

Luglio
2017 - N. 63

ISSN 2281-9479

Algorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO DI COMO



Consiglio direttivo P. 3
2015-2017
Ipasvi Como
un impegno
da continuare

DI ORESTE RONCHETTI

La riforma P. 41
dei procedimenti
disciplinari
con il D.lgs. 75
del 22/05/2017

DI MONICA TROMBETTA



Agorà

Luglio 2017 - N. 63

Direttore Responsabile:

Oreste Ronchetti

ViceDirettore

Massimo Franzin

Comitato di Redazione:

Ronchetti Oreste, Cavadini Elena,

Pozzi Paola Mariella,

Redaelli Rita, Seveso Maria Elisabetta

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario:

Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como

www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como

con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it

FOTO IN COPERTINA

Assistenza infermieristica in area critica

Editoriale

CONSIGLIO DIRETTIVO 2015-2017

Ipasvi Como un impegno
da continuare

di Oreste Ronchetti

Normative

6 Legge "Gelli-Bianco" analisi dott. S.Mantelli

8 Legge Gelli-Bianco 8 marzo 2017 n. 24

Dal nazionale

15 Sanzioni irrogate in un Paese UE e iscrizione all'albo -
circ. 47/2017 FN

17 Prestazioni occasionali - posizione Enpapi

33 La violenza sugli operatori - comunicato FN

34 Vaccini e vaccinazioni

Focus

35 Servizio di pronta disponibilità

42 La riforma dei procedimenti disciplinari con il D.lgs 75
22/05/2017

45 Nuovo Codice deontologico dell'infermiere -
consultazione pubblica e contributo del Collegio di Como

Dal Collegio

50 Convenzioni

51 Iscrizioni e cancellazioni



Consiglio direttivo 2015-2017

Ipasvi Como un impegno da continuare

Siamo ormai giunti anche agli ultimi mesi di questo consiglio direttivo, tra non molto ognuno di noi sarà chiamato a portare il proprio contributo per la creazione del nuovo consiglio, partecipando alle elezioni. Ci eravamo proposti, come impegno per questo triennio, quello di rendere i colleghi sempre più consapevoli dell'importanza del collegio ed abbiamo cercato di sviluppare ogni iniziativa avendo ben presente questo obiettivo.

In questa logica, abbiamo cercato di coinvolgere quante più persone possibile nella realizzazione delle giornate internazionali dell'infermiere del 2015 e 2016, anche attraverso momenti aggregativi ed iniziative che permettesse a tutti di sentirsi parte di un grande gruppo professionale; momenti fatti più di emotività che di

approfondimenti professionali, dove ci sembrava importante puntare ad un messaggio di appartenenza nella convinzione che nella vita di un grande gruppo professionale ci debbano essere anche momenti dove ci si possa incontrare e riconoscersi parte di un insieme che ha un obiettivo comune. Questo obiettivo abbiamo cercato di portarlo all'attenzione della popolazione quando, nella giornata internazionale dell'infermiere del 2017, abbiamo cercato di condividere con la pubblica opinione ciò che pensavamo rispetto alla riforma sanitaria lombarda ed alle idee che come infermieri abbiamo elaborato; una giornata importante, che visto la partecipazione di un esperto dell'università Bocconi di Milano e di un rappresentante di regione Lombardia, nella figura della direttrice sanitaria della nostra ats.

Sempre nella logica della partecipazione consapevole, alla vita del collegio, abbiamo dato vita alla consulta dei neolaureati, un luogo che vorrebbe dare la possibilità a coloro che si affacciano alla professione di sentirsi partecipi di un gruppo professionale e della sua politica, anche attraverso l'impegno a portare idee e stimoli per la professione. Un momento di aggregazione e di partecipazione che mancava e che speriamo possa dare nuovi stimoli al gruppo dirigente che gestirà il collegio nel prossimo triennio, dove speriamo continui l'azione intrapresa verso la fine del 2016, da parte di questo consiglio, di far conoscere meglio la figura dell'infermiere quale professionista al servizio della collettività, utilizzando, uno spazio mensile sul quotidiano locale "La Provincia"; un impegno importante,



Oreste Ronchetti
Presidente IPASVI Como

sia sul piano economico che per quanto riguarda le energie necessarie per la realizzazione dei vari articoli, cercando di coinvolgere anche i professionisti interessati ai vari argomenti di volta in volta trattati.

Azioni svolte nella logica del servizio alla collettività, come quella intrapresa da un nutrito gruppo di colleghi che ormai da un anno si prodigano, in modo volontario, nell'affiancare la croce rossa italiana nella gestione del campo profughi di Como, al fianco di altri professionisti volontari, quali i medici, le ostetriche ed anche un gruppo di avvocati. È stato ed è un momento estremamente importante per la professione nella nostra provincia; l'impegno di questi colleghi ha permesso di togliere ogni dubbio a chi ancora non aveva com-

Continua a pag. 4

preso l'alto grado di professionalità che abbiamo raggiunto, tanto da meritarcì gli elogi di chi si è trovato a gestire questa situazione emergenziale; da un iniziale scarsa considerazione, siamo passati ad essere considerati una componente essenziale nel puzzle della gestione dell'emergenza migranti, grazie alla professionalità dimostrata. Un impegno

voluto innanzitutto per garantire un'assistenza a persone che hanno alle spalle una storia fatta di privazioni e sofferenze, ma anche per garantire la popolazione comasca rispetto alle garanzie di salute che erano e rimangono di livello elevato per tutti. In questo triennio non abbiamo trascurato nemmeno la scuola, partecipando alla manifesta-

zione che ogni anno si svolge nel padiglione fieristico di Erba Young Orienta Giovani, dove alcuni colleghi si sono alternati nel presentare la figura dell'infermiere ed il suo percorso formativo. Insomma un triennio impegnativo, nel quale comunque non è mancato l'ambito regionale, che ci ha visto anche interagire con gli altri colleghi lombardi in un

progetto, in collaborazione con l'Università SDA Bocconi, per analizzare la riforma sanitaria lombarda e proporre progetti sempre più centrati sulla figura dell'infermiere; né quello nazionale. Un triennio interessante ed arricchente per tutti i consiglieri, dove speriamo di essere riusciti ad allargare la voglia di partecipare alla vita del collegio.

19 Como
Addio Umberto Veronesi
Cancellata la cena di gala di questa sera al Sociale
Stamiglio Mauri
Venerdì
Fierizzazione del padiglione

18 Como
Piazza Roma, ecco le luminarie
Ma ancora critiche per la Ztl
Città dei Balocchi
Laci e angeli anche in via Milano

16 Como
Sedici anni, venti ore di fila al videogame
«Così ha bruciato 2.600 euro a Clash»
Servizio telefonico per combattere il bullismo

TuttoComo
Corteo, dibattiti e pilates
Quante iniziative oggi per la Festa della Donna

22 Como
"Polvere" anticani
L'odissea burocratica finisce con una multa
Via Masia, Giron e Canturina
Ecco le strade più pericolose

La cura sul territorio per una sanità sostenibile
Opportunità e rischi valutati dall'Università

30 Como
Il leghista ticinese Bignasca
«Svizzera addio, scelgo Bellagio»
Piazza del Popolo e via Dante
Da oggi si asfalta

22 Como
Erbacce a Villa Saporiti
Hanno pulito tutto i migranti
Opere finite
Via Dante
Dopo l'asfalto finalmente si asfalta

LEGGE “GELLI-BIANCO”



Nel mio primo articolo avevo parlato dell'importanza di avere una copertura per la Responsabilità Professionale che tutelasse l'attività dell'infermiere nell'ambito dello svolgimento della sua professione.

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n. 64 del 17 marzo della legge 8 marzo 2017, n. 24 recante **“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**, approvata dal Parlamento il 28 febbraio scorso, e nota come Legge “Gelli-Bianco”,

si rende obbligatoria questa copertura.

L'obiettivo della legge è quello di permettere ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità e dall'altra quello di garantire ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

La legge si compone di 18 articoli, noi andremo ad analizzare solo quelli che interessano in maniera diretta l'attività del libero professionista. Si consiglia comunque di leggere tutta la legge.

L'articolo 1 qualifica la sicurezza delle cure come

parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale, compresi i liberi professionisti - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

L'articolo 4 disciplina la trasparenza dei dati, assog-

gettando all'obbligo di trasparenza le prestazioni sanitarie erogate. La direzione sanitaria della struttura entro sette giorni dalla presentazione della richiesta deve fornire la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente. Viene infine previsto che le medesime strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili mediante la pubblicazione sul proprio sito Internet, i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'articolo 5 disciplina le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee

guida prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, si attengono, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e disciplinato con decreto del Ministro della salute da emanarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

L'articolo 6 introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies, che disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario. Viene previsto che se i fatti di cui agli art. 589 c.p. (omicidio colposo) e art. 590 c.p. (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste in caso di condotta negligente o imprudente del medico. Solo se l'evento si sia verificato a causa di imperizia la punibilità è esclusa, purchè risultino rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali. Il comma 2, infine, abroga, con finalità di coordinamento, il comma 1 dell'articolo 3 della legge 189/2012 (legge Balduzzi), in particolare si elimina la

distinzione tra gradi della colpa, con la soppressione della colpa lieve e vista l'esclusione dell'illecito penale nel solo caso di imperizia, la punibilità dell'omicidio colposo e delle lesioni colpose causate dal sanitario per negligenza o imprudenza, indipendentemente dalla gravità della condotta, e quindi anche per negligenza o imprudenza lieve.

L'articolo 7 pone poi alcuni principi relativi alla responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria. Si prevede che la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli articoli 1218 (Responsabilità del debitore) e 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. In ogni caso l'esercente la professione sanitaria risponde ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Viene quindi previsto un regime di doppia respon-

sabilità civile, qualificato come:

- responsabilità contrattuale per la struttura - con onere della prova a carico della struttura stessa e termine di prescrizione di dieci anni;
- responsabilità extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria (qualora direttamente chiamato in causa) a qualunque titolo operante in una struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica o privata - salvo il caso di obbligazione contrattuale assunta con il paziente - con onere della prova a carico del soggetto che si ritiene leso e termine di prescrizione di cinque anni.

Quanto alle modalità di risarcimento del danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o socio sanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria viene prevista la sua liquidazione sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 (Danno biologico per lesioni di non lieve entità) e 139 (Danno biologico per lesioni di lieve entità) del codice delle assicurazioni private (D.Lgs n. 209/2005).

L'articolo 8 prevede un meccanismo finalizzato a ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento da responsabilità sanitaria mediante un tentativo obbligatorio di conciliazione da espletare da chi intende esercitare in giudizio un'azione risarcitoria. Più in particolare, viene disposta l'applicazione dell'istituto del ricorso (presso il giudice civile

competente) per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. (ricorso che è, di regola, facoltativo) ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata o inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatto illecito. La domanda diviene, pertanto, procedibile, solo se la conciliazione non riesce o il relativo procedimento non si conclude entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso.

L'articolo 9 reca un'ulteriore disposizione, a completamento del nuovo regime della responsabilità sanitaria, disciplinando l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, successivamente all'avvenuto risarcimento (sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale) ed entro un anno dall'avvenuto pagamento.

In particolare il comma 5 stabilisce che:

- per l'importo della condanna in base all'azione di responsabilità amministrativa (con esclusione dei casi di dolo) si prevede un limite, per singolo evento, pari al valore maggiore della retribuzione lorda (o del corrispettivo convenzionale) conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento (o nell'anno immediatamente precedente o successivo), non superiore al triplo;

- per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e che il giudicato costituisca oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

L'articolo 10 prevede l'obbligo di assicurazione (o di adozione di un'analogha misura) per la responsabilità contrattuale (ex artt. 1218 e 1228 c.c.) verso terzi e verso i prestatori d'opera, a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture medesime, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e ricerca clinica; si specifica inoltre che l'obbligo concerne anche le strutture sociosanitarie e le prestazioni sanitarie svolte in regime

di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché attraverso la telemedicina. Prevede anche l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa (o di adottare un'analogha misura) per la copertura della responsabilità extracontrattuale (ex art. 2043 c.c.) verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie.

Il comma 2 prevede l'obbligo di assicurazione a carico del professionista sanitario che svolga l'attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente, per i rischi derivanti dall'esercizio della medesima attività. Mentre il comma 3 prevede l'obbligatorietà per gli esercenti le professioni sanitarie, passibili di azione amministrativa della Corte dei conti per danno erariale o di rivalsa in sede civile, se operanti in strutture private, di stipulare idonee polizze assicurative per colpa grave.

L'articolo 11 definisce i limiti temporali delle ga-

ranzie assicurative. In particolare, la garanzia assicurativa deve prevedere un'operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione. Inoltre deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza.

L'articolo 12, introduce un'importante novità nel sistema del contenzioso in ambito sanitario con la previsione di una ulteriore modalità di azione per il danneggiato ovvero l'azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione della struttura sanitaria e del libero professionista. L'esercizio dell'azione, subordinato al fallimento del tentativo di conciliazione obbligatorio (di cui all'art. 8), potrà comunque portare, al massimo, al riconoscimento delle somme per le quali la struttura o il sanitario hanno stipulato il contratto di assicurazione. Si prevede, inoltre, che l'impresa di as-

sicurazione abbia diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi delle polizze assicurative, non derogabili contrattualmente, previsti dal citato decreto del Ministro dello sviluppo economico.

L'ultimo articolo della legge che andiamo ad analizzare è **l'articolo 13** che prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie e le compagnie di assicurazione comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Il suddetto obbligo è esteso anche alla comunicazione (all'esercente la professione sanitaria) dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato (comunicazione che deve recare l'invito a prendervi parte); l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Art. 2.

Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono affidare all'ufficio del Difensore civico la funzione di garante per il diritto alla salute e disciplinarne la struttura organizzativa e il supporto tecnico.

2. Il Difensore civico, nella sua funzione di garante per il diritto alla salute, può essere adito gratuitamente da ciascun soggetto destinatario di prestazioni sanitarie, direttamente o mediante un proprio delegato, per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

3. Il Difensore civico acquisisce, anche digitalmente, gli atti relativi alla segnalazione pervenuta e, qualora abbia verificato la fondatezza della segnalazione, interviene a tutela del diritto leso con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale.

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sani-

tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Art. 3.

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».

2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

4. L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2010.

Art. 4.

Trasparenza dei dati

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.

4. All'articolo 37 del regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia».

Art. 5.

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

2. Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:

a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;

b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;

c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

4. Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 6.

Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-*quinqüies* del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-*sexies* (*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*). — 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».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato.

Art. 7.

Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. 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.

4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.

5. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.

Art. 8.

Tentativo obbligatorio di conciliazione

1. Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente.

2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. È fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. In tali casi non trova invece applicazione l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-*bis* del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che

è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento.

3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-*bis* del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-*bis* e seguenti del codice di procedura civile.

4. La partecipazione al procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui al presente articolo, effettuato secondo il disposto dell'articolo 15 della presente legge, è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione di cui all'articolo 10, che hanno l'obbligo di formulare l'offerta di risarcimento del danno ovvero comunicare i motivi per cui ritengono di non formularla. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando l'impresa di assicurazione non ha formulato l'offerta di risarcimento nell'ambito del procedimento di consulenza tecnica preventiva di cui ai commi precedenti, il giudice trasmette copia della sentenza all'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) per gli adempimenti di propria competenza. In caso di mancata partecipazione, il giudice, con il provvedimento che definisce il giudizio, condanna le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria, determinata equitativamente, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione.

Art. 9.

Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento.

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di

responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

7. Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte.

Art. 10.

Obbligo di assicurazione

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private,

compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2.

2. Per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave.

4. Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa.

5. Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definisce i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture di cui al comma 1 e con gli esercenti la professione sanitaria.

6. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosani-

tarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilisce i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, richiamate dal comma 1; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. A tali fondi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 5 e 5-bis, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67.

7. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'IVASS, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate ai sensi dei commi 1 e 2, e alle altre analoghe misure adottate ai sensi dei commi 1 e 6 e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

Art. 11.

Estensione della garanzia assicurativa

1. La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Art. 12.

Azione diretta del soggetto danneggiato

1. Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanita-

rie o sociosanitarie pubbliche o private di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10.

2. Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle stabilite dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 10, comma 2.

3. L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6.

4. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata a norma del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura medesima; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione, l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno diritto di accesso alla documentazione della struttura relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro.

5. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata o l'esercente la professione sanitaria.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 10 con il quale sono determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 13.

Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità

1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Art. 14.

Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria

1. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria. Il Fondo di garanzia è alimentato dal versamento di un contributo annuale dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria. A tal fine il predetto contributo è versato all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnato al Fondo di garanzia. Il Ministero della salute con apposita convenzione affida alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici (CONSAP) Spa la gestione delle risorse del Fondo di garanzia.

2. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le rappresentanze delle imprese di assicurazione, sono definiti:

a) la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;

b) le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera *a)*;

c) i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa;

d) le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

3. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 concorre al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie.

4. La misura del contributo di cui al comma 2, lettera *a)*, è aggiornata annualmente con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.

5. Ai fini della rideterminazione del contributo di cui al comma 2, lettera *a)*, la CONSAP Spa trasmette ogni anno al Ministero della salute e al Ministero dello sviluppo economico un rendiconto della gestione del Fondo di garanzia di cui al comma 1, riferito all'anno precedente, secondo le disposizioni stabilite dal regolamento di cui al comma 2.

6. Gli oneri per l'istruttoria e la gestione delle richieste di risarcimento sono posti a carico del Fondo di garanzia di cui al comma 1.

7. Il Fondo di garanzia di cui al comma 1 risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti casi:

a) qualora il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero dall'esercente la professione sanitaria ai sensi del decreto di cui all'articolo 10, comma 6;

b) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente;

c) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ovvero l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa assicuratrice ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa assicuratrice stessa.

8. Il decreto di cui all'articolo 10, comma 6, prevede che il massimale minimo sia rideterminato in relazione all'andamento del Fondo per le ipotesi di cui alla lettera *a)* del comma 7 del presente articolo.

9. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano ai sinistri denunciati per la prima volta dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

10. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 15.

Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria

1. Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.

2. Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a ciascuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati.

3. Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico-legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento.

4. Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento per ciascuno degli altri componenti del collegio previsto dall'articolo 53 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115.

Art. 16.

Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 539, lettera *a*), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

Art. 17.

Clausola di salvaguardia

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Art. 18.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 8 marzo 2017

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, *Presidente
del Consiglio dei ministri*

Visto, *il Guardasigilli*: ORLANDO

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

Dal nazionale

Circolare n 47/2017

Prot. P-4850/III.01

Data 27 giugno 2017

Oggetto Sanzioni irrogate in un Paese UE e
iscrizione all'albo

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

LORO SEDI

COLLEGIO IPASVI COMO			
ANNO	TIT. III	CLASSE 1	FASC.
27 GIU. 2017			
PROT. 288	ALL. N. 2	RPA	

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Si inoltra per opportuna conoscenza la nota trasmessa dal Ministero della salute in merito ad una problematica relativa agli Alert, di cui piattaforma informatica IMI, specificata nell'oggetto.

