) - NdR: che il Ddl Delega sulle professioni sanitarie il quale ieri 04/09/2025 ha ricevuto il Via Libera dal CdM lascerebbe comunque invariata

Dispositivo dell'art. 2043 Codice Civile

Fonti → Codice Civile → LIBRO QUARTO - Delle obbligazioni → Titolo IX - Dei fatti illeciti⁽¹⁾⁽²⁾ Qualunque fatto⁽³⁾ doloso o colposo⁽⁴⁾, che cagiona⁽⁵⁾ ad altri un danno ingiusto⁽⁶⁾, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno [2058]⁽⁷⁾.

Note

⁽¹⁾ Si riporta l'art. 3, comma 1, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modifiche, nella L. 8 novembre 2012, n. 189: "L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella de-

terminazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Successivamente, tale disciplina è stata sostituita con quella prevista dal terzo comma dell'art. 7 della c.d. "Legge Gelli-Bianco" n. 24 dell'8 marzo 2017 (Responsabilità professionale del personale sanitario), la quale prevede, in merito alla responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, che "L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590 sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge".

⁽²⁾ La norma introduce la c.d. responsabilità extracontrattuale che sorge, sinteticamente, quando un soggetto subisce un danno dalla condotta di altri e tra di essi manca un rapporto obbligatorio. Essa si contrappone alla responsabilità contrattuale che nasce quando vi è tale rapporto ed esso è inadempito (1218 c.c.). La dottrina e la giurisprudenza più recenti hanno teorizzato l'esistenza di un'altra forma di responsabilità, c.d. da contatto sociale, che nasce quando tra danneggiante e danneggiato non c'è un rapporto obbligatorio ma non c'è nemmeno estraneità. Si discute se, strutturalmente, essa vada ricondotta all'illecito aquiliano o a quello contrattuale (tesi prevalente), con applicazione della relativa disciplina. Un esempio di tale forma di responsabilità è rinvenuto nell'obbligo di comportarsi secondo buona fede nelle trattative precontrattuali (1337 c.c.).

⁽³⁾ Fatto è qualsiasi azione umana, commissiva ovvero anche omissiva se viola un obbligo di attivarsi imposto dall'ordinamento. Può trattarsi anche di un fatto materiale, cioè indipendente dalla condotta dell'uomo (ad esempio, il cornicione di un palazzo che si stacca e cade al suolo) se l'ordinamento, per una precisa ragione, lo ascrive all'uomo (ad esempio perché proprietario del palazzo, 2053 c.c.).

⁽⁴⁾ Tali espressioni identificano l'elemento soggettivo dell'illecito e la loro definizione è mutuata dal diritto penale (43 c.p.). Il dolo (da non confondersi con gli artifici e raggiri di cui agli art. 1439, 1440 c.c.) consiste nella coscienza e volontà di realizzare una condotta

dannosa. La colpa consiste in negligenza, imprudenza, imperizia (valutate alla stregua dell'art. 1176, comma 1 c.c.) ovvero nella inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

In alcune fattispecie il legislatore prescinde dal dolo e dalla colpa per fondare una responsabilità oggettiva (ad esempio, nel caso di padroni e committenti ex art. 2049 c.c.).

⁽⁵⁾ È necessario che tra fatto illecito ed il danno sussista un nesso di causalità. Per stabilire quale tra le azioni sia causa dell'evento si fa riferimento, anche qui, al diritto penale (40 c.p.) e, nello specifico, alla teoria della causalità materiale in base alla quale una condotta è causa di un evento se e solo se essa ne è condicio sine qua non, cioè condizione senza la quale l'evento non si sarebbe prodotto; per verificare quando sussista questo nesso si guarda alla c.d. causalità adeguata, per cui la condotta è causa quando, normalmente, è idonea a cagionare quell'evento.

⁽⁶⁾ Con la nozione di danno ingiusto si fa riferimento, innanzitutto, al **danno evento**, che identifica i beni giuridici la cui violazione può originare il diritto al risarcimento. Esso è talvolta già tipizzato dal legislatore (ciò accade, ad esempio, per i reati). Tuttavia, fuori da queste ipotesi, l'elaborazione giurisprudenziale ha compiuto un lungo percorso volto ad estendere la categoria dei beni tutelati. Così, si è partiti dalla rilevanza dei soli diritti assoluti (anni '40), per passare a quella dei diritti di credito (c.d. caso Meroni, Cass., SS.UU., 26 gennaio 1971, n. 174), delle situazioni di fatto (ad esempio il possesso) e giungere con la storica sentenza Cass., SS.UU., 22 luglio del 1999, n. 500 alla tutela dell'interesse legittimo. Affinché la condotta realizzi tale danno è necessario, ovviamente, che essa non sia tenuta in presenza di una causa di giustificazione (2044 ss. c.c.).

⁽⁷⁾ Il danno ingiusto si riferisce anche al c.d. **danno conseguenza** che indica quali siano le conseguenze dannose, economicamente valutabili che, derivando dalla lesione del bene, attribuiscono il diritto al risarcimento. Essi si distinguono in danni patrimoniali, cioè lesioni al patrimonio economico del soggetto, e non patrimoniali, che si sostanziano nei pregiudizi ad interessi della persona non aventi rilevanza economica. I primi, a loro volta, si sviluppano nel danno emergente e nel lucro cessante (1223 c.c.). In ordine ai secondi le teorie più recenti parlano di danno biologico, danno morale e danno esistenziale (2059 c.c.).

Dispositivo dell'art. 2236 Codice Civile

Fonti → Codice Civile → LIBRO QUINTO - Del lavoro → Titolo III - Del lavoro autonomo → Capo II - Delle professioni intellettuali

Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà⁽¹⁾, il prestatore d'opera non risponde dei danni⁽²⁾, se non in caso di dolo o di colpa grave [1176, 2104]⁽³⁾.

Note

⁽¹⁾ La diligenza richiesta al professionista è una diligenza qualificata, superiore a quella che viene richiesta ad una persona comune (c.d. diligenza del buon padre di famiglia), ed è commisurata alla prestazione che lo stesso deve eseguire.

Il professionista, infatti, risponde di regola per negligenza, imprudenza e colpa lieve, atteso il maggior grado professionale che si presume in capo allo stesso.

⁽²⁾ Il cliente che intenda agire per ottenere il risarcimento ha l'onere di provare il danno subito, la colpa del prestatore d'opera intellettuale, nonché il nesso di causalità tra colpa e danno.

⁽³⁾ La limitazione di responsabilità non è applicabile alle ipotesi di negligenza o imprudenza del professionista, attesa la diligenza professionale richiesta allo stesso a norma dell'art. 1176, comma secondo.

Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale



Lo scudo penale alla luce del nuovo disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri il 4 settembre 2025

Marta d'Agostino (Avvocato Torino)

In data 4 settembre 2025, il Consiglio dei ministri ha approvato la proposta del Ministro della Salute di una riforma sulla disciplina della responsabilità professionale sanitaria (risultato dei lavori della Commissione d'Ippolito), introducendo, tra le altre, anche uno "scudo penale condizionato", limitando la punibilità di medici e altri professionisti sanitari alla c.d. "colpa grave", nel caso in cui abbiano rispettato le linee guida e le buone pratiche clinico assistenziali.

Di "scudo penale" si parla già dall'epoca Covid-19, quando, con l'intento di restituire maggiore serenità ai professionisti sanitari e limitare i casi di c.d. "medicina difensiva", il legislatore ha introdotto una serie di disposizioni che limitavano la responsabilità penale ai soli casi di colpa grave. Sennonché, fino alla legge di conversione del decreto milleproroghe n. 215/2023, approvata in via definitiva dal Senato in data 21 febbraio 2024, lo "scudo penale" copriva temporalmente tutte le condotte – qualificabili ex art. 589 c.p. (Omicidio colposo) e art. 590 c.p. (Lesioni personali colpose) – commesse nell'esercizio di una professione sanitaria sino al 31 dicembre 2024: prima, con lo scudo penale Covid-19, il termine era fissato al 31 marzo 2022, cioè durante lo stato di emergenza epidemica. Oltre al riferimento temporale, lo "scudo penale" Covid-19 e quello del decreto milleproroghe del 2023 richiedevano che il fatto commesso dall'esercente la professione sanitaria fosse commesso, rispettivamente, in una situazione di emergenza (ex art. 3-bis, comma 1, L. 76/2021) o di grave carenza di personale sanitario (ex art. 4, comma 8-septies, L. 215/2023).

Nel disegno di legge appena approvato dal Consiglio dei ministri, invece, vengono eliminati i riferimenti temporali, emergenziali o di grave carenza di personale che caratterizzavano le precedenti versioni dello "scudo penale"; questo scudo penale 3.0, pertanto, "dovrebbe" diventare parte integrante della normativa "ordinaria" sulla responsabilità professionale sanitaria.