Cordiali saluti.

La Presidente
Barbara Mangiacavalli

27 GIU. 2017

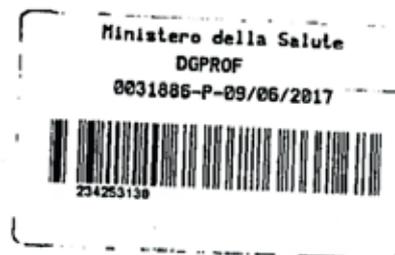


Ministero della Salute

Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del S.p.A.
Uffici 2-4-5
Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

DGPROF/4/

OGGETTO: sanzioni irrogate in un Paese UE
e iscrizione all'albo



Federazione Nazionale Ordine de Medici
Chirurghi e Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it
protocollo@pec.fnomceo.it

Federazione Nazionale Ordini
Veterinari Italiani
info@pec.fnovi.it

Federazione Nazionale Ordini
Farmacisti Italiani
posta@pec.fofi.it

Consiglio nazionale psicologi
segreteria@pec.psypec.it

Federazione Nazionale Collegi
IPASVI
federazione@ipasvi.legalmail.it

Federazione Nazionale Collegi
Ostetriche
presidenza@fnco.it
segreteria@fnco.it

Federazione Nazionale Collegi TSRM
federazione@pec.tsrn.org

È pervenuta alla scrivente Direzione generale una richiesta di chiarimenti in merito alla possibilità di ritenere estensibili le sanzioni disciplinari comminate dall'Ordine/Collegio di uno Stato Membro anche agli altri Paesi dell'Unione europea.

Trattandosi di una questione di interesse generale, si ritiene utile rappresentare a codeste Federazioni quanto segue.

Occorre premettere che le Autorità competenti degli Stati Membri (Ministero della salute, Ordini e Collegi) sono tenute a far circolare attraverso la piattaforma IMI tutte le informazioni concernenti gli *Alert* (sospensioni/radiazioni/cancellazioni dall'albo ecc.) nei confronti dei sanitari iscritti all'albo.

Attualmente nella piattaforma informatica IMI sono presenti i seguenti moduli per gli *Alert* in entrata:

- moduli distinti per le professioni di medico, veterinario e infermiere ai quali accedono direttamente le relative Federazioni oltre al Ministero della salute;
- un unico modulo denominato "altre professioni del settore sanitario" contenente gli *Alert* di tutte le altre professioni sanitarie sia quelle costituite in Ordini/Collegi (farmacisti, odontoiatri, psicologi, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica), sia quelle prive di Ordine/Collegio (per es. fisioterapisti) al quale può accedere soltanto questa Amministrazione che provvede per i primi a trasmetterli alle relative Federazioni nazionali e per i secondi a gestirli direttamente (cfr. allegata nota prot. 30158 del 17 giugno 2016) in modo da evitare, in attesa che la Commissione europea assegni a ciascuna professione un modulo dedicato, una eventuale lesione del diritto alla *privacy* dei singoli professionisti.

È rimasta, invece, ferma l'esclusiva responsabilità delle Federazioni per gli IMI *Alert* in uscita, nonché l'esclusiva competenza di questa Amministrazione a gestire sia in entrata sia in uscita le allerte inerenti i diplomi falsi per tutte le professioni.

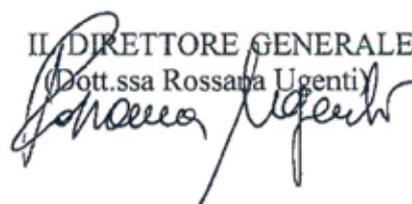
Premesso quanto sopra, si rappresenta che il Dipartimento delle Politiche europee, appositamente interpellato, ha evidenziato che lo scopo dell'allerta è proprio quello di evitare che un professionista, sospeso o radiato in un Paese dell'Unione europea per motivi disciplinari e/o penali, possa esercitare liberamente in un altro Stato Membro.

Ciò comporta che l'Ordine/Collegio provinciale, preso atto di quanto comunicato dall'Autorità competente di un altro Paese europeo o attraverso la Federazione nazionale (per i medici, veterinari e infermieri), o di quanto trasmesso dal Ministero della salute (per i farmacisti, odontoiatri, psicologi, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica), ha tutti gli elementi utili per emettere un provvedimento di diniego dell'iscrizione all'Albo, considerato che il professionista, già giudicato nel Paese dove ha commesso il fatto, è stato già stato sanzionato. Conseguentemente l'eventuale apertura di un nuovo procedimento disciplinare e l'erogazione di una nuova sanzione potrebbe essere censurata per la violazione del principio *ne bis in idem*.

Diverso è, invece, il caso della cancellazione dall'albo per motivi amministrativi (es. mancato pagamento della tassa di iscrizione all'Ordine/Collegio), valutabile dall'Ordine/Collegio professionale del Paese ospitante caso per caso, fattispecie questa prevista dall'art. 11, comma 1, lett. f), del d.lgs.C.p.S. n. 233/1946, che regola la morosità nel pagamento dei contributi previsti.

Premesso quanto sopra, si chiede di voler dare massima diffusione alla presente nota.

IL DIRETTORE GENERALE
 (Dott.ssa Rossana Ugenti)





ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA della PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Federazione Nazionale Collegi Iplasvi Roma		
IPASVI		
Ann. _____	Tras. <u>III</u>	Cl. <u>10</u>
4054 29 MAG 2017		
N.	Reparto	
UOR	CC	RPA

Prot. n. 19483/2017

Roma, 26 maggio 2017

Gent.ma Dott.ssa
BARBARA MANGIACAVALLI
Presidente
FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI
federazione@ipasvi.legalmail.it

OGGETTO: TRASMISSIONE DELLA NOTA DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DEL 22 MAGGIO 2017 PROT. N. 6279 CONCERNENTE CHIARIMENTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE

Gentilissima Presidente,

faccio seguito e riferimento alla Sua lettera del 21 febbraio 2017, prot. P-1694/III.10, riguardante la problematica delle prestazioni professionali occasionali, per trasmettere la nota del 22 maggio 2017, prot. n. 6279, con la quale il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha dato riscontro al quesito formulato dall'Ente in merito alla possibilità di prevedere l'esonero dall'obbligo del versamento contributivo per le prestazioni occasionali dalle quali derivi un reddito complessivo inferiore a 5.000 euro annui.

Per rendere più agevole la lettura del documento in argomento e l'esame della questione che ci occupa, si allega alla presente:

- la nota del 17 marzo 2017, prot. n. 9830/2017, con la quale ENPAPI ha formulato al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il suddetto quesito (v. Allegato 1);
- la nota ministeriale del 5 agosto 1999, prot. n. 9PS/82661/PSIC-Q-2, richiamata dallo stesso Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nella nota di riscontro in oggetto, con la quale è stata fornita la risposta all'interpello presentato da diverse Casse di Previdenza (ENPAP, ENPAB, EPPI, INPGI), nonché dalla stessa Cassa IPASVI, sempre in relazione alla questione concernente le prestazioni professionali occasionali (v. Allegato 2);
- la nota ministeriale del 10 dicembre 2010, prot. n. 2406, richiamata dallo stesso Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nella nota di riscontro in oggetto, con la quale sono state respinte due delibere adottate dall'INPGI (Gestione Separata), concernenti la previsione di fasce reddituali esenti dalla contribuzione (v. Allegato 3).

Alla luce di quanto chiarito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in relazione all'assoggettamento al prelievo contributivo delle prestazioni di lavoro autonomo occasionale dalle quali derivi un reddito complessivo inferiore ai 5.000 euro annui, si conferma la validità della Circolare n. 19/2016 dell'Ente che si allega alla presente per completezza di informazione (v. Allegato 4).

Restiamo a disposizione per qualsiasi chiarimento possa occorrere.

Cordiali saluti

Il Presidente
Mario Schiavon



All Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza
della Professione Infermieristica (ENPAPI)
Indirizzo e-mail

CdG: MA004 A013.11449

Classificazioni: INF-Q-10

Allegati:

OGGETTO: Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI) – Quesito in merito all'assoggettamento al prelievo contributivo in favore di ENPAPI delle prestazioni di lavoro autonomo occasionale dalle quali derivi un reddito complessivo inferiore ai 5.000 euro annui.

Con nota n° 9830/2017 dello scorso 17 marzo, codesto Ente, ponendo a sua volta un quesito pervenuto dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, chiede "se ENPAPI può applicare agli infermieri che, iscritti ai rispettivi Albi provinciali, svolgono attività mediante prestazioni di lavoro autonomo occasionale, la normativa prevista dall'art. 44, comma 2, del D.L. 269/2003, convertito in Legge 326/03 ovvero, fissare in 5.000 euro annui l'ammontare dei redditi al disotto dei quali non sia previsto l'obbligo di iscrizione e versamento contributivo".

Nell'espone la problematica, ENPAPI riferisce precedenti comunicazioni con cui il Ministero ha, nel tempo, affrontato le problematiche relative all'esercizio abituale, ancorché non esclusivo, di attività di lavoro autonomo per cui è prevista l'iscrizione alla Gestione INPS dei parasubordinati (rif.: note Minlavoro nn° 9PS/82661/PSIC-Q-2 dello 05/08/1999 e 24061 del 10/12/2010).

Questa Amministrazione, infatti, nel dare risposta ad appositi quesiti pervenuti dagli enti previdenziali privati di cui al d. lgs. 103/1996, ha già avuto occasione di fornire ai medesimi, sul punto, alcuni chiarimenti interpretativi, in particolare rappresentando che "il carattere della abitualità dell'espletamento dell'attività professionale è richiesto espressamente, quale presupposto legittimante l'obbligo assicurativo, per i soli soggetti destinatari" delle disposizioni di cui al comma 26, dell'articolo 2, della legge 335/1995. Diversamente, gli enti previdenziali privati costituitisi ai sensi del sopra richiamato decreto - la cui delega è contenuta nel comma 25, dell'articolo 2, della citata legge Dini -, per espressa previsione dello stesso (articolo 6, comma 4, let. c) del d. lgs. 103/1996), hanno dovuto disciplinare, all'interno del proprio regolamento allegato allo statuto, "la misura dei contributi in proporzione al reddito" nonché "la fissazione di una misura minima del contributo annuale". Il profilo contributivo derivante, laddove stabilisce comunque un importo del versamento obbligatorio a fini previdenziali non correlato a redditi prodotti nell'esercizio della professione, non individua fasce di esenzione.

Né le successive disposizioni intervenute sull'assetto ordinamentale della previdenza di primo pilastro dei liberi professionisti (articolo 18, comma 12, del decreto legge 98/2011, di interpretazione dell'articolo 2, comma 26, della legge 335/1995; articolo 8, comma 4-ter, del decreto legge 95/2015, di istituzione della Gestione separata ENPAPI), risultano avere introdotto nuovi elementi di merito da considerare con riferimento allo specifico aspetto in argomento.

Posto quanto precede, non si possono che ribadire le valutazioni conclusive rese nelle note ministeriali n° 9PS/82661/PSIC-Q-2 dello 05/08/1999 e n° 24061 del 10/12/2010.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Concetta FERRARI

FERRARI CONCETTA
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI/INPS/INPS/INPS
18.01.2017 12:30:59 CEST

ALLEGATO 1



ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA della PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Prot. n. **9830** /2017

Roma, 17 marzo 2017

Al
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione Generale
per le Politiche Previdenziali e Assicurative
Divisione IV
Via Flavia, 6
00187 ROMA

Alla c.a. del Direttore Generale
Dott.ssa Concetta Ferrari

OGGETTO: QUESITO IN MERITO ALL'ASSOGGETTAMENTO AL PRELIEVO CONTRIBUTIVO IN FAVORE DI ENPAPI DELLE PRESTAZIONI DI LAVORO AUTONOMO OCCASIONALE DALLE QUALI DERIVI UN REDDITO COMPLESSIVO INFERIORE AI 5.000 EURO ANNUI.

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha fatto pervenire a questo Ente una richiesta di chiarimento in merito all'assoggettamento al prelievo contributivo in favore di ENPAPI delle prestazioni c.d. "occasional", sollecitando, anche per gli Infermieri professionisti iscritti all'Ente, l'applicazione dell'esenzione di cui all'art. 44, comma 2, del D.L. 269/2003, il quale esclude l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione alla Gestione Separata INPS in relazione alle prestazioni di lavoro autonomo occasionale dalle quali derivi un reddito complessivo inferiore ai 5.000 euro annui.

Al riguardo, si ricorda che ai sensi dell'art. 2, comma 25, della Legge n. 135/1995 e dell'art. 1 del D.Lgs n. 103/1996, a decorrere dal 1° gennaio 1996, hanno l'obbligo di iscrizione e contribuzione ad ENPAPI tutti gli Infermieri iscritti ai relativi Albi provinciali tenuti dai collegi IPASVI che esercitino l'attività professionale infermieristica in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, ancorché svolta contemporaneamente all'attività di lavoro dipendente.

Nello specifico, è opportuno evidenziare che le norme sopra richiamate non prevedono il requisito della "abitudine" dell'esercizio della libera professione ai fini dell'insorgenza dell'obbligo di iscrizione e contribuzione ad ENPAPI. Invero, il comma 26 dello stesso art. 2 della Legge n. 335/1995, sopra citata, nell'istituire la Gestione Separata INPS in favore dei c.d. "professionisti privi di cassa", ha circoscritto il suo ambito di applicazione a chi esercita attività di lavoro autonomo "per professione abituale, ancorché non esclusiva".

Sulla questione concernente la "non abitudine" o "occasionalità" dell'esercizio della professione, è intervenuto anche il Ministero del Lavoro, che - a seguito di un interpello presentato da diverse Casse di Previdenza (ENPAP, ENPAB, EPPI, INPGI) nonché dalla stessa IPASVI - con la nota del 5 agosto 1999 ha precisato che il "carattere dell'abitudine dell'espletamento dell'attività professionale è richiesto espressamente, quale presupposto legittimante l'obbligo assicurativo, per i soli soggetti destinatari del menzionato comma 26". Invero, si configura una situazione diversa

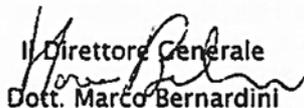
“per i destinatari del citato comma 25, per i quali sia lo stesso comma che l'articolo 1 del decreto legislativo n.103 del 1996, che ne costituisce attuazione, pongono, quali presupposti esclusivi per l'insorgenza dell'obbligo assicurativo, lo svolgimento di una attività autonoma di libera professione senza vincoli di subordinazione e l'iscrizione in appositi albi od elenchi.” Pertanto, per i destinatari del comma 25, dell'art. 2 della Legge n. 335/95 *“l'iscrizione all'albo ed il concreto dispiegamento dell'esercizio professionale, ancorché occasionale e produttivo di reddito trascurabile, sono sufficienti di per sé a costituire il rapporto assicurativo e conseguenti effetti”*.

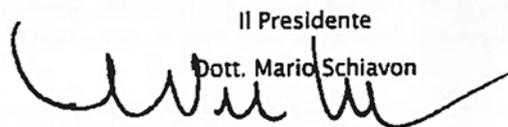
Più recentemente, con il provvedimento del 10 dicembre 2010, il Ministero del Lavoro ha inoltre respinto due delibere adottate dall'INPGI (Gestione Separata), concernenti l'esenzione dall'obbligo di versare i contributi per i giornalisti liberi professionisti (con o senza partita Iva) che, nell'esercizio di attività giornalistica, percepiscono un reddito annuo inferiore ad €. 3.000, affermando che *“la gestione separata INPGI non risponde ai medesimi criteri della gestione separata INPS (per la quale è previsto dalla legge l'esonero per i redditi inferiori a 5000,00 euro annui) bensì ai criteri definiti dal decreto legislativo n. 103 del 10.02.96”,* ove *“l'art. 6, comma 4 del citato decreto legislativo, infatti, dispone che le gestioni previdenziali debbano stabilire nei regolamenti, la misura della contribuzione soggettiva in proporzione al reddito professionale fiscalmente dichiarato e, comunque, impone il versamento di un contributo minimo annuale per i redditi più bassi, escludendo quindi, per gli enti previdenziali disciplinati dal predetto d.lgs. n. 103/96 la previsione di fasce reddituali esenti”*.

Ciò detto, si ricorda che a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 8, comma 4-ter del DL n. 95/2012 (convertito in Legge n. 135/2012), ENPAPI ha istituito la propria Gestione Separata e ha sottoposto il Regolamento di Previdenza e Assistenza della Gestione Separata all'attenzione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, lo ha approvato in data 29/03/2013.

L'attuale disciplina di iscrizione all'ENPAPI da parte degli Infermieri iscritti nei rispettivi Albi provinciali che svolgono attività mediante prestazioni di lavoro autonomo occasionale comporta che, in favore di questi ultimi, il datore di lavoro, ovvero il committente, assolva l'obbligo contributivo nella Gestione Separata a prescindere dall'entità del reddito conseguito. L'assoggettamento è previsto per tutte le attività che, seppur fiscalmente inquadrate come *“occasional”*, siano caratterizzate dal requisito della professionalità, che - soprattutto per la categoria infermieristica - risulta essenziale allo stesso espletamento della prestazione.

Tanto opportunamente premesso, si chiede pertanto a Codesto Ministero di conoscere se ENPAPI può applicare agli Infermieri che, iscritti nei rispettivi Albi provinciali, svolgono attività mediante prestazioni di lavoro autonomo occasionale, la normativa prevista dall'art. 44, comma 2, del D.L. 269/2003, convertito in Legge 326/03 ovvero, fissare in 5.000 euro annui l'ammontare dei redditi al di sotto dei quali non sia previsto l'obbligo di iscrizione e versamento contributivo.

Il Direttore Generale

 Dott. Marco Bernardini

Il Presidente

 Dott. Mario Schiavon

• MOBILIARIO
• Lav. e Prev. Soc. - 19



MOD. 1 F

ALLEGATO 2
E 5 A 60. 1999

Roma; 19

*Ministero del Lavoro
e della Previdenza Sociale*

DIREZIONE GENERALE
DELLA PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE

- DIV. IX -

Prot. N. 4951/82661 IPSIC-Q-2
Allegati

- All'* ENPAP
- ENPAB
 - EPPI
 - IPASVI
 - INPGI - Gestione separata
 - ENPAIA - Gestione separata
Agrotecnici, periti agrari
 - Ente Pluricategoriale

OGGETTO : Lavoro occasionale e, p.c.: - Ministero del Tesoro - R.G.S.