Per quanto qui di rilievo, nel Capo II dello "Schema di disegno di legge recante «delega al governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», gli articoli 7 e 8 sono dedicati alle modifiche al Codice penale e alla legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco).

Premesso che il contenuto dello schema del disegno di legge potrebbe chiaramente subire ulteriori modifiche durante l'iter di approvazione della Legge Delega in Parlamento, ci si potrebbe innanzitutto interrogare sulla opportunità di un intervento legislativo in tal senso. Invero, quantomeno per quel che riguarda il concetto di "imperizia" nell'ambito della definizione della colpa ex art. 43 c.p., la giurisprudenza in sede civile ha sempre applicato il principio generale sancito dall'art. 2236 c.c., limitando la responsabilità professionale ai soli casi di dolo o di colpa grave in caso di "problemi tecnici di speciale difficoltà". Si veda, tra le tante, la sentenza della Corte di cassazione n. 10396/18, in cui la Suprema Corte ha precisato che «La regola di ponderazione della responsabilità professionale di cui all'art. 2236 cod. civ., in base alla quale il prestatore d'opera risponde solo in caso di dolo o di colpa grave quando la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, trova applicazione anche laddove si versi in situazioni di emergenza turbate dall'impellenza».

Certo, se la modifica dovesse essere approvata dal Parlamento, in ambito penalistico si amplierebbe la non punibilità per "colpa lieve" anche ai casi di negligenza e imprudenza, se, nel caso di specie, il giudice ritenesse sussistenti tutti i criteri indicati dal legislatore. Analizzando le modifiche proposte, infatti, emerge che, sebbene l'intento del legislatore fosse quello di limitare il più possibile l'intervento della giurisprudenza nell'ambito della responsabilità professionale, in realtà si finisce per dare ancora più spazio al potere giudiziario, chiamato ad accertare la presenza di tutta una serie di condizioni che sono tutt'altro che "definite".



Nell'ambito dell'accertamento della colpa, infatti, il legislatore chiede che vengano inclusi nella valutazione la *"scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza"*. È evidente che si tratti di valutazioni comunque lasciate alla discrezionalità del giudice, non essendo precisato quando si possono ritenere sussistenti le ipotesi indicate.

Inoltre, non si può non evidenziare che il richiamo contenuto nella norma (*"non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria"*), esclude dalla protezione anche quei casi di c.d. *"colpa per adesione"*: casi in cui l'esercente la professione sanitaria (magari con ruolo apicale) decide di continuare a svolgere la propria attività pur essendo ben consapevole che la situazione di *"scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative"* in cui si trova ad operare potrebbe (rectius: è *"prevedibile"* che possa) determinare danni ai pazienti.

Dalla lettura della norma, inoltre, pare essere stata introdotta una limitazione di applicabilità dello scudo *"penale"* in sede civile. Leggendo il nuovo comma 3-bis dell'art. 7 della Legge Gelli, infatti, emerge che la *"scarsità delle risorse umane"*, le *"eventuali carenze organizzative"* e così via potranno essere valutate

"fermo quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile", che limita la responsabilità del professionista intellettuale al dolo e alla colpa grave solo nel caso di imperizia, quando la *"prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà"*.

Il disegno di legge, inoltre, elimina l'ultimo periodo del terzo comma dell'art. 7 della Legge Gelli-Bianco, che riguardava i criteri da utilizzare nell'ambito della quantificazione del risarcimento dovuto. Se questa modifica – che pare, a prima lettura, peggiorativa per i professionisti sanitari – dovesse essere approvata, il giudice, nel giudizio sulla quantificazione del risarcimento del danno, non dovrà più valutare l'osservanza delle linee guida da parte dell'esercente la professione sanitaria.

Sicuramente apprezzabile, invece, l'equiparazione delle buone pratiche clinico assistenziali alle linee guida *"approvate ai sensi di legge"* (cioè secondo quanto disposto dall'art. 5 della Legge Gelli-Bianco). In questo modo, l'esercente la professione sanitaria potrà seguire sia le (pochissime) linee guida approvate ai sensi di legge sia le buone pratiche clinico assistenziali che, da tempo ormai, recepiscono, traducendole, le più recenti e innovative *"linee guida"* approvate dalle società scientifiche più importanti nel resto del mondo. Il tutto, sempre *"salve comunque le specificità del caso concreto"*.

Alla fine, però, rimane il fatto che dalla analisi dei sinistri effettuati con le varie associazioni che possiedono un sistema assicurativo centralizzato, ad oggi nessuno dei vari scudi penali introdotti e che si sono succeduti nel tempo ha trovato applicazione. Appare, quindi, evidente che lo *"scudo penale"* di cui tanto si parla abbia un valore più politico che giuridico.



safety quality reliability

SAVE THE DATE

2026

7-8-9 maggio

Roma, Crowne Plaza St. Peter's



Il Meeting AAROI-EMAC a Roma dal 7 al 9 Maggio 2026

Dal 7 al 9 Maggio si terrà al Crowne Plaza di Roma la settima edizione di SAQUIRE, il Meeting AAROI-EMAC, che quest'anno avrà come titolo: "Tecnologia e Umanizzazione delle Cure in Anestesia e Rianimazione, in Emergenza e in Area Critica".

Il Meeting SA.QU.RE. 2026 è ormai diventato un appuntamento di riferimento per i Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Area Critica, oltre che per gli altri professionisti sanitari di questi due fondamentali settori ospedalieri. Nato con l'obiettivo di promuovere sicurezza, qualità e affidabilità delle cure, mette a confronto i professionisti con le sfide di un sistema sanitario in continua evoluzione, sia sotto il profilo del progresso tecnologico, sia sotto

quello delle relazioni umane nei processi di prevenzione, diagnosi e cura, che oggi costituiscono un fattore di estrema importanza per l'utenza.

L'iniziativa sottolinea il valore della formazione continua e dell'integrazione multidisciplinare, elementi fondamentali per attuare percorsi di risposta alle esigenze di salute della popolazione che divenendo sempre più complessi richiedono un coordinamento crescente tra saperi e procedure. L'evento riunisce esperti di anestesia, terapia intensiva, chirurgia, emergenza e altre discipline, con particolare attenzione al contributo di tutte le professioni sanitarie coinvolte nella cura del paziente critico. La collaborazione tra figure diverse si

traduce in una riduzione degli errori, in un uso più appropriato ed efficiente delle risorse e, soprattutto, in migliori esiti di efficacia clinica.

Ampio spazio sarà dedicato alle situazioni di emergenza-urgenza, con focus **sui protocolli di gestione del paziente critico** e sull'utilizzo precoce di tecnologie innovative e farmaci già a bordo dei mezzi di soccorso avanzato preospedaliero. Particolare rilievo avrà la gestione globale del paziente politraumatizzato, in genere complicato ulteriormente da problematiche emocoagulative che incidono notevolmente, spesso pregiudicandolo, sull'outcome.

Resta centrale la tutela del malato, anche alla luce della Legge n. 24/2017 sulla sicurezza delle cure e responsabilità professionale, che richiama all'adozione di Linee Guida e Buone Pratiche per la riduzione delle complicanze. In questo contesto trovano spazio la medicina di precisione, le terapie personalizzate e **l'impiego di monitoraggi avanzati**.

Il congresso affronterà inoltre le **innovazioni tecnologiche**, e – per quanto ne consegue – le possibili **implementazioni organizzative del lavoro** in sala operatoria, nelle rianimazioni e nei pronto soccorso, con particolare attenzione al ruolo crescente della telemedicina e dell'intelligenza artificiale. Saranno analizzate le più recenti evoluzioni in terapia intensiva per la gestione di shock settico, complicanze

cardiologiche, respiratorie e neurologiche.

Un'intera sessione sarà dedicata al tema del dolore acuto e cronico, che interessa circa il 70% dei pazienti che accedono al dipartimento di emergenza. Verranno approfondite le strategie terapeutiche, con un focus sui trattamenti farmacologici e sull'uso degli oppioidi, tema di grande attualità anche alla luce delle nuove norme del codice della strada.

Non mancheranno i dibattiti di bioetica incentrati sulla gestione e condivisione delle scelte nella fase di fine vita. Inoltre saranno promosse riflessioni sul benessere degli operatori sanitari, con attenzione a contratti, assicurazioni e responsabilità professionale.

Il Meeting valorizza le competenze attraverso **la simulazione clinica, le tavole rotonde interattive e i workshop pratici**, presentando modelli organizzativi innovativi e strumenti concreti per garantire sicurezza e qualità nelle cure, che possono essere sviluppati nelle diverse realtà regionali e locali del nostro SSN secondo le rispettive esigenze.

Partecipare al Meeting SaQuRe significa contribuire a un evento che punta a migliorare gli esiti clinici, promuovere innovazione e rafforzare la collaborazione tra ricerca, industria e pratica clinica.



Due percorsi formativi dedicati all'emergenza in ambiente ostile

Tra la fine di Settembre e i primi di Ottobre si sono svolti due corsi di alta formazione in ambienti ostili, WARE – Waterborne Advanced Rescue & Emergency (SEA Edition) e l' EAST – Emergency Assistance in Severe Terrains organizzati da organizzato da SIET e AAROI-EMAC. Di seguito una breve descrizione e le immagini.

WARE Course: formazione avanzata per la gestione delle emergenze in mare

Dal 26 al 28 settembre 2025, Porto Cesareo ha accolto la prima edizione di WARE – Waterborne Advanced Rescue & Emergency (SEA Edition), un evento che ha segnato un momento importante per la formazione in emergenza in mare. Per tre giorni oltre 40 Medici Anestesisti Rianimatori, di Emergenza-Urgenza e Infermieri provenienti da tutta Italia si sono ritrovati per condividere competenze, emozioni e professionalità in uno scenario unico, immerso nella bellezza e nella forza del mare.

Il corso, organizzato da SIET e AAROI-EMAC, ha rappresentato molto più di una semplice formazione: è stato un viaggio intenso, in cui teoria e pratica si sono intrecciate per trasformare nozioni in esperienze vissute sulla propria pelle. Le simulazioni in mare aperto, lungo coste impervie e in condizioni estreme hanno fatto emergere la difficoltà e l'urgenza reale di interventi che ogni anno, purtroppo, in Italia riguardano centinaia di vite.

Gli scenari realistici, condotti da docenti esperti con tecniche e attrezzature innovative, hanno restituito ai partecipanti la consapevolezza di quanto la prontezza, la comunicazione e la capacità di lavorare in squadra siano decisive nel determinare l'esito di un soccorso. Molti hanno raccontato di aver provato la stessa tensione che si avverte nelle vere emergenze: il cuore che accelera, la concentrazione assoluta, la responsabilità che pesa e motiva allo stesso tempo.

Al termine delle tre giornate, la sensazione condivisa era chiara: WARE non è stato soltanto un corso, ma un laboratorio di vita, dove ciascun partecipante ha potuto confrontarsi con i propri limiti, rafforzare le proprie competenze e, soprattutto, sentirsi parte di una comunità che lavora ogni giorno per la sicurezza e la tutela della vita umana. Porto Cesareo non è stata soltanto una cornice, ma il cuore pulsante di un'esperienza che ha lasciato un segno profondo in chi l'ha vissuta.



Guarda anche il servizio di Sky

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38793>

e di TG3 Puglia

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38788>









EAST Course - Alta formazione e simulazioni di soccorso in ambiente montano

Dal 3 al 5 ottobre 2025, San Benedetto in Alpe (FC) ha ospitato la seconda edizione di EAST – Emergency Assistance in Severe Terrains, trasformando il borgo appenninico in un laboratorio a cielo aperto per l'emergenza in ambiente montano. Per tre giorni, oltre 40 tra Medici Anestesisti Rianimatori, di Emergenza-Urgenza e Infermieri provenienti da tutta Italia hanno condiviso competenze, emozioni e sfide in uno scenario naturale tanto affascinante quanto impervio.

Il corso, organizzato da SIIET e AAROI-EMAC con il patrocinio del CNSAS, non è stato solo formazione, ma un'immersione totale nella realtà del soccorso in montagna, dove ogni minuto può determinare la vita o la morte.

Gli scenari pratici, sia diurni che notturni, hanno messo i partecipanti di fronte a situazioni estreme: biker caduti lungo sentieri impervi, tree climbers con emorragie gravi, escursionisti precipitati in scarpate. Ogni simulazione ha richiesto prontezza, lucidità, capacità di decidere in pochi istanti e, soprattutto, lavoro di squadra sotto pressione. Il buio, il freddo, il silenzio interrotto solo dalle voci concitate hanno reso l'esperienza autentica, toccante, quasi destabilizzante nella sua forza realistica.

Le attrezzature innovative e le tecniche all'avanguardia hanno reso l'addestramento ancora più immersivo, ma ciò che ha lasciato un segno indelebile è stata la consapevolezza maturata da ciascun partecipante: il soccorso in montagna non è solo un atto tecnico, è un atto umano che richiede competenza, empatia e coraggio.







Guarda anche il servizio del TG Emilia-Romagna al link
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38850>

Seconda edizione del WinterRASE, a Madonna di Campiglio dall'1 al 4 Dicembre

Dall'1 al 4 Dicembre 2025 a Madonna di Campiglio si svolgerà la seconda edizione di "WinterRASE – Rescue and Assistance in Ski Emergencies", il corso di formazione organizzato da SIIET (Società Italiana Infermieri di Emergenza) e AAROI-EMAC per fornire le competenze necessarie per affrontare rapidamente e in sicurezza le urgenze su pista da sci, comprese situazioni di maxi-emergenza, fornendo un'assistenza sanitaria altamente qualificata già sul posto dell'evento per il quale viene richiesto soccorso.



Informazioni e iscrizioni al link

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38858>



Utilizzo Specializzandi, la risposta del Presidente Nazionale

Egregio Presidente, negli ultimi mesi, nell'Ospedale dove lavoro è diventata consuetudine al fine di tutorare gli Specializzandi assunti con Decreto Calabria, adottare la seguente modalità organizzativa:

n.1 Dirigente Medico Specialista che sovrintende a n.2 Medici Specializzandi Decreto Calabria, ciascuno dei 2 assegnato ad una s.o. Ferma restando la disponibilità a garantire attività di tutoraggio per gli Specializzandi Decreto Calabria, su questo modello organizzativo mi sorge anche un dubbio di aspetto medico-legale. La nostra copertura assicurativa, in caso di sinistro, è inficiata dal fatto che il Medico Specialista gestisca le 2 s. o. come sopra descritto e firmi le cartelle anestesologiche di 2 sedute operatorie contemporaneamente nonché i 2 rispettivi registri operatori? Preciso che parliamo di sale operatorie attigue.

Sin dal 2015 avevo proposto all'AAROI-EMAC dell'epoca un progetto che mirava, a livello nazionale, quindi senza che a livello regionale o peggio aziendale fosse perpetrato un utilizzo illecito dei MIF, a regolamentarne l'attività assistenziale, con regole che sarebbe stato possibile far condividere sia a livello sindacale sia a livello scientifico ed accademico in ambito ARTID, questo grazie alle crescenti sinergie dell'epoca tra AAROI-EMAC e SIAARTI (che ad oggi continuano ad implementarsi, come del resto c'è tutta l'intenzione di un loro continuum per il futuro).

Vorrei sommessamente ricordare, proseguendo questa doverosa premessa, che in alcuni posti non vi è mai stato alcun limite all'utilizzo de-regolamentato (si potrebbe dire "selvaggio") dei MIF in generale, che li ha visti nei decenni lasciati sostanzialmente da soli (senza troppi scrupoli a prescindere dall'anno di specializzazione e dall'assunzione o meno ex Decreto Calabria e s.m.i.) a sostituire Specialisti senza troppe "sottigliezze" (o almeno senza che emergessero pubblicamente).

Il progetto all'epoca presentato si prefiggeva di:

- 1 – correggere le pessime abitudini più o meno locali sopra rammentate;
- 2 – prevenire le difficoltà di organizzazione del lavoro conseguenti alle allora "solo" (almeno per il sottoscritto) prevedibili carenze di personale, e che si sono progressivamente verificate negli anni, per poi esplodere nel 2020;
- 3 – valorizzare l'impegno degli Specialisti nel Tutoraggio
- 4 – mantenere sempre in sicurezza i MIF (metterli in sicurezza, laddove erano già utilizzati in modo "sommerso").

All'epoca (2015) quel "coraggioso" progetto non andò in porto, poiché una quota parte del Mondo Direttivo AAROI-EMAC di allora "non se la sentì" di dividerlo, temendone risultati negativi.

Nel prosieguo degli anni, ogni volta che l'ho riproposto ho incontrato ancora (pur in apprezzabile costante diminuzione) alcune residue difficoltà a vari livelli sindacali fino a quelli aziendali, finché – da ultimo, anche in conseguenza della "Emergenza Covid" per quanto concerne la disponibilità di personale medico, e per affrontarla in modo costruttivo – lo sviluppo di quel progetto è in qualche modo avvenuto in collaborazione con gran parte del nostro Mondo Accademico, rivelatosi per l'occasione spesso più "illuminato" e collaborante di quello sindacale, e questo ha consentito di ottenere il rispetto di gran parte degli obiettivi sopra accennati, portando anche ad una crescente (pur tuttavia ancora largamente incompleta) assunzione a CCNL dei MIF (con non trascurabili vantaggi per essi sotto il profilo stipendiale e – soprattutto – previdenziale).