C.M.	PRE	V. R.F.	CONS	SIND
	DIR	AMM	S.DIR.	
PROT 014059 23.08.99				
EPPI-ENTE PREV. PERITI INDUSTRIALI				
SEG	R.S.	C.E.F.		

00187 ROMA

Sono pervenute da più Enti, costituiti ai sensi del decreto legislativo n.103/1996, richieste di chiarimento in ordine al requisito dell'esercizio dell'attività professionale quale presupposto di legge per l'iscrizione al Fondo di previdenza di categoria.

Più specificamente il problema verte sulla rilevanza della "occasionalità" della prestazione nell'esercizio dell'attività professionale, ai fini dell'obbligatorietà di iscrizione agli Enti.

In proposito si rileva che, per una coerente impostazione della problematica, occorre preliminarmente distinguere l'ambito di applicazione delle disposizioni di cui ai commi 25 e 26, dell'art.2, della legge n.335 del 1995.

Il carattere della abitualità dell'espletamento dell'attività professionale è richiesto espressamente, quale presupposto legittimante l'obbligo assicurativo, per i soli soggetti destinatari del menzionato comma 26 (parasubordinati, incaricati alla vendita a domicilio). Infatti, sia il raccordo previsto, nell'ambito di detta disposizione, con il regime fiscale e sia l'assenza di una prescrizione che ponga a carico di detti soggetti l'obbligo del contributo minimo annuale induce a ritenere, coerentemente, peraltro, al parere n.881/98 del Consiglio di Stato, che lo svolgimento da parte della platea individuata dal comma 26 di una attività saltuaria da cui consegua un reddito di trascurabile entità esoneri la stessa dagli obblighi sia assicurativi che fiscali.

*U
key*

Situazione diversa, invece, si configura, ad avviso di questo Ministero, per i destinatari del citato comma 25, per i quali sia lo stesso comma che l'articolo 1 del decreto legislativo n.103 del 1996, che ne costituisce attuazione, pongono, quali presupposti esclusivi per l'insorgenza dell'obbligo assicurativo, lo svolgimento di una attività autonoma di libera professione senza vincoli di subordinazione e l'iscrizione in appositi albi od elenchi. Per detti destinatari, infatti, l'iscrizione all'albo ed il concreto dispiegamento dell'esercizio professionale, ancorchè occasionale e produttivo di reddito trascurabile, sono sufficienti di per sé a costituire il rapporto assicurativo e conseguenti effetti.

Ciò tra l'altro trova conferma nell'art.6, comma 4, del citato decreto n.103. che, nel definire il contenuto del regolamento previdenziale degli Enti interessati, prevede espressamente, alla lettera c), la fissazione di una misura minima del contributo annuale. Circostanza questa che mette, peraltro, in luce la ratio sottostante all'intervento del legislatore del 1995 che, nel prevedere al comma 25 l'obbligatorietà della tutela previdenziale per i soggetti iscritti ad albi ed esercenti attività libero professionali, ha inteso assimilare il sistema contributivo di questi ultimi a quello vigente presso le preesistenti Casse dei liberi professionisti, che, analogamente a quanto prescritto nella richiamata lettera c), dell'art.6, comma 4. del decreto legislativo n.103/96, prevede, in via generale, il versamento di una contribuzione minima annuale.



IL MINISTRO



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*
Direzione Generale per le politiche previdenziali
- DIV. VI -

 *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*
Partenza - Roma, 10/12/2010
Prot. 24 / VI / 0024061 / MA004.A012



PG-L-47

All' INPGI
Direzione Generale
Via Nizza, 35
00198 R O M A

e, p. c.: Al Ministero dell'economia
e delle finanze
RGS - IGESPES - Ufficio I
Via XX Settembre, 97
00187 R O M A

OGGETTO: INPGI - Gestione separata - Delibere n. 2 e n.3 assunte dal Comitato Amministratore in data 18 marzo 2010- Modifiche al Regolamento della Gestione Separata dell'Istituto -.

Con nota n. prot. 11747/U del 30 marzo 2010, codesto Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani - Gestione Separata - ha trasmesso, ai fini dell'approvazione di legge, le delibere n. 2 e n. 3 adottate dal Comitato Amministratore in data 18 marzo 2010, con le quali si intendono apportare modifiche al Regolamento di attuazione delle attività di previdenza a favore degli iscritti alla Gestione Separata.

Tra le modifiche di regolamento apportate con la delibera n. 2 è previsto, in particolare, all'art.3, l'esonero dall'obbligo del versamento contributivo soggettivo per gli iscritti alla Gestione Separata che conseguano un reddito annuo da lavoro autonomo inferiore a 3000,00 euro nonché l'esenzione per i medesimi soggetti dal versamento del contributo minimo previsto dal Regolamento della Gestione Separata. Codesto Istituto, in tal modo, intende dare un segnale di attenzione alla fascia più debole della categoria dei giornalisti che svolgono attività autonoma, meno tutelata in tema di ammortizzatori sociali e che tenuta ad assolvere comunque l'obbligo contributivo a prescindere dall'entità del reddito conseguito, vede così ulteriormente ridotti gli esigui guadagni derivanti dall'attività lavorativa. L'Ente precisa, altresì, che l'adozione di tale misura tiene conto della necessità di coordinare il regime previdenziale degli iscritti alla Gestione separata con quello della generalità dei lavoratori autonomi assicurati presso la Gestione dell'INPS.

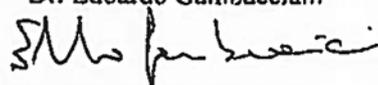
Con la delibera n. 3 viene modificato l'art.10, comma 1, estendendo la facoltà di optare per la restituzione dei contributi soggettivi versati, maggiorati degli interessi legali, anche agli iscritti alla gestione separata che, al compimento dell'età pensionabile, maturino importi pensionistici esigui (inferiori ad un montante pari al 50% di 4 annualità di contribuzione relative al massimale contributivo, corrispondente attualmente ad una pensione di circa 1000 euro annui).La prevista estensione, secondo l'Ente, pone una particolare attenzione agli equilibri di gestione dell'Istituto, oltre che agli interessi degli iscritti che conseguono importi pensionistici inadeguati al loro sostentamento al momento della cessazione dell'attività lavorativa.

Al riguardo si rappresenta quanto segue.

- In relazione alle modifiche introdotte con la delibera n. 2, si fa rilevare che la vigente normativa prevede che la gestione separata INPGI non risponda ai medesimi criteri della gestione separata INPS (per la quale è previsto dalla legge l'esonero per i redditi inferiori a 5000,00 euro annui) bensì ai criteri definiti dal decreto legislativo n. 103 del 10.02.96.L'art.6, comma 4 del citato decreto legislativo, infatti, dispone che le gestioni previdenziali debbono stabilire nei regolamenti, la misura della contribuzione soggettiva in proporzione al reddito professionale fiscalmente dichiarato e, comunque impone il versamento di un contributo minimo annuale per i redditi più bassi, escludendo, quindi, per gli enti previdenziali disciplinati dal predetto d.lgs. n.103/96 la previsione di fasce reddituali esenti.Sotto il profilo degli effetti finanziari, si fa, poi, presente che le modifiche deliberate determinano minori entrate contributive, e quindi effetti negativi in termini di indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni, non compensati da altre misure in materia di contributi e/o prestazioni dell'INPGI.
- Per quanto concerne la modifica apportata all'art.10 del Regolamento dalla delibera n. 3 - ribadendo quanto già espresso in occasione di analoghe iniziative da parte di altri enti previdenziali privati - si fa osservare che la stessa introdurrebbe, nel regime previdenziale della gestione separata INPGI, una prestazione in capitale, non prevista nell'ambito del sistema di calcolo delle pensioni di cui all'art.1 della legge n. 335/95 (a cui l'Ente è tenuto, in base al d.lgs. n. 103/96, a conformarsi), che obbliga, invece, l'INPGI a corrispondere ai predetti soggetti la prestazione pensionistica maturata, anche se di importo esiguo. Da ultimo si evidenzia che la delibera è suscettibile di determinare maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto la mancata erogazione di trattamenti pensionistici in forma di rendita - per quanto di importo esiguo- da parte dell'INPGI potrebbe determinare il corrispondente incremento degli importi di prestazioni collegate al reddito erogate dall'INPS o da altri enti previdenziali pubblici (a titolo di esempio l'assegno sociale, l'integrazione al trattamento minimo, la maggiorazione sociale, ecc.); ciò potrebbe avere, peraltro, effetti anche su prestazioni di cui è beneficiario il coniuge dell'iscritto all'INPGI, modificando il requisito reddituale cumulato dei due coniugi.

Considerato, dunque, il quadro normativo di riferimento, questo Ministero, di concerto con il covigilante Ministero dell'Economia e delle Finanze, che ha espresso parere sfavorevole, con nota n. prot. 0029743 del 12 aprile 2010, ritiene di non poter dar corso all'approvazione delle modifiche regolamentari introdotte con le delibere n. 2 e n. 3, adottate in data 18 marzo 2010 dal Comitato Amministratore di codesto Istituto Nazionale di previdenza dei giornalisti italiani.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Edoardo Gambacciani



Circolare n. 19/2016
Prot. n. 13733/2016
Roma, 13/04/2016

ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IP.AS.VI.
AI COLLEGI PROVINCIALI IP.AS.VI.
ALLE AZIENDE A.S.L.
ALLE AZIENDE OSPEDALIERE
AGLI ISTITUTI PENITENZIARI
AGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA
ALLE COOPERATIVE E STUDI ASSOCIATI
ALLE UNIVERSITÀ ED ISTITUTI DI FORMAZIONE
ALLE SOCIETÀ, FONDAZIONI E ASSOCIAZIONI
AGLI STUDI MEDICI
AI MEDICI DI MEDICINA GENERALI
AI LABORATORI ANALISI PRIVATI E CONVENZIONATI
A TUTTI I COMMITTENTI DI AREA SANITARIA

Loro sedi

OGGETTO: Ulteriori chiarimenti sull'assoggettamento previdenziale delle prestazioni professionali occasionali - I contratti di lavoro occasionale dopo l'entrata in vigore del D.lgs n. 81/2015 (Jobs Act)

SOMMARIO:

1. LE PRESTAZIONI PROFESSIONALI OCCASIONALI: L'OBBLIGO DI ISCRIZIONE E CONSEGUENTE CONTRIBUZIONE AD ENPAPI
2. IL LIMITE DEI 5.000 EURO DI CUI ALL'ART. 44, COMMA 2, DEL DL N. 269/2003: INAPPLICABILITÀ AGLI ISCRITTI ENPAPI
3. I CONTRATTI DI LAVORO OCCASIONALE DOPO L'ENTRATA IN VIGORE DEL D.LGS N. 81/15: LE COLLABORAZIONI OCCASIONALI
4. L'OBBLIGO DI ISCRIZIONE AD ENPAPI: COMUNICAZIONE DEI COMPENSI E VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE
5. ERRATI VERSAMENTI ALLA GESTIONE SEPARATA INPS: INUTILIZZABILITÀ AI FINI PENSIONISTICI ED APPLICAZIONE DEL REGIME SANZIONATORIO VIGENTE
6. UN ESEMPIO CONCRETO DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI OCCASIONALI: INCARICHI CONFERITI ED AUTORIZZATI AI DIPENDENTI PER LE ATTIVITÀ DI DOCENZA, FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE A COMMISSIONI D'ESAME

Nello svolgimento dell'attività di vigilanza svolta dall'Ufficio Ispettivo ENPAPI, sono emerse alcune problematiche concernenti la rilevanza della "occasionalità" della prestazione nell'esercizio dell'attività professionale infermieristica.

Nonostante la questione sia stata già più volte affrontata dall'Ente in diverse circolari, considerate le novità introdotte in materia dal D.lgs n. 81/2015 (Jobs Act), si ritiene opportuno fornire ulteriori chiarimenti al riguardo.

Si precisa, inoltre, che la questione in oggetto sarà esaminata sia sotto l'aspetto previdenziale che fiscale.

1. LE PRESTAZIONI PROFESSIONALI OCCASIONALI: L'OBBLIGO DI ISCRIZIONE E CONSEGUENTE CONTRIBUZIONE AD ENPAPI

Per una coerente impostazione della problematica concernente le prestazioni professionali occasionali, occorre distinguere l'ambito di applicazione delle disposizioni di cui ai commi 25 e 26, dell'art. 2 della Legge n. 335/1995.

L'art. 2, comma 25, della Legge n. 335/95 ha attribuito al Governo il potere di emanare il D.lgs n. 103/96 con il quale, a decorrere dal 1° gennaio 1996, sono state istituite forme autonome di previdenza obbligatoria volte a tutelare i *“soggetti che svolgono attività autonoma di libera professione senza vincolo di subordinazione, il cui esercizio è condizionato all'iscrizione in appositi albi o elenchi [...] ancorché contemporaneamente svolgano attività di lavoro dipendente”*.

Per effetto del combinato disposto di cui agli art. 1 e 3, comma 1, lett. b) del citato D.lgs n. 103/96, sono state costituite le casse di previdenza dei liberi professionisti (di seguito anche i *“Professionisti appartenenti alle Casse di categoria”*), tra le quali l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), destinato ad assicurare la tutela previdenziale della categoria professionale degli Infermieri iscritti ai relativi Albi provinciali tenuti dai Collegi IPASVI.

Il comma 25 della citata Legge n. 335/95 non ha, però, identificato le forme di esercizio delle professioni il cui esercizio è condizionato dall'iscrizione in appositi albi (di seguito anche le *“Professioni Intellettuali”*) - come la professione Infermieristica o medica -, ma ha previsto che il loro semplice esercizio, in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, fosse, di per sé, produttivo dell'insorgenza dell'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione presso l'Ente previdenziale di categoria.

Infatti, la stessa previsione che l'obbligo di copertura previdenziale scatti anche a favore di coloro che *“contemporaneamente svolgano attività di lavoro dipendente”* è chiaramente indicativa della circostanza che il legislatore non abbia condizionato tale tutela obbligatoria previdenziale all'esercizio *“prevalente od abituale”* di una libera professione, quanto piuttosto al semplice esercizio di una Professione Intellettuale.

L'art. 2, comma 26, della citata Legge n. 335/1995, invece, ha istituito, sempre a decorrere dal 1° gennaio 1996, la Gestione Separata INPS, finalizzata all'estensione della tutela previdenziale obbligatoria anche nei confronti dei soggetti sprovvisti di un Ente previdenziale di categoria (di seguito anche i *“Professionisti privi di Cassa”*), che esercitino *“per professione abituale, ancorché non esclusiva, attività di lavoro autonomo [...]”*.

Il comma 26, pertanto, ha espressamente previsto, quale presupposto legittimante l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione presso la Gestione Separata INPS, il carattere della *“abitualità”* dell'esercizio di un'attività di lavoro autonomo diversa dalle Professioni Intellettuali.

Alla luce di quanto sopra, è dunque evidente che:

- ai sensi del comma 25, l'iscrizione all'albo ed il concreto esercizio di una Professione Intellettuale, ancorché svolto contemporaneamente all'attività di lavoro dipendente, o anche in modo saltuario, episodico, occasionale e produttivo di reddito trascurabile, sono sufficienti di per sé a far sorgere l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione presso il competente Ente previdenziale di categoria (ovvero ENPAPI, nel caso della categoria professionale degli Infermieri);
- ai sensi del comma 26, invece, l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione presso la Gestione Separata INPS, sorge esclusivamente solo in capo ai Professionisti privi di Cassa che esercitino in modo abituale attività di lavoro autonomo diverse dalle Professioni Intellettuali.

Si ricorda, inoltre, che il Ministero del Lavoro, a seguito di un interpello presentato da diverse casse di previdenza, con apposita nota del 5 agosto 1999 è intervenuto sulla problematica concernente la *“non abitualità”* o *“occasionalità”* dell'esercizio della professione, precisando quanto segue:

“In proposito, si rileva che, per una coerente impostazione della problematica occorre preliminarmente distinguere l'ambito di applicazione delle disposizioni di cui ai commi 25 e 26, dell'art. 2 della legge n. 335 del 1995.

Il carattere dell'abitudine dell'espletamento dell'attività professionale è richiesto espressamente, quale presupposto legittimante l'obbligo assicurativo, per i soli soggetti destinatari del menzionato comma 26 [...]. Infatti, sia il raccordo previsto, nell'ambito di detta disposizione, con il regime fiscale e sia l'assenza di una prescrizione che ponga a carico di detti soggetti l'obbligo del contributo minimo annuale induce a ritenere [...] che lo svolgimento da parte della platea individuata dal comma 26 di una attività saltuaria da cui consegua un reddito di entità trascurabile esoneri la stessa dagli obblighi sia assicurativi che fiscali.

Situazione diversa, invece, si configura, ad avviso di questo Ministero, per i destinatari del citato comma 25, per i quali sia lo stesso comma che l'articolo 1 del decreto legislativo n.103 del 1996, che ne costituisce attuazione, pongono, quali presupposti esclusivi per l'insorgenza dell'obbligo assicurativo, lo svolgimento di una attività autonoma di libera professione senza vincoli di subordinazione e l'iscrizione in appositi albi od elenchi.

Per detti destinatari, infatti, l'iscrizione all'albo ed il concreto dispiegamento dell'esercizio professionale, ancorché occasionale e produttivo di reddito trascurabile, sono sufficienti di per sé a costituire il rapporto assicurativo e conseguenti effetti'.

Per tutto quanto sopra esposto, si ribadisce ancora una volta quanto già chiarito con le precedenti circolari, ovvero che l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione ad ENPAPI sorge quando ricorrono le seguenti condizioni:

- iscrizione ai relativi Albi provinciali tenuti dai Collegi IPASVI;
 - esercizio dell'attività libero professionale infermieristica in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, ancorché svolto contemporaneamente all'attività di lavoro dipendente, in modo occasionale e produttivo di reddito trascurabile.
2. IL LIMITE DEI 5.000 EURO DI CUI ALL'ART. 44, COMMA 2, DEL DL N. 269/2003: INAPPLICABILITÀ AGLI ISCRITTI ENPAPI

Come sopra precisato, l'art. 2, comma 26, della Legge n. 335/95 prevede che l'obbligo di copertura previdenziale presso la Gestione Separata INPS sorge in capo ai Professionisti privi di Cassa che esercitano per professione abituale attività di lavoro autonomo diverse dalle Professioni Intellettuali.

Conseguentemente, l'esercizio di una attività saltuaria da cui consegua un reddito di entità trascurabile, esonera tali professionisti dagli obblighi contributivi (ed anche fiscali).

Infatti, l'art. 44, comma 2, del DL n. 269/2003 esclude dall'obbligo contributivo nei confronti della Gestione Separata INPS le prestazioni di lavoro autonomo occasionale dalle quali derivi un reddito complessivo annuo inferiore a 5.000 euro.