L'unico punto non raggiunto (economicamente, ma ormai quel treno era passato e sarà molto difficile farlo passare ancora) è stato quello di valorizzare economicamente in modo adeguato l'impegno degli Specialisti nel Tutoraggio.

Rispondendo direttamente al Quesito:

A – l'organizzazione descritta è perfettamente aderente alle strategie AAROI-EMAC nel merito, a patto che (in estrema sintesi), per buona prassi prudenziale:

- sia tendenzialmente limitata ai MIF del IV e del V anno (quelli del III sarebbe meglio a nostro avviso far a meno, pur se la legge ad oggi lo consente, ma questo consiglio dipende anche dalla disponibilità delle Università a non ostacolare l'assunzione a CCNL dei MIF degli ultimi 2 anni...);
- non riguardi le Sale Parto (sia per i TC sia per l'Analgesia del Parto per quanto concerne il posizionamento di cateteri rachidei), le sedute di Anestesia Pediatrica propriamente detta e quelle più "a rischio" (sia per tipologia di interventi sia per il rischio ASA dei pz in lista);
- tenga conto, per gli Specialisti Tutor, sia dell'esperienza in determinate branche chirurgiche sia dell'anzianità di servizio (a tal proposito a ns. parere il "Tutor" deve essere titolare di Incarico CCNL > a quello "di base", quindi deve avere anzianità >5 anni).

Per il resto (cioè per altre limitazioni di dettaglio, e/o per eventuali eccezioni a quanto sopra) occorre che l'organizzazione del lavoro sia predisposta "cum grano salis" da parte delle Sc. di Specialità e dei ns Direttori di UO (oltre che attuata con altrettanto buon senso dai ns Specialisti e dai MIF interessati).

Ma (ribadisco) sono tutte regolamentazioni che se lo scrivente non avesse incontrato gli ostacoli accennati in premessa oggi sarebbero ormai state tutte acquisite, e invece dipendono ancora dagli accordi regionali (e soprattutto aziendali) con le Università; fortunatamente, i nostri Accademici si sono dimostrati in media anche più complianti e collaborativi di alcuni nostri Sindacalisti (a certuni dei quali resta ancor difficile da capire che se un'Azienda assume un MIF non lo fa certo per mantenerne le possibilità di impiego assistenziale identiche a quelle di un MIF non assunto).

Alcune Regioni, d'intesa con le rispettive Università, hanno adottato nel tempo linee di indirizzo per la maggior trasparenza possibile delle attività che i MIF possono svolgere in relativa autonomia, p. es. (prima tra tutte) la Lombardia con l'ormai noto (ma non abbastanza) "Libro delle Autonomie" (NdR: dei MIF), e ci auguriamo che tale adozione possa al più presto

essere intrapresa da tutte le Regioni, contribuendo alla miglior integrazione tra Università e Ospedali per quanto concerne la materia in argomento, il più uniformemente possibile sull'intero territorio nazionale.

B – sotto il profilo assicurativo, non sussistono perplessità evidenziabili sull'operatività della copertura assicurativa, mentre – per quanto attiene l'aspetto più strettamente giuridico – occorre considerare che, al momento, questi aspetti operativi non hanno ancora ricevuto una espressa regolamentazione normativa di dettaglio e, conseguentemente, non esiste un riferimento normativo chiaro e preciso che possa essere utilizzato per affermare la legittimità o l'illegittimità di comportamenti operativi adottati come quelli descritti. Ciò premesso, per le ragioni logiche su esposte – e tenendo ben presenti le limitazioni sopra enunciate e le finalità perseguite (e descritte ai punti da 1 a 4) – potrebbe essere molto utile definire ufficialmente uno specifico protocollo operativo indicando le ragioni poste a fondamento delle scelte operative assunte e dettagliando con precisione le modalità con cui dette attività devono essere attivate all'interno del reparto, per consentire la massima operatività in sicurezza delle attività svolte. In altre parole, una precisa e trasparente condivisione, attraverso le apposite Convenzioni tra le Scuole di Specialità e le UU.OO. in cui i MIF sono assunti ex Decreto Calabria, sia delle regole assunte che delle relative responsabilità.

Considerando l'assenza di riferimenti precisi di legge, ed al fine di consentire a tutti i Colleghi la massima protezione sia legale che assicurativa possibile, prendendo spunto dal quesito, corre l'opportunità di rimarcare che sarebbe opportuno – a maggior ragione dato che il mondo reale si evolve più velocemente di quanto le norme riescano a fare non solo per quanto concerne l'ambito specifico del quesito – che tutti i Medici dei nostri ambiti ARTID e MEU (Specialisti e MIF) fossero assicurati con la Convenzione AAROI EMAC: in questo modo, in caso di sinistro, saremmo in grado di mettere in atto la nostra forza associativa e sindacale per garantire a tutti la massima protezione legale, medico-legale ed assicurativa.

Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC

La Liquidazione: Calcolo e Applicazione Irpef per TFR e TFS

La risposta ad un quesito di un Iscritto, in pensione dal 2024 che ha chiesto un parere per il calcolo del TFS effettuato dall'INPS.

Di seguito alcune informazioni su quanto richiesto, che cercheremo di rendere di interesse più generale.

Chiunque si avvicini alla fine del proprio percorso professionale è comprensibilmente interessato alla cosiddetta "liquidazione". Questa somma costituisce un capitale importante, frutto di anni di lavoro. Il suo importo lordo varia dipendentemente dal Regime applicato, che distingue principalmente tra Trattamento di Fine Rapporto (TFR) e Trattamento di Fine Servizio (TFS), mentre l'importo netto dipende da un regime fiscale complesso, anch'esso diversificato sempre in ragione del Regime applicato. Sebbene i principi istitutivi del TFS e del TFR siano analoghi, le modalità di calcolo e - soprattutto - di tassazione sono infatti piuttosto differenti.

Di seguito analizzeremo in estrema sintesi i differenti impianti del TFS e del TFR, le regole di computo lordo e quelle fiscali (per il computo netto) che governano queste due importanti indennità, in modo da offrire un quadro gene-

rale il più chiaro e comprensibile possibile, ma - come premesso - senza poter fornire una risposta "certificata" al tuo quesito.

IN LINEA GENERALE:

TFR e TFS, le Differenze Fondamentali. Prima di addentrarsi nelle complessità del calcolo della somma spettante e delle imposte applicabili, è essenziale comprendere cosa distingue il TFR dal TFS; questa distinzione è il primo passo per capire perché la tassazione della liquidazione cambia a seconda del rapporto di lavoro.

A chi spettano (limitandoci ai medici dipendenti pubblici):

Trattamento di Fine Rapporto (TFR): Spetta a tutti i dipendenti del settore privato e ai dipendenti pubblici assunti con contratto a tempo indeterminato dopo il 31 dicembre 2000.

Trattamento di Fine Servizio (TFS): È un'indennità riservata ai dipendenti pubblici (statali, enti locali, sanità) assunti con contratto a tempo indeterminato prima del 1° gennaio 2001.

In termini più dettagliati:

- i dipendenti pubblici in servizio a tempo in-

determinato alla data del 31/12/2000 hanno diritto a un trattamento di fine servizio (TFS) disciplinato dal DPR 23/12/1973 n. 1032 denominato indennità di buonuscita (IBU) se dipendenti dello Stato (ex Enpas), ovvero disciplinato dalla L. 8/3/1968 n. 152 denominato indennità premio di servizio (IPS) se dipendenti degli enti locali e del Servizio Sanitario Nazionale (ex Inadel);

- i dipendenti pubblici assunti a tempo indeterminato dal 1/1/2001 (e quello a tempo determinato con rapporto in essere al 30/5/2000 o successivo) si trovano obbligatoriamente in regime di trattamento di fine rapporto (TFR).

ATTENZIONE: possono sussistere, caso per caso, eccezioni a questa regola generale (p. es., l'adesione ad un Fondo Pensione Negoziale comporta - anche per chi è stato assunto con contratto a tempo indeterminato prima del 1° gennaio 2001 - l'applicazione del Regime TFR); in tal caso il personale in regime di TFS, per poter accedere alla previdenza complementare di tipo "negoziale" (Fondi Pensione "chiusi" come il Fondo Perseo/Sirio) deve obbligatoriamente optare per il regime del TFR e conserva il maturato TFS che costituisce montante per il TFR.

Metodo di Calcolo e Natura:

TFR (Sistema ad Accantonamento): L'azienda accantona ogni anno una quota della retribuzione lorda del dipendente, pari alla retribuzione annua divisa per 13,5. Questo capitale viene poi rivalutato. La sua natura è più vicina a quella di un'indennità a carattere previdenziale.

TFS (Sistema Retributivo): L'importo si calcola sull'ultima retribuzione percepita prima della cessazione. Si tratta, a tutti gli effetti, di un salario differito.