Di contro, ai sensi dell'art. 2, comma 25, della citata Legge, l'iscrizione all'albo ed il semplice esercizio di una Professione Intellettuale in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, anche se svolto in modo saltuario o occasionale e produttivo di reddito trascurabile, sono presupposti di per sé sufficienti a far sorgere, in capo ai Professionisti appartenenti alle Casse di categoria, l'obbligo di iscrizione e conseguente contribuzione presso il competente Ente previdenziale di riferimento.

Conseguentemente, i redditi percepiti da professionisti Infermieri che svolgano attività rientranti nell'oggetto della professione infermieristica senza vincolo di subordinazione, sono sempre e comunque soggetti a contribuzione presso ENPAPI senza alcuna soglia di esenzione.

Da quanto sopra, dunque, è evidente che il particolare regime previsto dal citato art. 44, comma 2, del DL n. 269/2003 esclusivamente in favore dei Professionisti privi di Cassa, non si applichi agli iscritti ENPAPI.

3. I CONTRATTI DI LAVORO OCCASIONALE DOPO L'ENTRATA IN VIGORE DEL D.LGS N. 81/15: LE COLLABORAZIONI OCCASIONALI

Il 25 giugno 2015 è entrato in vigore il D.lgs n. n. 81/2015 recante la *"Disciplina organica dei contratti di lavoro e la revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183"*.

L'art. 2 del citato Decreto prevede che, a far data dal 1° gennaio 2016, ai rapporti di collaborazione che si concretino in *"prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione sono organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro"*, si debba applicare la disciplina del rapporto di lavoro subordinato.

Il Legislatore ha, però, espressamente escluso dall'ambito di applicazione di tale disposizione le collaborazioni di cui all'art. 409 del Codice di Procedura Civile (di seguito anche *"Collaborazioni Coordinate e Continuative"*) prestate nell'esercizio delle Professioni Intellettuali per le quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali (v. art. 2, comma 1, lett. b) del D.lgs n. n. 81/2015).

A ciò si aggiunga che l'art. 52 del citato Decreto ha abrogato l'art. 61, comma 2, D.lgs n. 276/2003 (di seguito anche *"Riforma Biagi"*), con il quale il Legislatore aveva ritenuto non meritevoli della tutela del progetto le prestazioni occasionali (le cosiddette *"mini co.co.co."*, di seguito anche *"Collaborazioni Occasionali"*) di breve durata e di modesto importo (30 giorni e 5.000 euro massimi nell'anno solare con lo stesso committente).

Al riguardo, si sottolinea che la Riforma Biagi aveva già escluso dal necessario riferimento al progetto le Collaborazioni Occasionali svolte nell'esercizio delle Professioni Intellettuali, sicché è evidente che l'abrogazione dell'art. 61, comma 2, D.lgs n. 276/2003 non abbia comportato alcun effetto ai fini della loro soggezione alla contribuzione obbligatoria nei confronti di ENPAPI.

Infatti, sotto il profilo giuridico e quindi anche previdenziale, le Collaborazioni Occasionali erano e restano a tutti gli effetti delle Collaborazioni Coordinate e Continuative e, pertanto, oggi come in passato, esse si iscrivono e sono soggette (già dai primi 5.000 euro) sempre e comunque ad ENPAPI, qualunque sia la durata e qualunque sia l'importo.

In sintesi, dunque, a seguito dell'entrata in vigore del D.lgs n. 81/2015, le aziende committenti ed i professionisti Infermieri possono continuare ad instaurare rapporti di Collaborazioni Coordinate e Continuative e Collaborazioni Occasionali per l'esercizio di attività rientranti nell'oggetto della professione infermieristica.

L'obbligo di comunicazione dei compensi e di versamento della relativa contribuzione è posto totalmente a carico del professionista, la cui iscrizione avviene tanto d'ufficio, quanto su domanda dell'interessato.

Invece, sono obbligatoriamente iscritti alla Gestione Separata ENPAPI i professionisti che esercitano l'attività professionale infermieristica nella forma di Collaborazione Coordinata e Continuativa o di Collaborazione Occasionale, i quali sono tenuti a presentare apposita domanda di iscrizione, con le modalità indicate dall'Ente (art. 1 e art. 2 del Regolamento della Gestione Separata ENPAPI).

Sul punto, si deve ricordare che, nonostante il principio dell'esclusiva iscrivibilità dei professionisti alle competenti Casse professionali di categoria, sancito dalla più volte citata Legge n. 335/1995, nel corso degli anni si sono verificati numerosi casi di errate iscrizioni presso la Gestione Separata INPS, da parte di professionisti Infermieri titolari dei suddetti rapporti di collaborazione che, Invero, avrebbero dovuto iscriversi ad ENPAPI.

Al fine di indirizzare le iscrizioni di tali professionisti presso il competente Ente previdenziale di categoria, si è ritenuto quindi opportuno uniformare il sistema contributivo applicato da ENPAPI con quello previsto dalla Gestione Separata INPS.

Pertanto, a seguito dell'introduzione del disposto di cui all'art. 8, comma 4-ter del DL n. 95/2012 (convertito in Legge n. 135/2012), e' stata istituita la Gestione Separata ENPAPI, cui è stato attribuito il potere impositivo anche nei confronti dei committenti a far data dal 1° gennaio 2012.

Dunque, con l'istituzione della Gestione Separata ENPAPI sono variati esclusivamente gli adempimenti dichiarativi e contributivi conseguenti all'instaurazione di rapporti di collaborazione con Infermieri professionisti iscritti ai relativi Albi provinciali.

Nello specifico, gli adempimenti dichiarativi e contributivi relativi ai rapporti di Collaborazione Coordinata e Continuativa e Collaborazione Occasionale:

- dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2011, ai sensi dell'art. 2, comma 25, della Legge n. 335/95 e dell'art. 1 del D.lgs n. 103/1996, erano posti totalmente a carico del collaboratore;
- dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 8, comma 4-ter del DL n. 95/2012 e come meglio precisato nella circolare n. 8/2013, devono essere effettuati presso la Gestione Separata ENPAPI e sono posti totalmente a carico del committente.

Dunque, l'obbligo di comunicazione dei compensi e di versamento della relativa contribuzione, dal 1° gennaio 2012, è posto esclusivamente in capo ai committenti, che hanno l'obbligo di registrare la propria posizione quale azienda contribuente presso la Gestione Separata ENPAPI, secondo le modalità indicate dall'Ente (art. 3 del Regolamento della Gestione Separata ENPAPI).

Pertanto, laddove si accerti l'erogazione, da parte di aziende committenti non registrate alla Gestione Separata ENPAPI, di compensi derivanti da rapporti di collaborazione non denunciati all'Ente, gli Uffici provvedono a:

- a) avviare le procedure di registrazione d'ufficio delle aziende committenti oggetto di accertamento presso la Gestione Separata ENPAPI;
- b) avviare le procedure di recupero coattivo del credito contributivo nei confronti delle medesime aziende, previo invito alla regolarizzazione spontanea della propria posizione da effettuarsi, nel termine assegnato dall'Ente, attraverso la trasmissione delle denunce dei compensi erogati ai collaboratori ed il versamento della contribuzione dovuta;
- c) applicare le sanzioni nei confronti dei committenti come previsto dalla normativa vigente in caso di evasione contributiva (v. art. 5 del Regolamento della Gestione Separata ENPAPI e circolare della Gestione Separata ENPAPI n. 15/2014).

Nel caso in cui, invece, emergano collaboratori non iscritti all'Ente, gli Uffici provvedono ad iscriverli d'ufficio alla Gestione Separata ENPAPI, senza applicare alcuna sanzione, e gli eventuali contributi versati dai committenti in assenza di iscrizione da parte del collaboratore sono considerati validi.

5. ERRATI VERSAMENTI ALLA GESTIONE SEPARATA INPS: INUTILIZZABILITÀ AI FINI PENSIONISTICI ED APPLICAZIONE DEL REGIME SANZIONATORIO VIGENTE NEI CONFRONTI DEI COMMITTENTI

Sul punto, si ricorda quanto già espressamente chiarito con la circolare della Gestione Separata ENPAPI n. 10/2013, ovvero che ogni eventuale versamento effettuato alla Gestione Separata INPS relativo a compensi percepiti da professionisti Infermieri iscritti ai relativi Albi provinciali nell'esercizio di attività rientranti nell'oggetto proprio della professione infermieristica, è effettuato ad un Ente previdenziale diverso dal titolare e, quindi, ad un Ente non competente.

Pertanto, i committenti che dovessero aver operato in tal senso, sono invitati a presentare domanda di rimborso alla sede INPS di competenza, onde ottenere il recupero della contribuzione erroneamente versata.

Al riguardo, si deve infatti sottolineare che la contribuzione erroneamente versata, essendo riconducibile a professionisti soggetti esclusivamente alla tutela previdenziale obbligatoria ENPAPI, non può essere valorizzata al fini pensionistici da un istituto previdenziale diverso dal titolare, ovvero, non dà diritto all'erogazione delle prestazioni previdenziali da parte della Gestione Separata INPS.

Conseguentemente, in assenza di una richiesta di rimborso dei contributi erroneamente versati entro i termini prescrizionali, il committente decadrebbe dal diritto alla restituzione delle relative somme e gli importi versati a tale titolo rimarrebbero comunque inutilizzati presso l'INPS, con conseguente danno per il professionista Infermiere.

Si ricorda, inoltre, che a seguito della Deliberazione ENPAPI n. 142/2013 del 16.4.2013, non è stato applicato il regime sanzionatorio vigente solamente al committenti che abbiano regolarizzato le proprie posizioni presso ENPAPI entro il 30 giugno 2014.

Eventuali regolarizzazioni successive al 30 giugno 2014 comporteranno, pertanto, l'applicazione del regime sanzionatorio vigente, non potendosi applicare i principi stabiliti dall'art. 116, comma 20, della Legge n. 388/2000.

Resta inteso che i contributi erroneamente versati all'INPS per il periodo antecedente al 1° gennaio 2012, saranno trasferiti dal predetto Istituto ad ENPAPI sulla base di quanto previsto dalla Convenzione sottoscritta il 20 novembre 2007 e vigente fino a tutto il 31 dicembre 2011.

Si ricorda, infine, che ENPAPI, d'intesa con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e l'Agenzia delle Entrate, esercita azioni di vigilanza ai sensi del D.lgs n. 124/2004 e nell'ambito dell'esercizio di tali funzioni, l'Ufficio Ispettivo ENPAPI ha, pertanto, avviato attività di controllo dirette ad accertare il corretto adempimento degli obblighi dichiarati e contributivi e recuperare i crediti di competenza dell'Ente.

6. UN ESEMPIO CONCRETO DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI OCCASIONALI: INCARICHI CONFERITI ED AUTORIZZATI AI DIPENDENTI PER LE ATTIVITÀ DI DOCENZA, FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE A COMMISSIONI D'ESAME

Come già chiarito con le circolari della Gestione Separata ENPAPI n. 12/2014 e n. 16/2014, rientrano nell'oggetto proprio della professione infermieristica tutte le attività previste dall'art. 1 del DM n. 739/94, recante "*Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere*", tra le quali sono espressamente comprese anche le attività di formazione del personale di supporto, l'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e la ricerca (art. 1, comma 4, DM n. 739/94).

Dunque, le attività di docenza, formazione e la partecipazione alle commissioni d'esame rientrano nell'oggetto proprio della professione infermieristica e, pertanto, il loro esercizio in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, anche se svolto contemporaneamente all'attività di lavoro

Come già chiarito con le circolari della Gestione Separata ENPAPI n. 12/2014 e n. 16/2014, rientrano nell'oggetto proprio della professione infermieristica tutte le attività previste dall'art. 1 del DM n. 739/94, recante "*Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere*", tra le quali sono espressamente comprese anche le attività di formazione del personale di supporto, l'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e la ricerca (art. 1, comma 4, DM n. 739/94).

Dunque, le attività di docenza, formazione e la partecipazione alle commissioni d'esame rientrano nell'oggetto proprio della professione infermieristica e, pertanto, il loro esercizio in qualsiasi forma diversa da quella subordinata, anche se svolto contemporaneamente all'attività di lavoro

dipendente, in modo saltuario o occasionale e produttivo di reddito trascurabile, costituisce presupposto per l'iscrizione obbligatoria e conseguente contribuzione ad ENPAPI.

Ciò posto, con particolare riferimento agli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti ex art. 53 del D.lgs n. 165/2001 aventi ad oggetto l'esercizio di attività di docenza, di formazione e la partecipazione a commissioni d'esame, si precisa quanto segue.

L'Infermiere dipendente, qualora intenda effettuare, in forza di autorizzazioni specifiche del datore di lavoro, attività rientranti nell'oggetto della professione infermieristica in via occasionale, non è obbligato all'apertura della partita Iva.

Sul punto si ricorda, infatti, che l'Agenzia delle Entrate, con la risoluzione n. 42/E del 12 marzo 2007, in un caso simile a quello in esame, ha individuato il trattamento fiscale ai fini IRPEF ed IVA di un medico dipendente di una struttura pubblica che svolgeva, dietro autorizzazione, attività di lavoro autonomo di consulenza medico legale precisando che *"qualora l'attività di consulenza abbia finalità assicurative o amministrative, e sia svolta con carattere di abitualità da parte del professionista, il relativo reddito (ritratto da un'attività tipicamente liberoprofessionale) dovrà essere assoggettato al regime proprio del reddito di lavoro autonomo, di cui all'art. 53 del TUIR. Risulta pertanto applicabile, in tale caso, la disciplina prevista per i redditi di natura professionale dell'art. 54 del TUIR, che implica, ovviamente, dal punto di vista dell'imposta sul valore aggiunto, il necessario possesso della partita IVA. Nel caso in cui, invece, l'attività di consulenza medico-legale sia prestata in maniera occasionale i relativi onorari saranno qualificati come redditi diversi, di cui all'articolo 67, comma 1, lett. l), del TUIR, in quanto trattasi di compensi derivanti da attività di lavoro autonomo non esercitate abitualmente. In tale ultima ipotesi, attesa la mancanza di abitualità nell'esercizio dell'attività, le operazioni restano escluse dal campo di applicazione dell'IVA per carenza del presupposto soggettivo. Ne deriva che il medico dipendente, in rapporto esclusivo, dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera, qualora intenda effettuare solo in via occasionale prestazioni medico-legali in forza di autorizzazioni specifiche dell'Ente, non è obbligato all'apertura della partita IVA".*

Ciò precisato, si evidenzia che, sotto il profilo fiscale e previdenziale, le forme di esercizio attraverso le quali gli Infermieri dipendenti possono svolgere, sempre previa autorizzazione del datore di lavoro, le suddette attività professionali, possono essere ricondotte alle seguenti fattispecie:

1° CASO: Lavoro autonomo con partita Iva

I compensi sono sempre trattati come redditi da lavoro autonomo (ex art. 53 TUIR), anche se l'attività è saltuaria o occasionale e produttiva di reddito inferiore a 5.000 euro.

L'importo lordo è soggetto ad IRPEF in base alla propria aliquota e a contribuzione presso la Gestione Principale ENPAPI.

Il professionista dovrà pagare in modo autonomo IRPEF e addizionali e versare i contributi alla Gestione Principale ENPAPI in modo autonomo e nella loro totalità, anche se l'attività è saltuaria o occasionale e produttiva di reddito inferiore a 5.000 euro.

2° CASO: Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa con pagamento tramite busta paga (nota 1).

I compensi sono sempre trattati come redditi assimilati a quello di lavoro dipendente (ex art. 50, comma 1, lettera c-bis) TUIR).

L'importo lordo è soggetto ad IRPEF in base alla propria aliquota e a contribuzione presso la Gestione Separata ENPAPI.

Il contributo è per 2/3 a carico del committente e per 1/3 a carico del collaboratore.

L'obbligo di versamento compete solo al committente, il quale verserà anche la quota a carico del lavoratore, oltre a IRPEF e addizionali, mediante trattenuta in busta paga all'atto della corresponsione del compenso.

3° CASO: Collaborazione Occasionale con pagamento tramite ricevuta

I compensi sono trattati come redditi diversi ex art. 67, comma 1, lett. I) TUIR.

L'importo lordo è soggetto ad IRPEF in base alla propria aliquota e a contribuzione presso la Gestione Separata ENPAPI.

Il contributo è per 2/3 a carico del committente e per 1/3 a carico del collaboratore.

L'obbligo di versamento compete solo al committente anche per la quota a carico del lavoratore, che viene pertanto trattenuta dal compenso, oltre a IRPEF.

L'IRPEF del 20% rappresenta un acconto di imposta, in dichiarazione il contribuente verserà una differenza se avrà un'aliquota maggiore e andrà a credito se inferiore.

Essendo soggetta già per i primi 5.000 euro a contribuzione presso la Gestione Separata ENPAPI, questa tipologia di collaborazione può essere utilizzata anche per importi superiori a 5.000 euro annui, se assoggettata sempre a contribuzione.

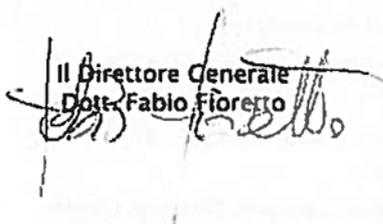
In tutti e tre i casi, sotto il profilo fiscale, non ci sono variazioni: il reddito aggiuntivo a quello di lavoro dipendente verrà tassato allo stesso modo in quanto, seppur redditi differenti (la partita Iva afferisce ad un reddito di lavoro autonomo, il contratto di collaborazione coordinata e continuativa comporta la produzione di reddito assimilato a quello di lavoro dipendente; la collaborazione occasionale è invece un reddito diverso), vanno tutti a sommarsi al reddito di lavoro dipendente e quindi la tassazione totale IRPEF non cambierà.

Ciò che cambia è esclusivamente l'aspetto previdenziale.

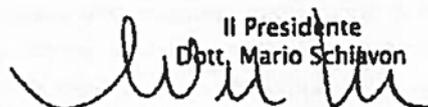
Nel primo caso, trattandosi di lavoro autonomo (che nel caso delle docenze e delle partecipazioni alle commissioni d'esame viene impropriamente definito "occasionale" per sottolineare il carattere della saltuarietà o episodicità dell'attività svolta), i redditi sono soggetti a contribuzione presso la Gestione Principale ENPAPI ed il professionista Infermiere dovrà provvedere lui stesso al versamento dell'intero contributo previdenziale dovuto.

Nel secondo e nel terzo caso, invece, trattandosi di Collaborazioni Coordinate e Continuative o Collaborazioni Occasionali, i compensi sono soggetti a contribuzione presso la Gestione Separata ENPAPI, gli adempimenti dichiarativi e contributi sono posti esclusivamente a carico del committente ed al collaboratore verrà trattenuto un importo più basso, ovvero solo 1/3 del contributo totale.

Il Direttore Generale
Dott. Fabio Fiorello



Il Presidente
Dott. Mario Schiavon



Nota 1. Si ricorda che i principali requisiti tipici della collaborazione coordinata e continuativa sono: 1) l'autonomia, il collaboratore decide autonomamente le modalità di esecuzione della prestazione, tuttavia non impiega propri mezzi organizzati, bensì, ove occorra, quelli del committente; 2) il potere di coordinamento con le esigenze dell'organizzazione aziendale esercitato dal committente, quale unico limite all'autonomia operativa del collaboratore che in ogni caso non può essere tale da pregiudicare l'autonomia operativa e di scelta del collaboratore nell'esecuzione della prestazione; autonomia che continuerà quindi ad esplicarsi all'interno delle pattuizioni convenute; 3) la prevalente personalità della prestazione; 4) la continuità che va ravvisata non tanto e non solo nella reiterazione degli adempimenti, che potrebbe anche mancare in virtù delle peculiarità specifiche dell'attività lavorativa, quanto nella permanenza nel tempo del vincolo che lega le parti contraenti. In mancanza di tale requisito, e del correlato potere di coordinamento e del vincolo funzionale, si delinea invece la fattispecie della prestazione occasionale (v. Collaborazione Occasionale).

Dal nazionale La violenza sugli operatori



La violenza sul posto di lavoro è un problema che investe i paesi di tutto il mondo. La reale dimensione del problema non è nota, ma si crede che i dati raccolti siano soltanto la punta di un iceberg. Il rischio di subire aggressioni per gli operatori sanitari è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza.

Dal punto di vista statistico non esiste una rilevazione esaustiva degli atti di violenza sugli operatori, ma secondo una ricerca spagnola pubblicata sull'*International Journal of Occupational and Environmental Health*, le aree a tasso di rischio più elevato sono i servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale. Nel settore sanitario, socio-sanitario e in modo particolare nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche, secondo la ricerca, le aggressioni fisiche hanno raggiunto rispettivamente il 48% e il 27% degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l'82 e il 64% degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce. La Federazione Nazionale Collegi IPASVI, nell'esprimere solidarietà a tutti i colleghi che sono stati vittima o che rischiano di esserlo durante l'espletamento delle proprie funzioni presso le strutture sanitarie, giudica gli atti di

violenza sui professionisti inaccettabili chiede di attivare ogni forma di intervento utile per garantire la sicurezza degli operatori e lo sviluppo di programmi di sorveglianza sulla sicurezza dei professionisti sanitari con la messa a punto di sistemi di valutazione dell'efficacia delle azioni di controllo e la predisposizione di piani di sicurezza. In questo senso si ritiene prioritaria l'istituzione di un Osservatorio nazionale articolato in tutte le Regioni sul fenomeno della violenza negli ambienti di ricovero e di assistenza che indichi la strada e gli strumenti per controlli rigorosi e continui e la possibilità di interventi immediati e decisi a tutela degli operatori e che stimoli attività di informazione, formazione e promozione in materia di sicurezza dell'attività di cura e tutela della salute mettendo in campo le attività necessarie alla valutazione del rischio, anche attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche diverse, monitori i dati relativi a strutture e presidi sanitari considerati a rischio. Per poter realizzare queste necessarie innovazioni e per poter elaborare la migliore strategia di tutela dei propri professionisti che nelle strutture a rischio rappresentano comunque oltre il 50% degli operatori, la Federazione e i Collegi provinciali dichiarano la propria disponibilità a collaborare con le istituzioni sia a livello centrale che locale per contrastare e sconfiggere il fenomeno in argomento.

Vaccini e vaccinazioni

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi riconosce l'urgenza e la necessità per la salute pubblica di un'efficace ed efficiente politica vaccinale, ben sottolineata anche dalle organizzazioni internazionali - Oms, Onu, Commissione europea -, evidenziando a più riprese i dati dei successi mondiali dei vaccini nel salvare centinaia di migliaia di vite e considerano che la copertura vaccinale in Italia è scesa sotto il 95% previsto a livello internazionale per garantire l'immunità di gregge. In tutto il mondo, secondo le fonti internazionali, oltre 100 milioni di bambini vengono vaccinati ogni anno contro le malattie come difterite, tetano, pertosse, tubercolosi, poliomielite, morbillo ed epatite B e la vaccinazione previene circa 2,5 milioni di morti ogni anno.

In Europa si stima che la vaccinazione contro l'influenza stagionale possa impedire fino a 37.000 morti ogni anno e questo nonostante il fatto che solo 80 milioni di persone sono vaccinate rispetto ai 180 milioni di cittadini europei per i quali è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi afferma

che la professione infermieristica, come le altre professioni intellettuali nel campo sanitario, aderisce ai principi dell'etica professionale che guida scienza e coscienza degli infermieri in scelte che vanno anche al di là delle indicazioni delle linee guida e rispondono al principio inderogabile di tutela della salute delle persone.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, sostiene gli infermieri quali professionisti sanitari che contribuiscono all'interno delle equipe territoriali insieme a medici e assistenti sanitari, alle vaccinazioni, sottolinea che questa attività fa parte di quelle che hanno fondamento naturale nel loro profilo professionale e nel Codice deontologico dove si indica che la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura, nella prevenzione e riabilitazione della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi riconosce la necessità delle campagne vaccinali ed è pronta a contribuire in modo diretto attraverso i suoi professionisti all'informazione e all'educazione alla salute

che deve essere la base di una nuova cultura della popolazione, in linea con la comunità scientifica nazionale internazionale che riconosce alle vaccinazioni un ruolo essenziale a livello di prevenzione e di lotta alle principali malattie diffuse.

L'infermiere per sua natura e per il contenuto della sua preparazione professionale è la figura che negli ambulatori vaccinali dove opera con la figura del pediatra e dell'assistente sanitario può maggiormente interagire con le persone.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi - firmataria anche della Carta di Pisa sulle vaccinazioni negli operatori sanitari per riconoscere il valore della vaccinazione soprattutto tra i professionisti - sottolinea la necessità che il suo ruolo, per ottenere i migliori risultati, tenda in termini di empowerment dei pazienti, a comunicare in modo intenzionale con l'assistito e agevolare così la scelta vaccinale.

Solo in questo modo l'operatore sanitario sarà in grado di fornire informazioni complete, creando le condizioni per una corretta valutazione del rapporto rischio-beneficio delle vaccinazioni stesse.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi ritiene che tale risultato sia più facilmente ottenibile se il personale è stabilmente dedicato alle vaccinazioni, inserito in équipe che condividono le conoscenze e le scelte operate in tema di vaccinazioni a livello nazionale, regionale e locale. E questo anche se con l'introduzione dell'obbligo vaccinale per decreto si sono notevolmente intensificate le ore-lavoro degli infermieri e dei professionisti sanitari che si occupano della materia.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi ritiene che ancora una volta la sfida sia sull'organizzazione dei servizi anche come risposta al nuovo piano nazionale vaccini che sta dispiegando gli effetti dal 2017. La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi in questo senso è pronta a dare la massima collaborazione in termini di attività professionale e progettuale alle istituzioni preposte alla programmazione e assicura ai suoi assistiti e alla comunità scientifica la presenza attiva degli infermieri e assistenti sanitari, come sempre finora dimostrato nonostante le pesanti carenze di organici, per far fronte ai bisogni dei pazienti.

Servizio di Pronta Disponibilità



1) CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO DI PRONTA DISPONIBILITÀ

Servizio di Pronta Disponibilità (SPD)

Il SPD è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere la struttura nel tempo previsto con modalità stabilite ai sensi del comma 3¹ (Art 7 comma 1 CCNL del Comparto Sanità 20/9/2001 integrativo del CCNL 07/04/1999).

Il SPD ha lo scopo precipuo di garantire solo ed esclusivamente prestazioni per situazioni di acclarata emergenza. Non può essere quindi utilizzato per prestazioni relative ad eventi ordinari e/o interventi di elezione.

Il SPD si svolge oltre e al di fuori del normale orario di lavoro e servizio.

Secondo la **Corte di Cassazione**, in generale, il Servizio di Pronta Disponibilità è "La reperibilità, che è prevista dalla disciplina collettiva, si configura come una prestazione

strumentale ed accessoria qualitativamente diversa dalla prestazione di lavoro, consistendo nell'obbligo del lavoratore di porsi in condizione di essere prontamente rintracciato, fuori del proprio orario di lavoro, in vista di un'eventuale prestazione lavorativa e di raggiungere in breve lasso di tempo il luogo di lavoro per eseguirvi la prestazione richiesta (Cass. Sez. lav. 09/09/1991. n. 9468).

Si tratta quindi di un obbligo, di un vincolo, ma anche di una prestazione di lavoro (seppur strumentale ed accessoria) qualitativamente diversa da quella effettiva. Quindi quando si svolge SPD non si è in riposo pieno e incondizionato² perché si hanno delle limitazioni alla propria libertà sia di movimento che di scelta su come impiegare il proprio tempo.

Quindi abbiamo ai due antipodi
Prestazione di lavoro effettiva ←→ Riposo effettivo
Tra prestazione di lavoro ef-

fettivo e riposo effettivo si collocano altre 2 situazioni. Guardia attiva e Servizio di Pronta Disponibilità che sono caratterizzati entrambi da una situazione di "essere a disposizione del datore del lavoro in vista di una eventuale prestazione lavorativa" con l'unica differenza del **luogo di attesa**: il luogo di lavoro per la guardia attiva, il proprio domicilio o altro luogo scelto dal lavoratore ma che gli consenta di raggiungere nel più breve tempo possibile il luogo di lavoro per il Servizio di Pronta Disponibilità.

La Guardia attiva è considerata orario di lavoro normale a tutti gli effetti (anche se non si esegue alcuna prestazione effettiva), mentre il Servizio di Pronta Disponibilità è considerato una prestazione strumentale ed accessoria qualitativamente diversa dalla prestazione di lavoro effettivo. Solamente il Lavoro prestato a seguito di chiamata durante il SPD è considerato lavoro effettivo che si configura come lavoro straordinario

oltre l'orario di lavoro (vedi fig. 1).

Per il personale del comparto sanità il SPD è disciplinato dall'Art 7 del CCNL 20/09/2001 integrativo del CCNL 07/04/1999 (d'ora in poi art. 7).

Programmazione del SPD

All'inizio di ogni anno le aziende predispongono un piano annuale per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica, ai profili professionali necessari per l'erogazione delle prestazioni nei servizi e presidi individuati dal piano stesso ed agli aspetti organizzativi delle strutture (Art 7 comma 2).

Non si tratta di una eventualità ma di un obbligo per le Aziende.

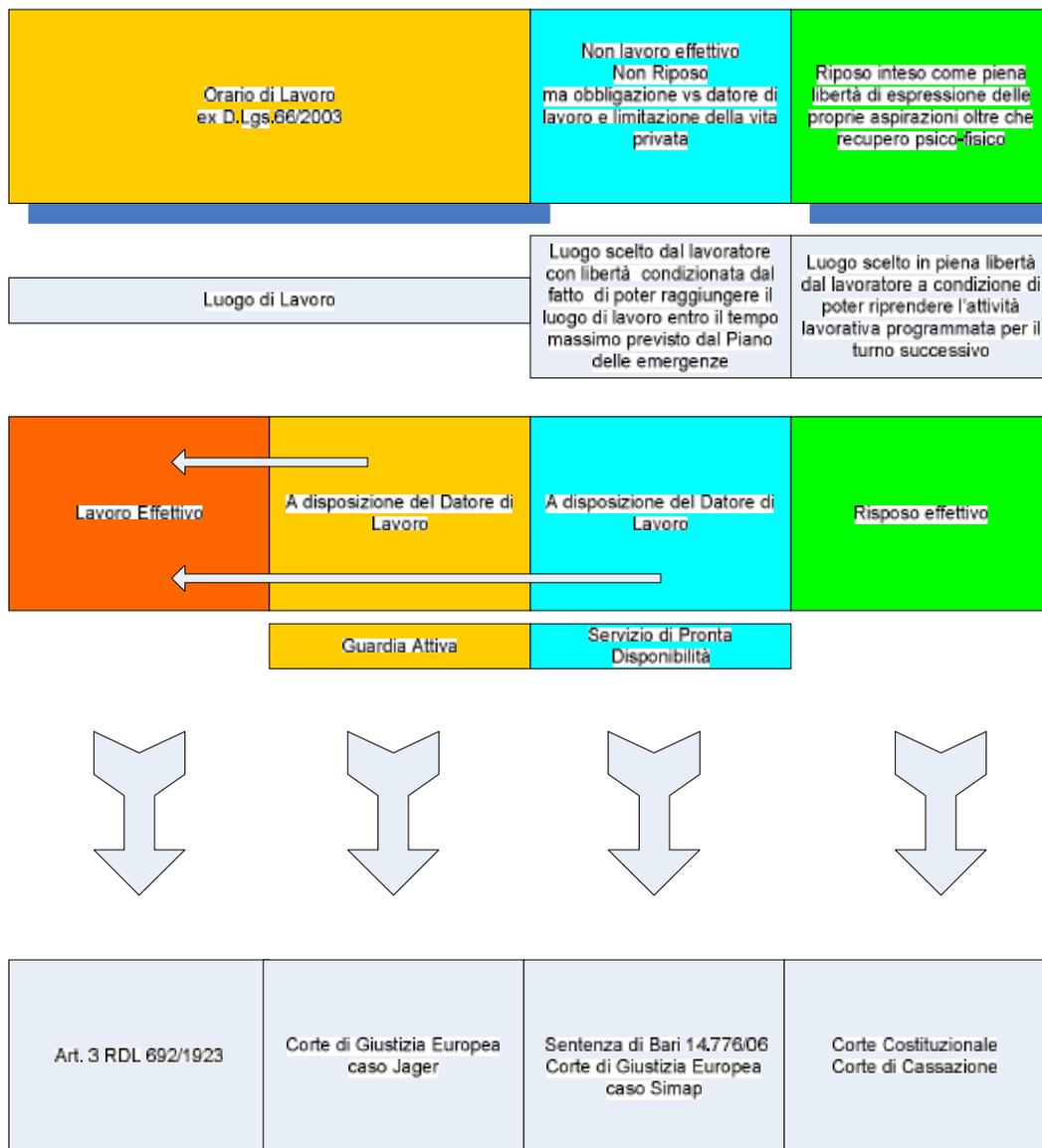
Nell'ambito del Piano annuale per le emergenze devono essere definite in particolare per ogni Unità Operativa e/o Servizio:

- 1) Orari di inizio e termine del turno di SPD (distinti tra turno notturno e turno festivo)

¹ Le modalità di cui al comma 1 ed i piani per l'emergenza sono definiti con le procedure della concertazione di cui all'art. 6, comma 1 lett. b) del CCNL 7 aprile 1999.

² Questa tesi è sostenuta anche nelle conclusioni dell'avvocato generale nella causa C-303/98 Simap della Corte di Giustizia europea al punto 38.

FIGURA 1



2) N° di persone, per ciascuna categoria e profilo professionale, programmabili in ciascun turno.

Il Piano deve essere redatto nel pieno rispetto dei limiti previsti dall'Art. 7 comma 6, 7 e 10.

COMMA 6

Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai **turni notturni** ed ai giorni festivi. La pronta disponibilità **ha durata di dodici ore**. Nel caso in cui esso cada in giorno festivo **spetta un riposo compensativo** senza riduzione del debito orario settimanale.

COMMA 7

Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo nei giorni festivi.

COMMA 10

Di regola non potranno essere previste per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità al mese.

Per questo motivo il Piano deve contenere la verifica esplicita che il n° di turni di SPD pro/capite in ciascuna UUOO e/o Servizio non superi il numero max di 6 al mese previsto dal comma 10 Art. 7 CCNL 20/9/2001. La predisposizione del piano costituisce la premessa sulla cui base deve essere

organizzato il servizio **così da evitare che di esso ci possa essere un uso irregolare e distorto.**

Solo in quanto siano state periodicamente esaminate le necessità e le urgenze è difatti possibile regolamentare in maniera corretta il servizio aggiuntivo di pronta disponibilità ed è possibile valutare se la regolamentazione scelta è rispondente a tali **esigenze tenuto conto degli organici e dei profili professionali coinvolti.**

Il fatto stesso che nel CCNL sia stata prevista la redazione di un piano annuale evidenzia come sia ritenuto essenziale, ai fini proprio

della strutturazione del servizio, un esame periodico della situazione delle urgenze che, **per effetto di una serie di circostanze, tra cui la variazione degli organici, è suscettibile di evoluzioni o cambiamenti.**

Infatti la dotazione organica del personale che opera nelle UUOO e /o Servizi deve essere commisurata al rispetto del comma 10 Art. 7 CCNL 20/9/2001: "Di regola non potranno essere previste per ciascun dipendente più di **sei** turni di pronta disponibilità al mese"

Il limite di 6 turni di SPD al mese **non può** essere derogato facendo appello al comma 13 del succitato art. 7: "le aziende potranno valutare con le procedure di cui all'art. 6 co.l lett. b) CCNL 7.4.99, eventuali **ulteriori situazioni** in cui ammettere la pronta disponibilità in base alle proprie esigenze organizzative".

La norma in oggetto va letta in relazione a quanto stabilito ai due commi precedenti i quali individuano i dipendenti che possono svolgere la pronta disponibilità limitandoli agli addetti alle attività operatorie e nelle strutture di emergenza (comma 11) ovvero al personale elencato alle lettere a) e b) del comma 12 in quanto si verifichino **eccezionali esigenze di funzionalità** della struttura.

Il comma 13 prevede che al di là di tali ipotesi possono verificarsi "**ulteriori e diverse situazioni**" per le quali si rende necessario, in considerazione di particolari necessità organizzative, estendere il servizio di pronta disponibilità, e **pertanto tale comma va**

referito esclusivamente alle categorie che possono essere coinvolte.

Esso quindi nulla ha che fare con le modalità, i tempi di svolgimento e il numero di turni massimi pro/capite al mese consentiti del servizio che restano sempre e comunque per tutto il territorio nazionale quelli stabiliti dai commi 6 e 10.

“Ogni determinazione diversa è pertanto illegittima perché in violazione di quanto previsto dal CCNL 20/9/2001 integrativo del CCNL 07/04/1999”. **(Sentenza n. 2210 Tribunale di Milano 18/6/2007)**

Il piano per l'anno t è il documento finale di un processo di analisi che confronta:

- da una parte le situazioni di emergenze verificatisi in ogni UUOO nell'anno t-1 oltre a quelle previste per l'anno t e
- dall'altra le risorse a disposizione, suddivise per tipologia, per affrontare tali emergenze.

Per le **risorse umane**, la contrattazione collettiva nazionale pone dei vincoli inderogabili per la tutela dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, quali:

- il numero massimo di 6 turni al mese pro/capite (di cui massimo due nei giorni festivi);
- la durata massima di 12 ore per un turno.