SCHEMA RIEPILOGATIVO: TFR vs TFS
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO (TFR)

Beneficiari: Dipendenti privati e pubblici post-2000

Calcolo: Accantonamento annuale

Natura: Indennità previdenziale.

Il TFR lordo si computa dividendo la retribuzione annua lorda (RAL) di ogni annualità di lavoro per 13,5 ottenendo così "la Quota Annuale Lorda"; alla sommatoria delle quote annuali andrà aggiunta una rivalutazione annuale pari all'1,5% fisso e al 75% dell'aumento dell'indice ISTAT dei

prezzi al consumo.

Alla somma lorda così ottenuta si applica poi una specifica tassazione separata* (vedasi Nota), computata sulla "base imponibile" ai fini Irpef in ragione di specifiche regole, che in estrema sintesi sono disciplinate dall'articolo 19 del TUIR, seguendo una procedura complessa in due fasi distinte.

Fase 1:

La Ritenuta Provvisoria del Datore di Lavoro

Al momento della cessazione del rapporto, il datore di lavoro (in qualità di sostituto d'imposta) applica una ritenuta provvisoria. Il calcolo per determinare l'aliquota da applicare si articola come segue:

- si determina il TFR Lordo, dato dalla somma di tutti gli accantonamenti annuali, rivalutati;
- si calcola il Reddito di Riferimento: questo è un reddito fittizio che serve a "simulare" una base annua su cui calcolare l'imposta. La formula è: $(\text{TFR Lordo} \times 12) / \text{Numero di anni di servizio}$;
- sul reddito di riferimento si applicano le aliquote IRPEF in vigore per calcolare l'imposta corrispondente;
- si determina l'Aliquota Media con la seguente formula: $(\text{Imposta calcolata sul reddito di riferimento} / \text{Reddito di riferimento}) \times 100$;
- l'aliquota media così ottenuta viene applicata all'importo del TFR lordo per calcolare la ritenuta provvisoria da versare.

Fase 2:

Il Calcolo Definitivo dell'Agenzia delle Entrate

Successivamente, l'Agenzia delle Entrate ricalcola l'imposta in via definitiva. L'Ufficio, anziché basarsi sul reddito di riferimento, utilizza l'aliquota media di tassazione degli ultimi cinque anni di servizio del lavoratore. Questo ricalcolo può portare a due scenari:

- Un conguaglio a debito: se l'imposta definitiva è maggiore di quella trattenuta, il lavoratore riceverà una comunicazione per versare la differenza;
- Un conguaglio a credito: se l'imposta definitiva è minore, il lavoratore avrà diritto a un rimborso.

TRATTAMENTO DI FINE SERVIZIO (TFS)

Beneficiari: Dipendenti pubblici pre-2001.

Calcolo: Basato sull'ultima retribuzione.

Natura: Salario differito.

Il TFS lordo si computa dividendo per 15 l'80% della retribuzione contributiva utile percepita negli ultimi 12 mesi di servizio per il numero degli anni utili ai fini del calcolo, e poi moltiplicandolo per gli anni di servizio svolti fino alla cessazione del rapporto di lavoro.

Alla somma lorda così ottenuta si applica poi una specifica tassazione, che - pur basandosi sul medesimo principio della tassazione separata* - prevede un meccanismo di calcolo che, in genere, risulta più favorevole per il lavoratore. La differenza principale risiede nell'applicazione di forti riduzioni della base imponibile prima del calcolo dell'imposta.

La procedura, effettuata dall'Ente Erogatore, prevede:

- un abbattimento della Base Imponibile (una quota del TFS lordo è completamente esente da tasse); tale quota di abbattimento fiscale varia in percentuale a seconda del tipo di Indennità (la percentuale è legata al rapporto tra il contributo previdenziale trattenuto a carico del lavoratore durante la vita lavorativa e l'aliquota complessiva):
 - 26,04% per l'Indennità di Buonuscita (ex ENPAS, per i dipendenti statali, risultante al rapporto $2,5/9,6 = 26,04\%$);
 - 40,98% per l'Indennità Premio Servizio (ex INADEL, per i dipendenti di enti locali e sanità, risultante al rapporto $2,5/6,1 = 40,98\%$).
- una deduzione fissa: l'importo imponibile, già ridotto dall'abbattimento, viene ulteriormente diminuito di un importo fisso pari a 309,87 € per ogni anno di servizio;
- il calcolo dell'Imposta: solo sulla base imponibile finale, così determinata, si procede al calcolo del reddito di riferimento e dell'aliquota media, con un meccanismo simile a quello visto per il TFR, quindi sempre in 2 Fasi (Fase 1: Ritenuta Provvisoria del Datore di Lavoro; Fase 2: Calcolo Definitivo dell'Agenzia delle Entrate).

Grazie a questi abbattimenti, l'imposta finale sul TFS risulta spesso inferiore a quella che si pagherebbe su un TFR di pari importo.

IMPORTANTE: Le somme ricevute a titolo di TFR e TFS non devono essere inserite nella dichiarazione dei redditi (Modello 730 o Redditi PF). Sarà prima il datore di lavoro (o l'ente pensionistico) a operare una ritenuta provvisoria, e successivamente l'Agenzia delle Entrate a calcolare l'imposta definitiva.

* Nota Generale 1: IL PRINCIPIO DELLA TASSAZIONE SEPARATA, UN VANTAGGIO FISCALE CRUCIALE

Il meccanismo della tassazione separata è il cuore del sistema che regola come funziona la tassazione della "liquidazione". Sia il TFR che il TFS beneficiano di questo regime fiscale agevolato, disciplinato principalmente dall'articolo 17 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). Ma che cosa significa concretamente la "tassazione separata"? Significa essenzialmente che queste somme:

- non si cumulano con gli altri redditi percepiti nell'anno (come stipendi o pensione);
- non sono soggette all'IRPEF ordinaria e alle relative addizionali regionali e comunali.

L'obiettivo di questo sistema è evidente: evitare che un reddito maturato nel corso di molti anni, ma incassato in un'unica soluzione, venga "aggredito" da un'aliquota IRPEF progressiva molto elevata, che risulterebbe ingiusta e sproporzionata. L'imposta viene quindi calcolata con un'aliquota media specifica, basata sulla situazione reddituale del lavoratore.

** Nota Generale 2: IL PROBLEMA DELLA "RATEIZZAZIONE" DELLA LIQUIDAZIONE.

Dal 1° gennaio 2014 la liquidazione dei trattamenti di fine rapporto e di fine servizio dovuti a statali e dipendenti pubblici, se superiore a 50mila euro lordi, comporta un'ulteriore attesa. Infatti:

- se la buonuscita non supera 50 mila euro lordi il pagamento avviene in una unica soluzione;
- se l'importo è tra 50 mila e 100 mila euro il pagamento è diviso in due rate: 50 mila euro il primo anno e la restante parte dopo 12 mesi dal pagamento della prima;
- oltre 100 mila euro il pagamento è in tre rate: 50 mila il primo anno, 50 mila il secondo, la rimanenza il terzo.

Val la pena ricordare (anche se è applicabile solo in parte ai medici pubblici del SSN, dato che la riduzione della tassazione si applica sull'impo-

nibile del trattamento di fine servizio di importo non superiore a 50mila euro) che l'articolo 24 del DL 4/2019 convertito con legge numero 26/2020 ha ridotto dal 1° gennaio 2019 l'imposta sul reddito delle persone fisiche dovuta sull'indennità di fine servizio e sugli altri trattamenti concessi in favore dei dipendenti pubblici per la cessazione dal rapporto di lavoro, in misura crescente rispetto al tempo trascorso fra la stessa e la corresponsione della relativa indennità. La Circolare INPS numero 90/2020 prevede che l'aliquota di tassazione delle prestazioni in regime di TFS/TFR è ulteriormente ridotta del:

- 1,5%, per le indennità corrisposte decorsi 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro;
- 3%, per le indennità corrisposte decorsi 24 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro;
- 4,5% per le indennità corrisposte decorsi 36 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro;
- 6%, per le indennità corrisposte decorsi 48 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro;
- 7,5% per le indennità corrisposte decorsi 60 mesi o più dalla cessazione del rapporto di lavoro.

La riduzione, infatti, come sopra accennato interessa anche le liquidazioni eccedenti un imponibile complessivo di 50mila euro, ma in tal caso lo sconto si applica sulla parte imponibile sino a 50mila euro.

L'ISCRIZIONE ALL'AAROI-EMAC OFFRE LA POSSIBILITÀ DI RIDURRE O AZZERARE IL RITARDO!

Venuta meno presso l'INPS la possibilità di richiedere l'anticipazione ordinaria del TFS/TFR che l'Ente prevede a far data dal 1° febbraio 2023 (attualmente non è possibile presentare domanda, pur se il servizio resta disponibile per la sola consultazione delle domande presentate prima del 24 aprile 2024) per gli iscritti alla gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali (fondo credito), assume particolar pregio la Convenzione appositamente stipulata con Banco BPM alcuni anni fa per ottenere tale anticipazione attraverso la Nosta Associazione.