Infatti il Servizio di Pronta Disponibilità, svolgendosi oltre e al di fuori dell'orario di lavoro, se non è correttamente e legittimamente regolamentato nel rispetto del CCNL, impatta negativamente e pesante-

mente nella salute e nella vita privata delle persone compiendo una invasione ed un esproprio del tempo pienamente disponibile ai lavoratori per sé stessi e la propria famiglia.

Alla verifica delle compatibilità tra:

- domanda di situazioni di emergenza e;
- offerta di risorse (con i vincoli stabiliti a tutela delle risorse umane)

nascono le conseguenti decisioni della Direzione Aziendale:

- a. adeguare gli organici in SPD per far fronte al volume delle emergenze previste;
- b. escludere dall'offerta dell'Azienda alcuni servizi di emergenza per mancanza di risorse.

La conclusione del processo di analisi e decisione è quindi la redazione del Piano che non può esaurirsi in una serie di tabelle contenenti solo gli orari ma deve esplicitare ed evidenziare il rispetto dei vincoli posti dal CCNL.

“La mancata realizzazione del piano annuale fa venire meno la legittimità del servizio di pronta disponibilità così come realizzato atteso che non è dato sapere se esso effettivamente risponde al quadro delle urgenze della struttura nella quale si inserisce” (Tribunale di Milano sentenza 2210/2007).

La disposizione dell'art 7 quindi prosegue al comma 3 dicendo che le:

- modalità operative di esecuzione del servizio di pronta disponibilità ed;

- i piani per l'emergenza

sono definiti con le procedure di concertazione.

Quindi l'azienda in base all'art 6 CCNL 07/04/1999 deve preventivamente fornire a OOSS e RSU tutte le informazioni necessarie e poi tenere in considerazione tutte le proposte e osservazioni da queste promosse per il Piano.

L'azienda ospedaliera deve dotarsi inoltre di un regolamento (concertato con OOSS e RSU) che stabilisca sia i modi e gli strumenti attraverso i quali convocare il personale soggetto all'obbligo di reperibilità sia i tempi massimi concessi per il raggiungimento della struttura. È necessario che ci sia una registrazione delle convocazioni per evitare possibili contenziosi giudiziari.

Quando può essere programmato il SPD?

Il SPD è limitato ai turni notturni (indicativamente 19:30-7:30 o 20:00-8:00) ed ai giorni festivi (Art. 7 Comma 6).

Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo nei giorni festivi (Art. 7 comma 7).

Non è consentito quindi utilizzare il SPD per i giorni feriali diurni (indicativamente 7:30-19:30 o 8:00-20:00) o frazioni di essi.

I turni di SPD devono essere programmati in modo tale che, in caso di chiamata, non sia mai interrotto il

periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive ogni 24, e il periodo minimo di riposo settimanale di 11+24 ore (artt. 7 e 9 D.Lgs 66/2003).

Il SPD, in quanto servizio di emergenza, non può essere programmato in parallelo con il servizio istituzionale ordinario né in concomitanza con servizi o attività extra-istituzionali. Qualsiasi programmazione al di fuori di tali limiti è illegittima, come ha ribadito il Tribunale di Milano con sentenza n. 2210 del 18/06/2007 e risultano nulli eventuali accordi tra Azienda e OOSS-RSU in deroga a tali limiti.

Durata di un turno e indennità

La pronta disponibilità ha **durata di dodici ore** e dà diritto ad una indennità di **€ 20,65** per ogni dodici ore. (Art. 7 comma 6).

Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata, i quali, comunque, non possono essere inferiori alle quattro ore, l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla sua durata, **maggiorata del 10%** (Art. 7 comma 7).

Non possono essere, ovviamente, previsti, a carico del dipendente, due o più turni di pronta disponibilità consecutivi o turni maggiori delle 12 ore (es. turni da 13-24-36-48 ore)



Tabella 1

Mese di:											
U.O.:		Nominativo Dipendente:									
N° SPD		1	2	3	4	5	6	7	8	9	...
		Data									
Turni di Servizio di Pronta Disponibilità	Feriale (20-8)										
	Festivo (8-20)										
	Festivo (20-8)										
Con Chiamata	Chiamata										
	1° chiamata										
	2° chiamata										
	3° chiamata										

Il SPD di 12 ore non potrà mai essere programmato senza soluzione di continuità con il turno di lavoro normale (pena la violazione del riposo minimo di 11 ore giornaliere ogni 24). Anche in questo caso il Tribunale di Milano con sentenza n. 2210 del 18/06/2007 ha ribadito l'illegittimità dei turni di durata maggiore e la nullità di eventuali accordi tra Azienda e OSSS, Rsu in deroga al limite delle 12 ore.

Disciplina della chiamata

In caso di chiamata l'attività viene computata come lavoro straordinario ai sensi dell'art. 34 del CCNL 7 aprile 1999, come modificato dall'art. 39 del CCNL 20/09/2001, ovvero trova applicazione l'art. 40³ del CCNL 20/09/2001. (Art. 7 comma 9).

N° massimo di turni di SPD nell'arco del mese

Come stabilito dall'Art 7 comma 10 del CCNL di regola (ovvero tassativamente

te salvo casi eccezionali) non possono essere previsti più di 6 turni di SPD al mese per ogni lavoratore.

Anche in questo caso il Tribunale di Milano con sentenza n. 2210 del 18/06/2007 ha ribadito l'illegittimità della programmazione del SPD che ecceda il massimo di 6 al mese per dipendente e la nullità di eventuali accordi tra Azienda e OSS, Rsu in deroga a tale limite.

Per consentire alle O.O.S.S. e RSU la verifica del rispetto di questo art. del CCNL, e a tutela della salute, sicurezza e dignità dei dipendenti, è opportuno richiedere che l'Azienda invii mensilmente alle O.O.S.S. e RSU un report, per singolo dipendente del comparto sanità tenuto al SPD, con tutti i record che evidenziano la dinamica di svolgimento delle SPD secondo il prospetto rappresentato in Tabella 1.

Servizio di PD in giornata festiva

L'Art. 7 comma 6 recita:

"Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi.

Nel caso in cui esso cada in giorno festivo spetta un riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale. (...)"

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica⁴, ha spiegato che l'inciso "senza riduzione del debito orario settimanale" va interpretato ed applicato nel senso che **nel debito orario settimanale va computata anche la giornata in cui sia stata resa la pronta disponibilità**. Ha infatti una mera funzione dichiarativa nel senso di chiarire (e rassicurare le parti del rapporto lavorativo) che, ove il dipendente svolga pronta disponibilità in giornata festiva e fruisca poi del riposo compensativo continuando per gli altri giorni della settimana a svolgere il normale orario, **il suo monte/debito orario non deve ritenersi reso in**

maniera ridotta, ma deve ritenersi comunque integro proprio per il computo in esso della giornata di pronta disponibilità.

Si evidenzia che al dipendente "spetta" un riposo compensativo. L'articolo 7 comma 6 non specifica (a differenza di altri articoli del CCNL) che il dipendente debba chiedere il riposo compensativo. Gli **spetta**, come gli spetta la retribuzione (il lavoratore non deve chiedere la retribuzione per averla!!!). Quindi il riposo compensativo va programmato in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 20 comma 2 del CCNL 1/09/1995⁵.

Anche la Regione Lombardia con nota H.1.2007.0026401 del 06/06/2007 - avente ad oggetto l'Orario di lavoro D.lgs. 66 dell'8.04.2003 - ha fatto presente che **"il turno di pronta disponibilità è da considerarsi a tutti gli effetti quale turno di lavoro effettivo"**.

Inoltre con nota successiva prot. N. H 1.2007 0030588 del 28/06/2007 ha chiarito che **"la giurisprudenza nazionale tende a non includere la pronta disponibilità nei turni di riposo sul presupposto che per aversi effettivo riposo e dunque piena integrazione psichica e fisica del lavoratore lo stesso non deve avere altri obblighi, nei confronti del datore di lavoro, che quello di tenersi pronto per la ripresa del normale servizio"**. In tal modo ha chiarito che la pratica attuata dalle

³ Banca delle Ore

⁴ Pareri n. 4750 del 21.07.1997; n. 2575 dei 03.06.1998; n. 10016 del 30.11.1998

⁵ "Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito di norma entro la settimana successiva, in giorno concordato fra il dipendente ed il dirigente responsabile della struttura, avuto riguardo alle esigenze di servizio".

Aziende ospedaliere e/o Sanitarie di considerare riposo il periodo relativo al SPD prestato in giornata festiva risulta illecita secondo la giurisprudenza italiana.

Ne consegue che a seguito di SPD prestato in giornata festiva spetta un riposo compensativo e il SPD, poiché non è riposo, va conteggiato all'interno del debito orario. Pertanto il dipendente deve rendere all'Azienda 30 ore di attività lavorativa nella settimana entrante perché 6 ore sono già state rese con il SPD prestato in giornata festiva. Interpretazioni autentiche fornite da Aran e OOSS firmatarie di CCNL in altri comparti (es. Autonomie locali del 21/06/2007) non hanno alcuna efficacia per il Comparto Sanità. Il Consiglio di Stato, nel parere n. 955 del 2001, ha ritenuto che gli accordi interpretativi, ai fini della loro validità, devono essere sottoscritti da **tutti i soggetti** che hanno a suo tempo stipulato **il contratto collettivo da interpretare**. Autonomie locali e Sanità sono due CCNL diversi come sono diversi i sindacati firmatari.

Riassumendo nel caso in cui il SPD (anche senza chiamata) cada in giornata festiva:

- al dipendente **spetta** incondizionatamente una giornata di riposo compensativo;
- la giornata di riposo compensativo deve essere fruita **entro la settimana successiva**, in giorno concordato preventivamente fra il dipendente ed il dirigente responsabile della struttura, avuto riguardo alle esigenze

di servizio. Il dipendente quindi non deve avanzare nessuna richiesta;

- il monte/debito orario del dipendente per la settimana successiva deve ritenersi integro proprio per il computo in esso della giornata di pronta disponibilità.

Chi può svolgere SPD

Possono svolgere la pronta disponibilità solo i dipendenti addetti alle attività operatorie e nelle strutture di emergenza.

Sono pertanto esclusi:

- a) Tutto il personale delle categorie A, B, C, D profili del ruolo amministrativo;
- b) il personale appartenente alle categorie A, C, D profili del ruolo tecnico;
- c) per il personale del ruolo sanitario appartenenti alla categoria D, i profili della riabilitazione e caposala. (art. 7 comma 11).

Ai seguenti profili professionali è consentita la pronta disponibilità per **eccezionali esigenze** di funzionalità della struttura:

- a) personale del ruolo tecnico appartenente alla categoria B di entrambe le posizioni economiche B e Bs;
- b) personale del ruolo sanitario appartenente alla categoria D, livello economico Ds. (Art. 7 comma 12).

Le aziende potranno valutare con le procedure di cui all'art. 6, comma 1, lett. b) CCNL 7 aprile 1999, eventuali ulteriori situazioni in cui ammettere la pronta disponibilità, in base alle proprie esigenze organiz-

zative (Art. 7 comma 13). Il Tribunale di Milano con sentenza 2210 del 18/06/2007 ha precisato che il comma 13 dell'art. 7 va letto "in relazione a quanto stabilito ai due commi precedenti i quali individuano i dipendenti che possono svolgere la pronta disponibilità limitandoli agli addetti alle attività operatorie e nelle strutture di emergenza (co. 11) ovvero al personale elencato alle lettere a) e b) del co. 12 in quanto si verifichino **eccezionali esigenze** di funzionalità della struttura.

Le parti contraenti, tuttavia, rendendosi conto che al di là di tali ipotesi possono verificarsi "ulteriori" e diverse situazioni per le quali si rende necessario, in considerazione di particolari necessità organizzative, estendere il servizio di pronta disponibilità, hanno inserito il comma in esame il quale va pertanto riferito esclusivamente alle categorie che possono essere coinvolte. **Esso pertanto nulla ha che fare con le modalità, i tempi di svolgimento e il numero di turni massimi pro/capite al mese consentiti del servizio che restano sempre e comunque per tutto il territorio nazionale quelli stabiliti dai commi 6 e 10.** Altre determinazioni e/o accordi sono **illegittimi** perché in violazione di quanto previsto dal CCNL 20/9/2001 integrativo del CCNL 07/0472007.

"Il servizio di pronta disponibilità è organizzato utilizzando di norma personale della stessa unità operativa" (art. 7 comma 5)

Le parti negoziali utilizzan-

do **"di norma"** hanno inteso esprimere un concetto giuridicamente molto preciso: deve essere tassativamente il personale di quella unità operativa a coprire il servizio, perché esperto delle metodiche e procedure che in quel servizio si svolgono. Non si può utilizzare chiunque, anche a parità di profilo professionale altrimenti si svilisce sia la professionalità che la preparazione degli operatori di un gruppo ed allo stesso tempo pone il cittadino in una situazione di minore sicurezza.

2) NOTA DI ESTREMA IMPORTANZA SUL LAVORO FRAZIONATO

Con il SPD **non** si configura l'ipotesi di lavoro frazionato. Infatti

- a) l'**attività** svolta dal personale medico, infermieristico e tecnico **non** è caratterizzata da periodi di lavoro frazionati durante la giornata. Infatti si tratta di attività che non ha caratteristiche intrinseche per le quali debba essere frazionata (come invece ad esempio può risultare essere l'attività svolta dagli addetti alle pulizie ex Art 17 comma 2 punto b) D.Lgs.66/2003). Al contrario il SPD si caratterizza per garantire **continuità** del servizio per le situazioni di emergenza.

Chi è chiamato nel pieno della notte a svolgere attività di emergenza dopo che ha già pienamente reso il proprio debito orario giornaliero non può vedersi derubato anche dei periodi di riposo minimi giornalieri

previsti per tutti lavoratori (anche quelli che svolgono di gran lunga mansioni meno critiche per la salute altrui). Un medico o un infermiere che hanno lavorato tutto il giorno in sala operatoria e poi di notte vengono richiamati al lavoro per una o più urgenze non si può pretendere che il mattino seguente riprendano tranquillamente un'altra giornata lavorativa nessun di certo vorrebbe essere il paziente della seduta operatoria mattutina con medici e infermieri stralunati e non riposati. È proprio questo il motivo per cui il D.Lgs. 66/2003 non esclude il personale medico, infermieristico e tecnico dal riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive.

Infatti il lavoro frazionato è previsto esplicitamente dal D.Lgs.66/2006 per gli addetti alle pulizie per la caratteristica di questa attività che prevede la pulizia negli uffici prima dell'inizio dell'apertura e dopo la chiusura degli stessi quindi di giocoforza si tratta di attività frazionata.

b) il lavoratore programmato in SPD ha già svolto il proprio orario normale di lavoro. Infatti caratteristica del SPD è di svolgersi oltre l'orario di servizio. Per questo motivo le ore per prestazioni svolte a seguito di chiamata sono, a scelta del dipendente, retribuite in qualità di lavoro straordinario o recuperate.

Ogni eventuale accordo tra azienda e RSU teso a far artatamente configurare l'attività del personale in SPD come **attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata** risulta, giocoforza, nullo poiché contrario a norme imperative.

Il D.Lgs. 66/2003 individua invece tra le attività svolte dal personale medico, infermieristico e tecnico anche quelle **caratterizzate dalla necessità di assicurare la continuità del servizio (...) quando si tratta di servizi relativi all'accettazione, al trattamento o alle cure prestati da ospedali (...)** (Art.17 comma 2 lettera c) punto 1)).⁶

È possibile derogare all'art. 7 (Riposo giornaliero) del D.Lgs 66/2003 per le attività di cui sopra **solo** mediante Contratto collettivo nazionale o in mancanza di disciplina collettiva, mediante decreto del Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali. È ufficiale che il Ministero del lavoro non concerterà alcun decreto in merito e solo i prossimi CCNL potranno eventualmente introdurre deroghe nei limiti stabiliti dal D.Lgs. 66/2003.

Mentre **non** è possibile derogare all'Art. 9 (Riposo settimanale) del D.Lgs 66/2003 **nemmeno** tramite CCNL o mediante decreto del Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Anche la **Regione Lombardia** con nota H.1.2007. 0026401 del 06/06/2007 - avente ad oggetto l'Orario di lavoro D.lgs. 66 dell'8.04.2003 - ha fatto presente che la materia disciplinata dal D.Lgs.66/2003 "afferisce alla sfera dei diritti indisponibili e che pertanto a **nulla rileva né la stipula di accordi sindacali a livello aziendale né il consenso del lavoratore interessato per una turnistica in deroga alla normativa citata**".

Quindi, in ultima analisi, nessun accordo aziendale e/o nessuna decisione aziendale può derogare il D.Lgs. 66/2003 in particolare modo per i periodi minimi di riposo giornaliero e settimanale, pena le sanzioni previste dall'art-18 bis dello stesso decreto e i sicuri ricorsi avanti il giudice del Lavoro che i dipendenti, se necessario, potranno.

3) PROPOSTE DI MODIFICA DELL'ART. 7:

A. Poiché l'indennità per SPD non è mai stata aggiornata dal 1990, si richiede (per tener conto della notevole perdita del potere di acquisto patita in 17 anni dal personale dipendente) che **tale indennità sia rivalutata, in base ai coefficienti Istat, a 38 €.**

L'Art. 7 comma 14 del CCNL 20/9/2001 prevede infatti che:

- la contrattazione inte-

grativa, (...) potrà (...) rideterminare l'importo dell'indennità di cui al comma 6 del presente articolo.

Si richiede che il differenziale tra l'indennità attuale (20,65 €) e quella richiesta (38 €) venga finanziato esclusivamente con risorse a carico del bilancio aziendale.

Si rammenta che in molte altre Aziende l'importo previsto dal CCNL è stato aumentato.

B. Si chiede che venga introdotta **un'indennità di chiamata** pari a 32 € per ogni singola chiamata all'interno anche dello stesso turno di SPD con la ratio che chi è chiamato a svolgere prestazioni durante il turno di SPD sopporta costi aggiuntivi per raggiungere l'azienda rispetto a chi non svolge tali prestazioni⁷. Inoltre attualmente chi viene chiamato durante il SPD viene remunerato solamente con le maggiorazioni previste per il lavoro straordinario al pari ad. es di chi effettua lavoro straordinario prolungando semplicemente l'orario di lavoro normale all'interno della struttura. Invece chi è convocato al lavoro durante il SPD comincia a sottrarre tempo alla propria vita privata dal momento della chiamata e ritorna a disporre del proprio tempo quando è rientra-

⁶ A questo proposito anche la Regione Lombardia con nota H.1.2007. 0026401 del 06/06/2007 - avente ad oggetto l'Orario di lavoro D.lgs. 66 dell'8.04.2003 - pone in evidenza l'Art 17 comma 2 lettera c) per individuare l'attività caratterizzante le Aziende Ospedaliere e Sanitarie.