Il finanziamento può coprire anche l'intero ammontare del TFS, come certificato dall'INPS con la quantificazione del TFS. Banco BPM non richiede atti notarili per la cessione del credito. Tra l'altro, Banco BPM ha recentemente ridotto il tasso fisso per l'anticipo in argomento, previsto nella Convenzione COSMED, che a partire dal 1° agosto 2025 è passato dal 2,95% al 2,45%.

Tutte le ultime info al riguardo all'indirizzo web: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=38462>

IL CASO DEL QUESITO (che pare rientrare - salvo dettagli che non sono stati precisati e sui quali comunque non potremmo fornir altro che una valutazione di massima - nel Regime TFS):

Il nostro calcolo (come sopra precisato si tratta per quanto di seguito di una mera nostra analisi senza alcun valore di certezza!) ha individuato la cifra spettante lorda come segue: 78.847,34 euro annui/15x80x38anni di servizio = euro 159.797,28 (in sostanza la cifra corrisponde all'80% dello stipendio annuale alla cessazione, diviso 15 e moltiplicato per gli anni di servizio computati alla cessazione).

Passaggi per il calcolo dell'importo netto atteso:

- si identifica l'importo lordo di IPS/TFS/TFR (l'ammontare totale delle somme spettanti alla cessazione del rapporto di lavoro), che nel tuo caso come sopra calcolato corrisponderebbe ad euro 159.797,28 a prescindere dal regime applicato
- si calcola la quota di esenzione annua sottraendo a tale somma lorda una cifra fissa di 309,87 euro per ogni anno di servizio effettivo (nel tuo caso 38, quindi $309,87 \times 38 = 11.775,06$)
- alla somma di euro 148.022,22 ($159.797,28 - 11.775,06$) dovrebbe applicarsi un abbattimento percentuale, che nel tuo caso sarebbe del 40,98% (in base al rapporto 2,5% / 6,1%), mentre per il TFS sarebbe del 26,04% (in base al rapporto 2,5% / 9,6%), il che nel tuo caso ridurrebbe l'imponibile ad euro 87.362,71
- l'imponibile pari ad euro 87.362,71 sarà poi soggetto a "tassazione separata" come sopra descritta (passando per le 2 fasi accennate), che nel tuo caso dipenderà naturalmente dalla tua aliquota media.

*Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*

Scenari pensionistici e sanitari a fronte del maxi gap delle dichiarazioni sui redditi

Con l'ingresso nel sistema previdenziale del calcolo contributivo esiste un rapporto stretto fra contributi e trattamento pensionistico.

La pensione è rapportata a quanto si versa

Il sistema permette di rapportare quanto si versa in tutta la vita lavorativa con la pensione che si potrà percepire. È pur vero che ancora oggi il sistema previdenziale italiano si basa sul criterio della ripartizione per il quale le pensioni in essere sono finanziate dai contributi dei lavoratori anziché sulla capitalizzazione, di quanto versato, secondo cui i contributi di ogni persona vengono investiti nel mercato dei capitali e ripagati al termine del periodo d'assicurazione. In questo modo ognuno risparmierebbe per se stesso. È chiaro, quindi, che il meccanismo della capitalizzazione è fortemente correlato a quanto viene versato ed è, quindi, proporzionale al proprio reddito.

I versamenti previdenziali sono correlati ai redditi

La veemente critica sulla ricerca di risparmio da parte degli Enti previdenziali, con l'allungamento della vita lavorativa, la riduzione degli importi pensionistici e l'incremento dei contributi, dovrebbe partire dalla constatazione di quanto viene destinato ogni anno all'erario e quindi di quanto viene dichiarato ai fini fiscali.

Il totale dei redditi prodotti nel 2022 e dichiarati nel 2022 ai fini Irpef è ammontato a 832,2 miliardi, per un gettito fiscale e contributivo di 183,3 miliardi. Aumentano i dichiaranti (42,6 di soggetti) ma l'intera Irpef è pagata da circa 11,6 milioni di contribuenti. I restanti 31 milioni ne pagano solamente il 23,13 %. Ma ben il 43,15 % degli italiani, circa 25 milioni e mezzo, di persone non ha alcun reddito. Un milione denuncia reddito nullo o negativo.

Contributi modesti e trasferimenti dallo Stato

A fianco delle tasse vi sono i contributi che determinano un prodotto complessivo di circa 260

miliardi. Con il 63,6 % a carico delle imprese e dei lavoratori del settore privato. Il 23,5 % arriva dal settore pubblico e 12,9% dagli autonomi. Nel 2024 l'Inps ha registrato 284.047 milioni di entrate contributive con una crescita del 5,5% e ben 180.740 milioni di trasferimenti correnti da parte dello Stato con un aumento del 9,7%. Lo si legge nel Rendiconto consuntivo sul 2024 approvato da Civ dell'Istituto.

Per i trasferimenti da parte dello Stato si è registrato un aumento dell'83,06% dal 2014 mentre per le entrate contributive l'aumento in dieci anni è stato del 34%. Le uscite per pensioni previdenziali nel 2024 sono state pari a 320.593 milioni con un aumento del 5,4%, dovuto soprattutto al recupero dell'inflazione.

Le entrate dell'Istituto vedono pertanto una sempre maggiore rilevanza dei trasferimenti dalla fiscalità generale. In pratica i pochi contribuenti al fisco con redditi dichiarati medio alti, e fra questi, in molti casi, gli stessi già pensionati, intervengono economicamente a supportare gran parte dei debiti dell'Inps con le proprie tasse

Redditi dichiarati bassi non vanno bene neanche per la sanità

Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica italiana si è attestata al 6,4% del PIL, pari a circa 138,7 miliardi di euro, posizionandosi al di sotto delle medie OCSE e europee, con una spesa pro-capite di 3.835 euro. Il Fondo Sanitario Nazionale è stato fissato a 134,1 miliardi di euro, con l'intento di finanziare il rinnovo dei contratti del personale e abbattere le liste d'attesa.

Questo importo viene finanziato principalmente da tre fonti: la Pubblica Amministrazione; le assicurazioni e altri enti privati; i risparmi propri dei cittadini, noti come "out-of-pocket". Questi fondi vengono destinati a cliniche ed ospedali, ovvero gli enti erogatori dei servizi sanitari, che possono essere pubblici o privati. È interessante notare come gli enti sanitari privati siano finanziati in parte dalla Pubblica Amministrazione (se accreditati) e in parte direttamente dai cittadini attraverso l'out-of-pocket.

Spesa sanitaria e Pil

La spesa sanitaria totale nel 2024 è stata così suddivisa: la Pubblica Amministrazione, che compone il 73,8% del totale è chiaramente la fonte predominante, a conferma del forte carattere pubblico del sistema sanitario italiano; la spesa privata out-of-pocket, che rappresenta il 23,1% della spesa totale evidenzia un impatto significativo sui bilanci familiari; la spesa privata intermediata, che copre solo il 3,1% della spesa complessiva indica una presenza relativamente marginale delle assicurazioni sanitarie nel sistema italiano rispetto ad altri Paesi europei. Secondo le previsioni del Piano Strutturale di Bilancio di medio termine (PSB), valore in percentuale rispetto al Pil scenderà dal 6,4% nel 2024 al 6,2% nel 2027, posizionandosi al di sotto della soglia del 7% raccomandata da Ministero della Salute, ISTAT e OMS, necessaria per garantire un sistema sanitario efficace.

Pochi contribuenti: previdenza e sanità in sofferenza

L'aumento dei costi diretti a carico delle famiglie rischia di accentuare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie e creare una disparità tra chi può permettersi l'accesso al privato e chi, invece, deve fare affidamento esclusivamente alla sanità pubblica, fronteggiando lunghe liste d'attesa e cure non sempre tempestive. I pochi contributi versati soprattutto da redditi particolarmente modesti o addirittura inesistenti daranno possibili interventi solamente assistenziali e non certo né pensioni corrette né una sanità efficiente.

6 Ottobre 2025

Dr Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali



Quesiti dal web

l'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di

Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)



Dubbio “semantico” per una corretta contrattazione integrativa aziendale

Premessa

Art. 29

Servizio di guardia

5. La remunerazione delle guardie notturne e/o festive (..) in euro 100,00 per ogni turno di guardia notturno e/o festivo;

tale compenso comprende ed assorbe le indennità previste dall'art. 77, (Indennità per servizio notturno e festivo).

Art. 77.

Indennità per servizio notturno e festivo

1. Ai dirigenti il cui servizio si svolga durante le ore notturne spetta una «indennità notturna» nella misura unica uguale per tutti di euro 2,74 lordi per ogni ora di servizio prestato tra le ore 22,00 e le ore 6,00.