⁷ In base alle Tabelle ACI dei costi kilometrici ipotizzando l'utilizzo di una Punto 1.2 con percorrenza annua di 10.000 km, 15 km per raggiungere l'azienda e 15 per tornare a casa abbiamo: 30 km x 0,443 € di costo kilometrico = 13,29 € alle quali si devono aggiungere le imposte -> 17,25. ½ h per prepararsi e raggiungere l'azienda e ½ h per ritornare e ritornare a letto o alle proprie attività = 1 ora x 14,62 € (valore medio degli straordinari) Totale lordo 32 €.

to a casa. Quindi questa indennità rappresenta anche un ristoro per questo tempo sottratto al dipendente, che invece non viene sottratto a chi svolge lavoro straordinario semplicemente prolungando il normale orario di lavoro (ad es. il ragioniere che si ferma 1 ora in più in ufficio amministrativo).

Per tali indennità si provveda esclusivamente con risorse a carico del bilancio aziendale.

C. Si chiede che **l'indennità giornaliera di sala operatoria sia aumentata a 8 €** con finanziamento a carico del bilancio aziendale.

D. Si chiede che **l'Azienda stipuli apposite polizze assicurative Kasco** in favore dei dipendenti autorizzati a servirsi del proprio mezzo di trasporto, limitatamente al tempo necessario per il raggiungimento del luogo di lavoro e il viaggio di ritorno dallo stesso durante il SPD. La polizza sarà rivolta alla copertura dei rischi per il danneggiamento del mezzo di trasporto condotto dal dipendente (di proprietà sua, di un suo familiare, o detenuto in leasing), nonché per i rischi di lesioni o decesso del medesimo. Per tale motivo, si chiede che il Direttore Generale emetta una delibera con la quale autorizza il personale programmato in SPD all'utilizzo di proprio mezzo di trasporto. Questa richiesta si rende maggiormente

pressante alla luce dei fatti di cronaca in cui persone sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti provocano incidenti e poi fuggono, oppure di persone clandestine e/o extracomunitarie che guidano senza polizza assicurativa.

E. Tenuto conto che il personale in SPD si trova costretto a tenere libera la linea telefonica di proprietà (e quindi, per ottemperare all'obbligo di reperibilità, non può né ricevere da terzi né effettuare telefonate) **si richiede che l'Azienda fornisca, al personale programmato in servizio per ogni periodo di PD, idonea apparecchiatura telefonica** atta a rintracciare il dipendente e a comunicargli la chiamata per l'intervento.

F. Si chiede che si sostituisca il SPD con il servizio di Guardia Attiva nei settori in cui il totale delle chiamate nell'ultimo anno solare sia ammontato al 40 % o oltre dei turni programmati di SPD con proporzionato aumento dell'organico e con adeguati compensi per ogni eventuale aumento della produttività rispetto a quella attualmente realizzata nei turni di lavoro ordinario.

G. Si richiede con urgenza la rideterminazione delle dotazioni organiche del personale delle U.U.O.O. individuate dal Piano Annuale per le Emergenze affinché il personale in SPD possa godere dei riposi previsti per legge e non

superi il numero massimo di 6 SPD per mese. A questo proposito per disincentivare l'Azienda al mancato rispetto del Contratto ritiene equo l'introduzione di **penali** in caso di superamento del numero massimo di 6 turni di pronta disponibilità al mese. Per ogni turno oltre i 6 mensili l'Azienda pagherà al dipendente **a titolo di penale € 100** per i turni dal 7° all'8°, **€ 200** per i turni dal 9° al 12°. Per il 13° turno **400 €**, raddoppiate per ogni turno successivo (es. 14° turno 800 euro.; 15° turno 1.600 euro, 16° turno 3.200 euro; etc.)

L'aumento delle dotazioni organiche non potrà essere effettuato ricorrendo al lavoro interinale, con l'affidamento tramite appalto a cooperative, studi associati, società o qualsiasi altra forma di esternalizzazione, ma esclusivamente con assunzioni tramite concorso pubblico.

Per rendere maggiormente attrattivo il lavoro presso l'Azienda è opportuno che siano inseriti nel Bando di concorso le seguenti informazioni:

Indennità di SPD: 38 €

Indennità di chiamata durante SPD: 40 €

Indennità di Sala Operatoria: 8 € al giorno

H. Si chiede che siano previste tempistiche minime certe e concordate con le OO SS per l'inserimento in turno di SPD di personale infermieristico e/o tecnico neo-assunto o neo- inserito in una U.O dove sia pre-

visto il SPD, affinché il dipendente sia in grado di operare in totale autonomia e sicurezza sia nelle situazioni ordinarie sia in quelle di emergenza ed urgenza.

I. Si chiede che gli interventi di elezione in sala operatoria siano programmati in modo che quelli che presumibilmente richiedono maggiore tempo non siano posizionati a fine turno dell'orario di servizio per usufruire artatamente del personale in SDP

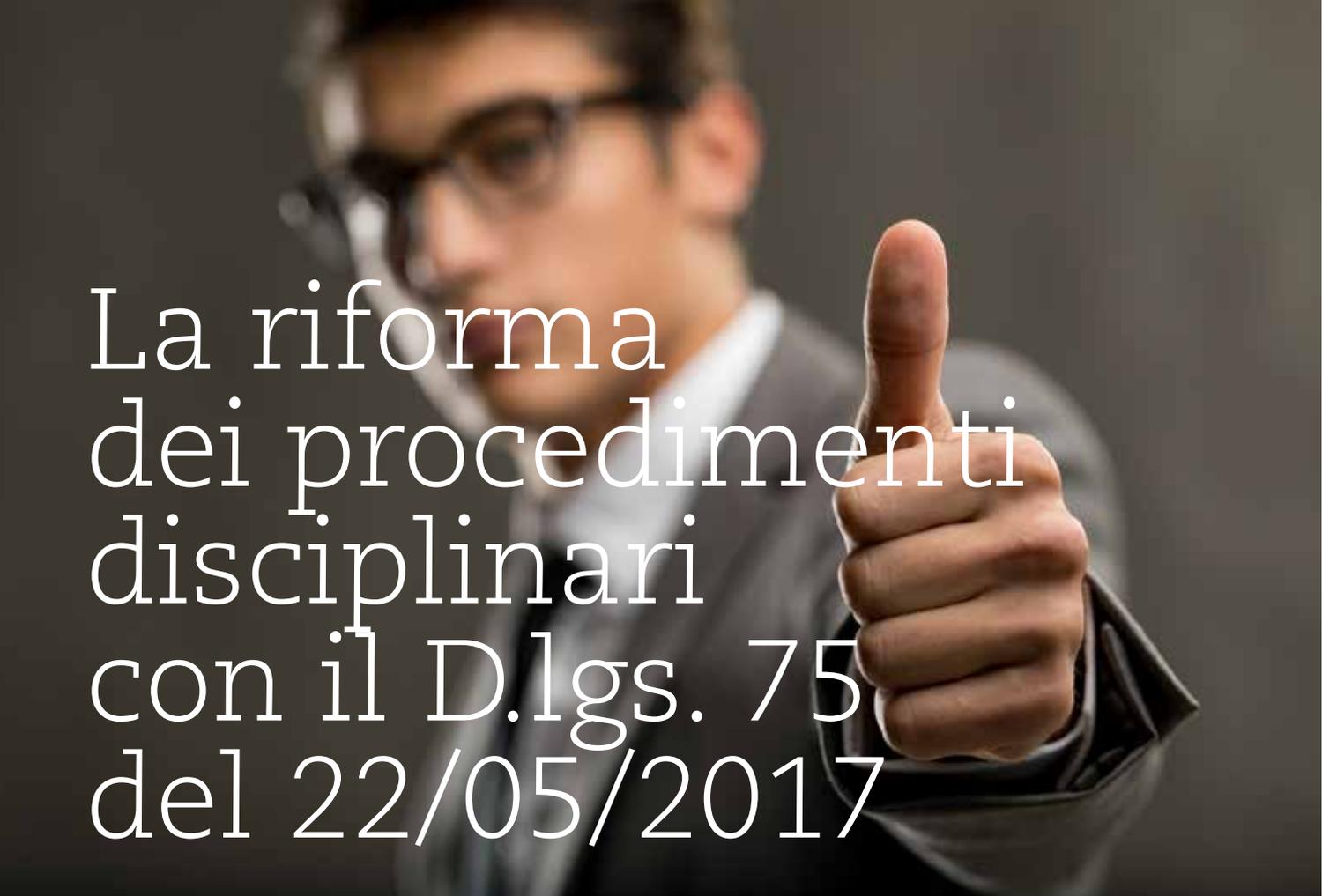
4) CONCLUSIONI:

Nessun accordo tra O.O.S.S., RSU e Azienda può derogare i limiti di riposo giornaliero e settimanale previsti dal D.Lgs. 66/2003, e ai limiti posti al SPD dall'art 7 CCNL 20/9/2001. Eventuali accordi tra Azienda e O.O.S.S., RSU, sono nulli. Come nulle sono eventuali deroghe apportate con deliberazioni del Direttore Generale o con determinazioni di Dirigenti e Direttori e/o Responsabili di Struttura.

L'Azienda è tenuta ad attribuire i riposi compensativi conteggiando il turno di SPD prestato in giornata festiva nel debito orario.

L'Azienda è tenuta al rispetto della normativa in tema di riposi e del contratto in tema di Servizio di Pronta Disponibilità.

In caso contrario è opportuno una esposto all'ufficio ispettivo della Direzione Provinciale del Lavoro e la proposizione di ricorsi al Giudice del Lavoro per il risarcimento danni.



La riforma dei procedimenti disciplinari con il D.lgs. 75 del 22/05/2017

Entrato in vigore il 22 giugno 2017 in attuazione della legge 124 del 2015, apporta modifiche al D.lgs. 165 del 2001 noto anche come Testo Unico del pubblico impiego, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

L'art. 13 del D.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, recante rilevanti disposizioni di riforma, si occupa, in particolare, di riscrivere l'impianto fondamentale del **procedimento disciplinare** alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, già contenuto nell'art. 55 bis della precedente stesura, come a sua volta introdotto dal D.lgs. n. 150/2009.

In particolare, le norme che saranno in vigore dal **22 giugno 2017**, alle quali in questa sede si farà particolare riferimento, con le disposizioni introdotte dal primo comma dell'art. 13, lettere da a) a d), hanno come **obiettivo** quello di **realizzare** la – da più parti – auspicata riunificazione, in **un'unica sequenza procedimentale**, di tutte le attività connesse all'applicazione delle **sanzioni disciplinari**, dalla censura (rimprovero scritto) al **licenziamento senza preavviso**.

In sostanza, le novità sono due, entrambe di notevole rilievo.

In primo luogo, l'asticella di separazione tra il **limite di esercizio del potere disciplinare del singolo responsabile della struttura** ove opera il dipendente incolpato e quello dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari viene nuovamente "alzata" ed a tutto vantaggio del secondo, atteso che solo i procedimenti disciplinari che esitano al massimo nel rimprovero verbale restano nella competenza del primo, rientrando quindi nella competenza dell'UPD tutti i procedimenti disciplinari definibili con sanzioni di maggior rilievo.

Non sfuggirà che siffatta determinazione amplia il

* consigliere IPASVI Como -
referente della commissione
esercizio

potere dell'UPD addirittura oltre quelli che erano i limiti introdotti dalla prima disciplina post 1993 (D.lgs. n. 29/93 e CCNL della prima tornata del 1994/95 e successive) che invece lasciavano il rimprovero scritto (censura) alla competenza decisionale del responsabile della struttura ove il dipendente incolpato è incardinato.

Art. 55. Sanzioni disciplinari e responsabilità

Oltre a confermare che le disposizioni legislative sul procedimento disciplinare non possono essere derogate, in quanto norme imperative, dalla contrattazione collettiva, l'art. 12 del decreto rafforza la responsabilità disciplinare nei confronti dei responsabili che, con dolo o colpa grave, non abbiano proceduto alla loro corretta applicazione.

Art. 55-bis. Forme e termini del procedimento disciplinare

Cambia in modo sostanziale la titolarità dell'azione disciplinare, in quanto viene modificato ad opera dell'art. 13 del decreto, l'apparato sanzionatorio di competenza dell'Ufficio dei procedimenti disciplinari, cui sono trasferiti tutti i procedimenti disciplinari con la sola eccezione del rimprovero verbale lasciato alla competenza del responsabile della struttura in cui lavora il dipendente. In considerazione della competenza esclusiva attribuita all'UPD, restano in ogni caso in capo ai responsabili di struttura l'obbligo di segnalazione all'Ufficio dei procedimenti disciplinari, in presenza di

possibili violazioni da parte dei dipendenti appartenenti alla struttura, entro un termine non superiore **ai 10 giorni**. Una volta avuta la segnalazione, ovvero in caso in cui ne sia venuto a conoscenza, **l'UPD dovrà attivare la procedura entro il termine massimo di 30 giorni** (mentre prima i termini erano di 40 giorni in caso di infrazioni disciplinari superiori ai 10 giorni, mentre per i procedimenti disciplinare fino a 10 giorni di competenza del responsabile della struttura i termini per l'attivazione del procedimento erano pari a 20 giorni). Anche i termini per la convocazione del dipendente sono stati unificati, prevedendo **un preavviso minimo di almeno 20 giorni** a prescindere dalla gravità dell'infrazione disciplinare rilevata. Infine, il termine della **conclusione del procedimento disciplinare o dell'archiviazione, deve avvenire entro 120 giorni dalla contestazione dell'addebito**.

Completamente innovative sono le disposizioni che riguardano le sorti del procedimento disciplinare, qualora vi siano vizi di forma, di decadenza dei termini, ovvero in termini di sanzioni inflitte. Il legislatore ha, in questo caso previsto, purché sia salvaguardato il diritto di difesa del dipendente, le seguenti possibilità: a) **ferma la perentorietà dei termini di contestazione e quello per la conclusione del procedimento, la violazione di altri eventuali termini previsti dalla normativa non porta alla decadenza del procedimento**, né alla invalidità degli atti e della sanzione disciplinare,

purché il procedimento sia tempestivo; b) sono nulle le disposizioni di regolamento, le clausole contrattuali o le disposizioni interne, comunque qualificate, che prevedano per l'irrogazione di sanzioni disciplinari requisiti formali o procedurali ulteriori rispetto a quelli indicati dalla legge; c) il procedimento disciplinare che preveda la sanzione del licenziamento, ovvero sia stata disposta la sospensione dal servizio, dovrà essere in ogni caso concluso anche in caso di cessazione del dipendente.

Art. 55-ter. Rapporti fra procedimento disciplinare e procedimento penale

L'art. 14 del decreto si occupa del coordinamento tra procedura disciplinare e penale. In questo caso è previsto che, per i procedimenti disciplinari che prevedono l'irrogazione di una sanzione disciplinare superiore alla sospensione dal servizio per 10 giorni, l'UPD può disporre la sospensione del procedimento disciplinare fino al termine di quello penale. La citata sospensione può riprendere in qualunque momento qualora l'UPD raccolga elementi sufficienti per procedere in via autonoma. In caso di sentenza penale irrevocabile, il procedimento disciplinare dovrà essere riaperto nel termine di sei mesi, con ripartenza dei termini normali del procedimento disciplinare (contestazione e conclusione del procedimento).

Art. 55-quater. Licenziamento disciplinare

L'art. 15 del decreto rafforza ed estende i casi di

disciplinati in via legislativa per i licenziamenti introducendo, oltre a quelli già previsti, i seguenti: a) gravi o reiterate violazioni dei codici di comportamento; b) commissione dolosa, o gravemente colposa, del mancato esercizio dell'azione disciplinare, ovvero della segnalazione all'UPD di infrazioni disciplinari dei dipendenti appartenenti alla struttura. Per i dirigenti, inoltre tale violazione rappresenta anche responsabilità dirigenziale; b) la reiterata violazione di obblighi concernenti la prestazione lavorativa, che abbia determinato l'applicazione, in sede disciplinare, della sospensione dal servizio per un periodo complessivo superiore a un anno nell'arco di un biennio; c) insufficiente rendimento, dovuto alla reiterata violazione degli obblighi concernenti la prestazione lavorativa, stabiliti da norme legislative o regolamentari, dal contratto collettivo o individuale, da atti e provvedimenti dell'amministrazione di appartenenza, e rilevato dalla costante valutazione negativa della performance del dipendente per ciascun anno dell'ultimo triennio.

Art. 55-quinquies. False attestazioni o certificazioni

L'art. 16 del decreto dà come indicazione ai contratti collettivi nazionali quella di individuare e sanzionare le condotte con riferimento alle ipotesi di ripetute e ingiustificate assenze dal servizio in continuità con le giornate festive e di riposo settimanale, nonché con riferimento ai casi di ingiusti-

ficcate assenze collettive in determinati periodi nei quali è necessario assicurare continuità nell'erogazione dei servizi all'utenza.

Art. 55-sexies. Responsabilità disciplinare per condotte pregiudizievoli per l'amministrazione e limitazione della responsabilità per l'esercizio dell'azione disciplinare

L'ultimo articolo (art. 17)

del decreto riformula in modo più lineare la responsabilità in caso di risarcimento del danno subito dall'amministrazione per una condotta del dipendente pubblico che abbia violato gli obblighi afferenti alla propria prestazione lavorativa. In tale ipotesi, è prevista la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di tre

giorni fino ad un massimo di tre mesi, in proporzione all'entità del risarcimento, restando ferma i casi in cui ricorrono ipotesi più severe di sanzioni disciplinari.

Si prevede anche che in caso di mancato esercizio o nelle ipotesi di decadenza dell'azione disciplinare, dovuti all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare o

a valutazioni sull'insussistenza dell'illecito disciplinare irragionevoli o manifestamente infondate, in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta, per i tutti i soggetti responsabili la sospensione dal servizio fino a un massimo di 3 mesi, salva la maggiore sanzione del licenziamento nel caso in cui questa sia prevista.



Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere

La consultazione pubblica e i contributi del Collegio IPASVI di Como



“Il Codice Deontologico è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico, sia dello status e delle competenze professionali. La deontologia e l'etica sono quotidiane e derivano dalle esperienze quotidiana-

ne. L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il nuovo Codice Deontologico rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura”. (Mangiavalli, 2016).

All'apertura dei lavori sulla stesura del nuovo Codice

Deontologico, l'autorevole parere espresso dalla Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, **Barbara Mangiavalli**, descrive l'infermiere come il professionista che deve essere in grado di utilizzare strumenti d'avanguardia nei diversi e poliedrici contesti assistenziali, storicamente presenti, contemporanei e in rapido divenire. La gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano una sfera di competenze che permettono ai professionisti del settore di soddisfare non solo il bisogno di ogni sin-

golo paziente, ma anche il bisogno degli esercenti la professione alla ricerca del senso e della soddisfazione legati all'esercizio della propria attività professionale.