2. Per il servizio prestato in giorno festivo compete un'indennità oraria pari a euro 2,55 lorde, incrementabile da ciascuna azienda ed ente in sede di contrattazione aziendale ai sensi dell'art. 9, comma 5, lettera f) (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie).

Da qui le domande

1. Se nel CCNL la voce elevabile in CIA è solo quella di 2,74/ h come si eleva se è stata assorbita nell'in-

dennità di 100 euro ?

2. chi svolge “guardia notturna” svolge “orario notturno” ?

3. Se sì, perché il CCNL non precisa se posso elevare l'indennità di 100 euro ?

Art. 27 Orario di lavoro dei dirigenti

...

11. La presenza del dirigente sanitario nei servizi ospedalieri delle Aziende o Enti nonché in particolari servizi del territorio individuati in sede aziendale nel piano per affrontare le situazioni di emergenza, deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia...

Art. 29 Servizio di guardia

...

5. La remunerazione delle guardie notturne e/o festive svolte in Azienda o Ente:

a) all'interno dell'orario di lavoro, è stabilita:

- in € 100,00 per ogni turno di guardia notturno e/o festivo;

- in € 120,00 per i medesimi turni nei servizi di pronto soccorso.

Tale compenso, che è corrisposto a decorrere dal mese successivo alla data di entrata in vigore del presente CCNL, comprende ed assorbe le indennità

previste dall'art. 77, (Indennità per servizio notturno e festivo).

b) al di fuori dell'orario di lavoro di cui all'art. 27, comma 2 (Orario di lavoro dei dirigenti) è stabilita con i medesimi importi di cui alla lett. a) unitamente al recupero dell'orario eccedente.

Le guardie notturne effettuate al di fuori dell'orario di lavoro di cui all'art. 27, comma 2 (Orario di lavoro dei dirigenti), retribuibili ai sensi dell'art. 89 comma 3 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria) non possono superare il 12% delle guardie notturne complessivamente svolte nell'Azienda o Ente nell'anno precedente.

6. Il turno di guardia è organizzato normalmente su dodici ore consecutive nelle fasce orarie 8-20 e 20-8. Turni di durata minore in fascia oraria diurna, comunque non inferiori a sei ore, determinano il riproporzionamento delle remunerazioni di cui al comma 5.

Art. 77 Indennità per servizio notturno e festivo

1. Ai dirigenti il cui servizio si svolga durante le ore notturne spetta una "indennità notturna" nella misura unica uguale per tutti di € 2,74 lordi per ogni ora di servizio prestato tra le ore 22 e le ore 6.

2. Per il servizio prestato in giorno festivo compete un'indennità oraria pari a euro 2,55 lorde, incrementabile da ciascuna Azienda ed Ente in sede di contrattazione aziendale ai sensi dell'art. 9, comma 5, lett. f) (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie).

CONCLUSIONI: tutto questo significa che:

1 - non in tutti i casi il "lavoro notturno" è considerabile "servizio di guardia notturna"; qualora lo sia, dà diritto alla remunerazione dell'indennità di cui all'art. 29 c.5 (ma non all'indennità di cui all'art. 77 c.1, che ne è rissorbita);

2 - quando il lavoro notturno consiste in un turno di servizio destinato a coprire interamente l'arco orario 20-8 è sempre da considerarsi guardia, dando diritto alla remunerazione intera di cui all'art. 29 c.5 (ma non all'indennità di cui all'art. 77 c.1, che ne è rissorbita);

3 - dato che il "lavoro notturno" potrebbe in alcuni casi coprire solo parzialmente l'arco orario 20-8, possono verificarsi diverse situazioni:

- ne copre continuativamente almeno 6 ore: in questo caso è considerato guardia, e quindi dà diritto alla remunerazione (riproporzionata) dell'indennità di cui all'art. 29 c.5 (che riassorbe quella di cui all'art. 77 c.1);

- ne copre meno di 6 ore, oppure anche più di 6 ore ma non continuative: in questo caso non è considerato guardia, e quindi non dà diritto alla remunerazione

(nemmeno riproporzionata) dell'indennità di cui all'art. 29 c.5, ma a quella di cui all'art. 77 c.1 per le ore tra le 22 e le 6;

4 - analogamente, qualora sia effettuato un turno di lavoro/servizio in orario diurno festivo, non in tutti i casi esso è considerabile "servizio di guardia diurna festiva"; qualora lo sia, dà diritto alla remunerazione dell'indennità di cui all'art. 29 c.5 (ma non all'indennità di cui all'art. 77 c.2, che ne è rissorbita);

5 - quando il lavoro diurno festivo consiste in un turno di servizio destinato a coprire interamente l'arco orario 8-20 è sempre da considerarsi guardia, dando diritto alla remunerazione intera di cui all'art. 29 c.5 (ma non all'indennità di cui all'art. 77 c.2, che ne è rissorbita);

6 - dato che il "lavoro diurno festivo" potrebbe in alcuni casi coprire solo parzialmente l'arco orario 8-20, possono verificarsi diverse situazioni:

- ne copre continuativamente almeno 6 ore: in questo caso può essere considerato guardia, dando quindi diritto alla remunerazione (riproporzionata) dell'indennità di cui all'art. 29 c.5 (che riassorbe quella di cui all'art. 77 c.2);

- ne copre meno di 6 ore, oppure anche più di 6 ore ma non continuative: in questo caso non può essere considerato guardia, e quindi non dà diritto alla remunerazione (nemmeno riproporzionata) dell'indennità di cui all'art. 29 c.5, ma a quella di cui all'art. 77 c.2;

7 - in tutti i casi in cui vi sia lavoro svolto in orario notturno (22-6) festivo non consistente in "guardia", vanno applicate (a sommatoria):

- la remunerazione dell'indennità di cui all'art. 77 c.1 (€ 2,74 lordi) per tutte le ore del turno in questione

- la remunerazione dell'indennità di cui all'art. 77 c.2 (€ 2,55 lordi) per le sole ore lavorate tra le 22 e le 6 ricadenti tra le 00:00 e le 24:00 del solo giorno considerato festivo.

I tuoi QUESITI con le Risposte

1. Se nel ccnl la voce elevabile in CIA è solo quella di 2,74/ h come si eleva se è stata assorbita nell'indennità di 100 euro?

RISPOSTA: non si eleva (non deve essere corrisposta, dato che ne è rissorbita)

2. chi svolge "guardia notturna" svolge "orario notturno"?

RISPOSTA: affermativa (solo per le ore tra le 22 e le 6), senza che le rispettive indennità (di guardia notturna e di lavoro notturno) possano in alcun modo sommarsi (vedi sopra)

3. Se sì, perché il ccnl non precisa se posso elevare

l'indennità di 100 euro ?

RISPOSTA: non precisando tale elevabilità, in questo caso il CCNL la esclude (stiamo ragionando su un'eventuale richiesta in tal senso per il rinnovo CCNL Triennio 2022-2024).

Può chi è di guardia con tanto di Met e Cell ordinario fare prericovero e lasciare il paziente in tredici perché deve scappare per urgenza/emergenza?

All'Anestesista Rianimatore di Guardia (di qualsivoglia "guardia" si tratti, sia in senso strettamente CCNL [turni notturni e festivi], sia in senso più lato/improprio [turno anche diurno feriale cosiddetto "di guardia" laddove e qualora tale turno di servizio debba garantire un immediato intervento su pz]) NON deve essere affidata alcun'altra incombenza. A maggior ragione (se ci si pensa) se si tratta di servizi ambulatoriali, dove ogni interruzione delle prestazioni dovuta ad urgenza/emergenza viene percepita sgradevolmente dall'Utenza come un disservizio

Se un Anestesista Rianimatore - che non ha in essere la Terapia Intensiva Rianimatoria per lavori in corso - è da supporto alla medicina interna in caso di urgenza, la Direzione Sanitaria può chiedergli di effettuare il turno notturno senza il medico internista di reparto?

La risposta è NO, dato che ai sensi del CCNL vigente: Allegato 1 Servizio di guardia

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

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

In tutte le altre ipotesi la guardia può essere organizzata in forma dipartimentale, per DISCIPLINE OMO-

GENEE con affinità clinica o aree ritenute tali dai PSSR vigenti. In ogni caso deve essere organizzata per reparti o servizi logisticamente vicini presenti nello stesso presidio e con un numero di posti letto adeguato.

La ragione del NO risiede nel fatto che la Disciplina ARTID non ha equipollenze o affinità con alcun'altra specialità.

Avrei una domanda in merito a una richiesta che mi è stata rivolta da parte degli affari legali della mia ASL di appartenenza. Al momento dell'assunzione ho dichiarato di essere socio accomandante della società di famiglia (una S.a.s.) dalla quale non ricevo alcun reddito.

Ho ricevuto da parte degli affari legali un modulo di autorizzazione e un modulo di nulla osta da far firmare al mio primario per autorizzarmi a mantenere delle quote di una società.

Vorrei gentilmente il vostro parere in merito perché mi pare una violazione della mia privacy in quanto non percepisco reddito societario, la società non è quotata in borsa e l'ambito di lavoro della società non è medico e quindi non sussiste un conflitto d'interesse.

L'ospedale può quindi impormi di vendere le quote della società nel caso il mio primario non desse il nulla osta?

Premesso che :

- a) In una società in accomandita semplice " I soci accomandanti non possono compiere atti di amministrazione, né trattare o concludere affari in nome della società, se non in forza di procura speciale per singoli affari " (art. 2320 CC);
- b) La posizione di socio accomandante è compatibile con il pubblico impiego a condizione che si tratti di una partecipazione passiva, senza ruoli di gestione o attività diretta nella società (ruolo del socio accomandante il quale ex lege apporta solo capitale sociale);
- c) Al pubblico dipendente viene concessa dalla legge la possibilità di esercitare un'attività secondaria. Per esercitare tale attività, però, egli deve ottenere l'autorizzazione disciplinata dal comma 10 dell'articolo 53 del D. Lgs. 165/2001.

Al fine del rilascio dell'autorizzazione, il Dirigente dell'amministrazione di appartenenza dovrà verificare, in primo luogo, se l'attività di cui si chiede il beneficio allo svolgimento risulta essere in conflitto di interessi. La giurisprudenza contabile ha puntualizzato che l'autorizzazione prescritta dall'articolo 53, comma 7, del D. Lgs. 165/2001 è finalizzata a verificare in concreto la compatibilità dello specifico incarico con il rapporto di impiego. In particolare, l'autorizzazio-

ne è volta a verificare se l'incarico possa ingenerare, anche solo in via potenziale, una situazione di conflittualità con le funzioni pubbliche svolte, nonché la compatibilità dell'impegno con i carichi di lavoro del dipendente e della struttura di appartenenza.

d) Le decisioni intraprese dall'Amministrazione dipendono sia dai regolamenti applicabili ai dipendenti pubblici sia dalle norme interne all'Amministrazione di appartenenza;

e) Il dipendente dovrebbe a) verificare le norme interne della sua Amministrazione per comprendere le specifiche disposizioni applicabili ai dipendenti ; b) documentare tutto per avere una registrazione delle comunicazioni e delle azioni intraprese dall'Amministrazione.

Ciò stante, se l'Amministrazione non dovesse autorizzare la partecipazione del dipendente alla S.a.s. in qualità di socio accomandante, la stessa potrebbe richiedere di cessare la sua partecipazione alla società ed applicare sanzioni in caso di mancato adeguamento alle direttive.

Tuttavia, considerato che nel caso in esame, essendo il dipendente soltanto un apporto di capitale e non svolgendo alcun ruolo operativo nella società, potrebbe essere facile dimostrare che non vi è alcun conflitto di interessi.

In ultima analisi, l'Amministrazione potrebbe non essere in grado di "costringere" il medico a dimettersi dalla società, ma potrebbe richiedere azioni specifiche per risolvere la situazione.

Normativa di riferimento:

Codice Civile ; Art.53 del D.lgs 165/2001; Art.5 e art.6 D.P.R.62/2013

Sono dirigente medico a tempo indeterminato, avendo partecipato al concorso 2025 per le specializzazioni mediche e ritenendo di aver ottime possibilità in base al risultato di essere idoneo ad immatricolarmi per una borsa statale della durata di 4 anni non volendo ricorrere alle dimissioni, vorrei chiedere un'aspettativa non retribuita per incompatibilità per la durata dei 4 anni di specializzazione.

Vorrei dei chiarimenti in merito a cosa posso fare ed eventuali riferimenti normativi, grazie.

La norma alla quale far riferimento è il DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368 che prevede l'aspettativa "compatibilmente con le esigenze di servizio".

DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-08-17;368>

Art. 24 DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999, n. 368

4. Il medico iscritto ai corsi di cui al comma l, ove sussista un rapporto di pubblico impiego, e' collocato, compatibilmente con le esigenze di servizio, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti.

Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

Ho necessità di acquisire delle informazioni in merito all'attività che possono svolgere colleghi pensionati, fino a che età può essere rinnovato il contratto?

Il contratto è uguale su tutto il territorio nazionale o dipende dalla azienda in cui si va a lavorare?

Quali attività possono svolgere?

Per quanto riguarda le attività che possono svolgere i colleghi pensionati non esiste una normativa specifica.

L'Azienda o il Direttore SC potrà stabilire le attività alle quali possono essere adibiti. In un rapporto in libera professione non ci sono limiti di età.

Al compimento dell'anno del mio bimbo dovrò decidere se ricominciare ad effettuare i turni le reperibilità notturne. Se dovessi chiedere l'astensione, il mio Direttore SC può inserirmi nei turni di pronte disponibilità diurna? Qual è la norma?

L'Art. 53 del

DECRETO LEGISLATIVO 26 marzo 2001, n. 151 recita:

1. È vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino.

2. Non sono obbligati a prestare lavoro notturno:

a) la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;

b) la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni;

Di conseguenza si può chiedere l'esonero dai lavori notturni (notti e pronta disponibilità notturna) mentre si potrà essere inseriti nei turni di pronte disponibilità diurna.

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



Costruire insieme scelte migliori. È la nostra missione.

Ogni decisione conta. La nostra consulenza ti aiuta a prevenire e ad affrontare con sicurezza gli imprevisti della vita professionale e personale.

La polizza Infortuni AAROI-EMAC nasce dall'esperienza congiunta di AAROI-EMAC, Aon e AmTrust per offrire ai soci una protezione concreta, efficace e accessibile.

La polizza infortuni si prende cura di te e della tua famiglia nella vita di ogni giorno, ad integrazione di eventuali altre polizze.

In un mondo in cui gli imprevisti possono compromettere serenità, lavoro e benessere familiare, questa copertura rappresenta una sicurezza in più: un alleato quotidiano che protegge ciò che è più importante.



Perché scegliere la Polizza Infortuni AAROI-EMAC

Protezione completa h24

La polizza copre gli infortuni che possono avvenire sia durante l'attività professionale sia nella vita privata. Significa che sei tutelato in ogni momento della giornata, anche per eventi imprevisti come aggressioni o il contagio da virus (HIV, Epatite B, Epatite C).



Garanzie esclusive sempre incluse

- **Infortuni agli arti:** viene riconosciuto un indennizzo più alto in caso di invalidità che riguarda braccia o gambe, fondamentali per la vita e la professione.
- **Contagio da 3 virus** (HIV, Epatite B, Epatite C): copertura dedicata a situazioni di rischio biologico spesso escluse da altre polizze.
- **Rischi sportivi:** sei protetto anche se pratichi sport, compresi quelli con maggiore esposizione come lo sci.
- **Rischio guerra:** copertura valida se ti trovi all'estero e vieni sorpreso dallo scoppio improvviso di un conflitto.
- **Eventi naturali estremi:** protezione in caso di terremoti, alluvioni, inondazioni o calamità naturali che causino danni fisici.
- **Rischio terrorismo:** tutela anche in caso di eventi terroristici.
- **Rischio volo:** copertura per incidenti durante viaggi aerei.
- **Danni estetici:** risarcimento se l'infortunio provoca danni permanenti all'aspetto fisico.



Vantaggi aggiuntivi esclusivi

- **Nessun obbligo di dichiarare altre polizze:** puoi mantenere in vigore altre assicurazioni senza doverle comunicare.
- **Invalidità Permanente:** se l'invalidità supera il 30%, la percentuale riconosciuta aumenta progressivamente fino ad arrivare al 100% in caso di invalidità pari o superiore al 60%.
- **Morte presunta:** in caso di dichiarazione di assenza, l'indennizzo viene corrisposto dopo 2 anni invece che dopo 10.
- **Franchigie ridotte:** la soglia minima per ricevere l'indennizzo è tra le più basse del mercato:
 - o 3% per invalidità permanente pari o superiore al 10% in ambito professionale e privato.
 - o 5% per invalidità permanente pari o superiore al 15% durante attività sportive (incluso lo sci).

Opzioni di capitale assicurato riservate ai soci AAROI-EMAC

Puoi scegliere il livello di copertura più adatto alle tue esigenze, con premi annuali agevolati:

 € 100.000 – Premio annuo € 145

 € 250.000 – Premio annuo € 325

 € 500.000 – Premio annuo € 625

 € 750.000 – Premio annuo € 925

Non lasciare che un imprevisto comprometta la tua tranquillità:
scegli la Polizza Infortuni AAROI-EMAC e proteggi te stesso, la tua famiglia e la tua professione.

Visita il sito www.aaroiemac.aon.it per sottoscrivere la polizza
in convenzione esclusiva per i soci AAROI-EMAC
Oppure contattaci al numero verde dedicato: 800 178 055