La FNC, unita ad un nucleo di valutazione di cultori selezionati della materia, coadiuvato da esperti in giurisprudenza e bioetica, ha condotto lavori di ricerca della letteratura e di sistematizzazione delle informazioni salienti di natura deontologica e normativa, necessari a rappresentare un agire professionale in fervente evoluzione, e ha ideato un crono programma innovativo e democratico, teso a coinvolgere per la prima volta tutta la popolazione infermieristica, 440.000 iscritti all'albo su tutto il suolo nazionale, stimolando quindi l'interazione individuale e collettiva, sia in diffuse sessioni di presentazione della prima stesura in presenza degli autori, sia attraverso la consultazione virtuale che favorisse il confronto costruttivo in ogni sua accezione, dalla disapprovazione all'allineamento con i contenuti rinnovati, dalla percepita necessità di integrazione a completamento di quanto prodotto, alla raccolta di pareri più generali, altrettanto importanti, legati alla necessità di valorizzare ed enfatizzare passaggi ritenuti meritevoli di rilievo.

Prima stesura, quali caratteristiche irrinunciabili e quali novità?

Un elemento chiave, quanto mai moderno nella sua accezione, ma altresì radicato nei valori che ispirano le azioni che da sempre contraddistinguono l'agire

infermieristico e non solo, è la trasparenza: come specificato appunto dalle disposizioni finali, le norme contenute nel Codice Deontologico esprimono vincolo di adesione, condivisione e rispetto, proprio perché utilizzate come strumento giuridico della Magistratura. L'inosservanza di tali disposizioni, e di quanto contenuto nell'intero documento, da parte di uno o più professionisti, è oggetto di indagini e plausibile sanzione da parte del Collegio IPASVI di appartenenza dello o degli stessi.

I 40 articoli che caratterizzano la prima stesura del nuovo testo del Codice Deontologico, oggetto di pubblica condivisione e di consultazione World Wide Web, ha un obiettivo e un denominatore comune che hanno una forte matrice legata al bene e al rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti, compresa la privacy e coinvolgimento della famiglia. *"L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività"* (artt. 1 e 2).

Se è vero che l'esigenza di una riforma che ricomprenda la finalità interna dell'esercizio professionale, e di conseguenza anche la necessità di mostrare un rinnovato status professionale, indipendentemente dall'ambito in cui esso venga esperito, tra le novità che vengono certamente portate in superficie vi sono ambiti che sempre più insistentemente caratterizzano l'attuale disponibilità, e

la crescente necessità, di un expertise legato alla consapevolezza di un ruolo infermieristico che si estende, si espande, e si fa garante della persona assistita, contrastandone l'abbandono, senza mai tendere ad alcuna erosione del proprio specifico ambito professionale.

Lo storico *setting* delle strutture sanitarie a vario titolo, è progressivamente integrato da luoghi di cura tanto "giovani" quanto più confacenti alle necessità di una popolazione caratterizzata da un trend demografico complesso, per aumento dell'età media e della complessità assistenziale determinata da comorbilità e politerapie, e un livello di autodeterminazione, lungo il continuum autonomia - dipendenza, sempre più spinto ai confini di prestazioni infermieristiche con finalità di sostituzione (unità di cure intermedie, reparti a drive infermieristico, domicilio). Ed è proprio in questa ampia varietà di contesti che l'infermiere, secondo quanto previsto da nuovo Codice Deontologico, "partecipa al

governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza per la persona assistita, recepisce i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione delle persone coinvolte", con un chiaro riferimento (presente anche nella precedente edizione, ma nella versione aggiornata maggiormente contestualizzato) alla clausola di coscienza, a cui il professionista ricorre se l'organizzazione d'appartenenza richiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi, valori e norme della professione, identificando però anzitutto, soluzioni alternative, nel costante interesse della persona assistita. (Capi I e II, *I principi e i valori/La funzione assistenziale*)

Un ulteriore elemento ampliato e modernizzato riguarda la multidisciplinarietà degli interventi clinico - assistenziali. In un'epoca



di complessità ingravesciente dei sistemi di cura, perennemente tesi a soddisfare bisogni derivanti da esigenze altrettanto ardue, in termini di risposta necessariamente dovuta e attesa, l'infermiere è in grado di riconoscere il proprio livello di competenza, avvalendosi sia della consulenza di colleghi specialisti appartenenti al proprio profilo professionale, che abbiano maturato percorsi post base mirati e incrementato quindi competenze esperte, sia di altrettanti professionisti provenienti da classi di laurea differenti, in grado di completare quindi quanto di necessario sia da porre in essere per garantire all'utenza il miglior grado di assistenza erogabile, nel costante rispetto della volontà e della dignità dell'individuo. È altresì richiamato quindi l'impegno deontologico a prestare consulenza a contingenze assistenziali, a supporto di colleghi che lo richiedano, per favorire il ricorso a "competenze avanzate" che integrino a livello inter e intra professionale le risposte ai bisogni scaturiti da singoli percorsi diagnostico – terapeutici, riabilitativi ed assistenziali (PDTRA). In questo specifico passaggio della nuova stesura del Codice Deontologico degli infermieri è possibile intravedere e riconoscere l'archetipico concetto ricompreso nella neofita Legge 8 Marzo 2017, n. 24, che all'Art. 6, comma 1 – Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria – in cui si recita che "qualora un evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quan-



do sono state 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 delle predette linee guida risultino adeguate alla specificità del caso concreto". (Gelli – Bianco, 2017) (Capo II, La funzione assistenziale) La responsabilità cardine che funge da indiscusso faro per la realizzazione di questa ardua sfida è legata al costante ricorso alle conoscenze validate, all'aggiornamento dei saperi, allo sviluppo del pensiero critico, allo studio e all'educazione continua, nonché alla ricerca. Oltre alle previsioni relative all'educazione sanitaria e la promozione di stili di vita sani, ricerca e sperimentazione, entrano quindi a pieno titolo nella stesura del Codice Deontologico sottoposto a consultazione collettiva, così come gli obblighi di formazione e di educazione continua dei professionisti, ed il dovuto concorso alla valutazione dei contesti organizzativi, gestionali e logistici in cui si realizzano le prestazio-

ni, nonché la documentata formalizzazione degli esiti del processo assistenziale infermieristico.

Ampio spazio viene successivamente dedicato alla relazione e alla comunicazione, nel Capo III. Vengono infatti richiamati criteri di chiarezza documentale, correttezza e coerenza nel passaggio di informazioni relative ai percorsi clinico – assistenziali, oltre a principi di rispetto della dignità della persona assistita (più specificatamente considerata in termini di facilitazione dell'espressione di volontà del singolo), trasparenza e veridicità, a significare un ricercato coinvolgimento partecipato a decisioni che riguardino la persona stessa. Vengono consolidati, ed ulteriormente avvalorati, i tratti salienti che caratterizzano una comunicazione assertiva da parte del professionista infermiere, efficacemente funzionale alla persona assistita e agli stessi outcome assistenziali, quali:

- la considerazione **totale** della **prospettiva della persona assistita**;
- la facilitazione dell'espressione del dolore (Conferenza Stato – Re-

gioni del 24/05/2001 – linee guida "Ospedale senza dolore"; Legge n.38 del 15/03/2010; Decreto DG Sanità n. 23454 del 30/12/2004 e relativo "manuale applicativo)

- la tutela della **dimensione interculturale delle cure e dell'assistenza**;
- il sostegno ai "progetti di vita";
- un accurato sguardo rivolto anche alla tutela della **volontà manifestata dal minore**, in considerazione dell'età e del grado di maturità.

Indubbi sono i riferimenti normativi, sanciti peraltro come obblighi di legge, in materia di tutela della privacy e dei dati relativi all'intero processo di cura e relativo segreto professionale, nonché di opportuna attivazione in caso di privazioni e maltrattamenti mediante il coinvolgimento delle autorità competenti, e non ultimo, l'adempimento costituzionale del diritto esercitabile dalla persona assistita di non sottoporsi a trattamenti non condivisi, o al diritto al non ricevere informazione sul proprio stato di salute, qualora volontariamente esplicitata dalla persona assistita, in un contesto cautelare, ampiamente approfondito dal professionista, finalizzato sempre e comunque a non nuocere. (Capo III, *La relazione e la comunicazione*) Si arriva quindi ad affrontare nel Capo IV il prominente tema del **fine vita**, tra insidie e controversie del dibattito nazionale e legislativo, a cui la stesura proposta dedica passaggi salienti che esaltano la delicata posizione della



persona assistita allargata ai famigliari, nuovamente al centro dell'attenzione di un'equipe multidisciplinare il più possibile integrata. L'enfasi viene indubbiamente posta sulla tutela della volontà del singolo, sostenuto da persone percepite per significativa affinità, a limitare interventi non proporzionati alle condizioni cliniche, bensì coerenti con la propria concezione della qualità di vita. (Capo IV, *Il fine vita*)

Il Capo V rinnova l'impegno del professionista infermiere nei confronti dell'organizzazione entro cui è inserito o nell'esercizio della libera professione, aderendo quindi a regole di assetti sistemici più o meno ampi, sia in termini di definizione, implementazione e adesione a modelli concettuali di riferimento, formativi ed organizzativi, nonché alla corretta allocazione e gestione delle risorse a propria disposizione, in base ai vari livelli di implicazione e competenza. Risulta quindi nuovamente importante il riferimento di partecipazione al governo clinico in

un'ottica integrata, all'organizzazione e pianificazione delle attività assistenziali, con particolare attenzione alla promozione delle migliori condizioni di sicurezza, prevenendo eventi accidentali e/o potenzialmente dannosi per le persone assistite. (Capo V, *L'organizzazione e la funzione assistenziale*)

A conclusione della stesura del nuovo Codice Deontologico si delinea il rapporto tra figura infermieristica e associazionismo, ovvero tra infermiere e Collegio IPASVI, con rinforzo della finalità esterna, rivolta al cittadino e alla sua tutela, per il quale il Collegio funge da garante del regolare possesso di requisiti richiesti dalla legge per tutti i professionisti iscritti all'albo, nonché della finalità interna, più squisitamente sviluppata tra i membri appartenenti alla categoria professionale, volta a descrivere appunto norme di condotta sostenibili sotto il profilo etico - deontologico, sia in termini di esercizio della professione, di formazione

e tutela del prestigio esclusivo, implicito nella natura della professione intellettuale infermieristica. (Capo VI, *L'infermiere e il Collegio Professionale*)

A sette anni dalla stesura dell'ultima versione del Codice Deontologico (2009) a tutt'oggi in vigore, la necessità di aggiornamento delle regole professionali ha portato quindi alla prima stesura di un nuovo faro etico e deontologico per l'esercizio della professione infermieristica, presentato il 26 Novembre 2016 ai 103 Presidenti del Collegi Provinciali. È stata successivamente inviata da parte della FNC una circolare recante indicazioni ed istruzioni tecniche per accedere ai meccanismi di consultazione. Durante l'ampia finestra prevista per tale operazione, ulteriormente prorogata, è stata quindi accordata ad ogni iscritto ai singoli Collegi Provinciali la facoltà di accedere all'applicazione per la consultazione del documento, tramite proprie credenziali e attraverso il link "Consultazione nuovo Codice Deontologico", presente all'interno della pagina Intranet dell'Albo Unico Nazionale (da portale istituzionale della FNC www.ipasvi.it - "Comunica con il tuo Collegio"), quale area appositamente predisposta per proporre correzioni, modifiche e integrazioni ad ogni Capo e/o articolo, o commenti di carattere più generale.

Le osservazioni e i commenti inseriti e confermati (non più modificabili una volta validati) sono stati quindi successivamente scaricati e consultati dai componenti dei Consigli

Direttivi dei Collegi IPASVI provinciali, che hanno provveduto ad acquisire i contributi, analizzarli e sintetizzarli per l'invio al Comitato Centrale.

Il nostro Collegio si è quindi mosso in linea alle indicazioni recepite dalla FNC e Comitato Centrale ideando un evento ad hoc presso l'ASST Lariana in cui i colleghi Aurelio Filippini (Presidente IPASVI Varese, co-autore della prima stesura del nuovo Codice Deontologico), Manuela Mascheroni (Consigliere IPASVI Como) e Monica Trombetta (Consigliere IPASVI Como) hanno illustrato modalità e tempi di costruzione del documento presentato oltre ad una dissertazione relativa ai nuovi contenuti peculiari, con riscontro partecipativo di numerosi infermieri, coordinatori infermieristici, e diversi rappresentanti della Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS). La discussione emersa è parsa stimolante, sia per passaggi formali ed aspetti semantici relativi all'importanza dell'utilizzo di un linguaggio monosemico, sia per specifica analisi di contenuti complessi di tematiche macroscopiche. Per quanto concerne invece l'analisi dei contributi ottenuti dalle consultazioni online, partendo dal dato aggiornato del totale degli iscritti al Collegio IPASVI di Como (n=3645), sono stati scaricati 7 collegamenti riportanti relativi suggerimenti e/o commenti (n=7; 0.2%).

Sono state prevalentemente fornite integrazioni al Capo I (n=5; 71.4% dei rispondenti) relative a:

- necessità di disporre di un GLOSSARIO, considerata la diffusa difficoltà a ricondurre ad univoca definizione il concetto di “ideale di servizio” (art. 1);
- richiesta di aggiunta dello specifico ambito disciplinare “formativo” sin dal Capo I (art. 2);
- richiesta di aggiunta della “finalità preventiva dell’assistenza infermieristica” (termine “prevenzione”) antecedente al termine “assistenza” (art. 2);
- necessità di disporre di un GLOSSARIO, considerata la complessa definizione del concetto di “dilemma etico” (art. 5);
- necessità di disporre di un GLOSSARIO, considerata lo scarso ed ambiguo ricorso all’importante strumento a disposizione del professionista riassumibile nel concetto di “clausola di coscienza” (art. 6).

Rispetto al Capo II è stato fornito 1 contributo integrativo (n=1; 14.3% dei rispondenti):

- “L’infermiere dà valore

alla ricerca e alla sperimentazione”. Intendendo la ricerca come valore proprio del professionista, viene appunto suggerita la dicitura “l’infermiere fa proprio il valore della ricerca”.

Rispetto alle Disposizioni Finali è stato fornito 1 contributo articolato (n=1; 14.3% dei rispondenti)

- Il commento esprime la necessità di chiarire la “questione infermieristica” ed evidenzia perplessità semantiche relative al concetto di “ideale di servizio” (Capo I, art. 1) poiché inteso come personalizzabile e necessariamente da contestualizzare all’interno di specifiche realtà operative. Il contributo prosegue con la segnalazione di un scarso riferimento al contesto sociale contemporaneo in cui si impianta l’assetto assistenziale moderno, e si conclude con l’esteronazione una maggiore affinità con la proposta di Codice Deontologico

suggerita dal Collegio IPASVI di Pisa poiché sostanzialmente più rappresentativa della professione infermieristica.

Considerata la partecipazione alla sessione di presentazione della prima stesura del Codice Deontologico presso la sede ospitante dell’ASST Lariana (n. partecipanti=35) e il numero delle consultazioni fornite online per il Collegio IPASVI di Como, è possibile stimare un contributo del 1.15% (n=42) rispetto al totale degli iscritti (n=3645). Le prevalenti considerazioni fornite si configurano in realtà come richieste di chiarificazione esplicita e/o integrazione relative ad alcuni concetti, complessi per loro natura, seppur implicitamente ascritti al sapere disciplinare infermieristico, proprio perché non univocamente interpretabili e di non semplice ricorso, in termini di strumento, specie laddove se ne palesi un’eventuale necessità nella prassi quotidiana. È altresì doveroso accogliere

e riportare alla FNC pareri non allineati ai contenuti esposti nella prima stesura, specie se argomentati da confronti con alternative proposte da altri Collegi, e come tali ritenute maggiormente affini allo status professionale infermieristico contemporaneo del dichiarante, o con altri articoli di riviste cartacee e/o web, riportanti taluni aspetti di criticità.

La presente sintesi, ai fini di ottemperare alla richiesta pervenuta dalla FNC, verrà inviata all’attenzione del Comitato Centrale per la considerazione dei contenuti proposti, delle integrazioni richieste e dei significativi contributi dei singoli professionisti o dei gruppi, per avvalorare uno strumento in divenire che permetta di esprimere la competenza esercitata nel “prendersi cura”, oltre a riconoscere il crescente senso di partecipazione ed appartenenza all’associazionismo professionale, che promulga il senso e la soddisfazione dell’esercizio della professione infermieristica.

Bibliografia

- IPASVI – Federazione Nazionale Collegi (2016), *Prima stesura Codice Deontologico dell’Infermiere*
- IPASVI – Federazione Nazionale Collegi (2009), *Codice Deontologico dell’Infermiere*
- IPASVI – Federazione Nazionale Collegi (1999), *Codice Deontologico dell’Infermiere*
- IPASVI – Federazione Nazionale Collegi (1996), *Il Patto infermiere – Cittadino*
- Benci L. (2017) *Commento alla prima stesura del Codice Deontologico IPASVI 2016. Quotidiano sanità.*
- Benci L. (2017) *Infermieri. Ecco perché non mi convince la prima stesura del codice deontologico. Quotidiano sanità.*
- Fry S. T., Johnston M. J. (2004) *Etica per la pratica infermieristica: una guida per prendere decisioni etiche.* CEA.
- Hold J., L. (2017) *A good death: Narratives of experiential nursing ethics. Nursing ethics.* 24(1): 9 – 19
- Sironi C. (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica: I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana.* (CEA)

CONVENZIONI CON IL COLLEGIO IPASVI DI COMO

ELENCO DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI CONVENZIONATI A FAVORE DEGLI ISCRITTI IPASVI DI COMO
PREVIA PRESENTAZIONE DELLA TESSERA DI RICONOSCIMENTO.

BANCHE E ISTITUTI DI CREDITO

Banca Popolare di Milano BPM

attiva dal 5 settembre 2015

tassi aggiornati al mese di maggio 2017

Crediper e Banca di Credito Cooperativo di Alzate Brianza

attiva dal 2 novembre 2015

NEGOZI ED ESERCIZI COMMERCIALI

A.S.C.O. Srl

via Morazzone, 12 Como tel. 031/240648 cell. 339/8403985

fax 031/303699 asco@ascocomo.com

Sconto del 10/15% su tutti gli articoli ortopedici e sanitari, con servizio di "consegna a domicilio" per ordini telefonici

Arredamenti Expo Web

6.000 mq. espositivi siti in Brianza – www.expo-web.it www.milanoarredamenti.it info@expo-web.it cell. 335/5475737 tel. 02/87197002. Sconti fino al 30% su cucine, camere, camerette, divani, arredo living, arredo bagno, mobili su misura ecc. locandina sconti luglio 2017

Dental Center Studi dentistici

via Bellinzona, 194 Como tel. 031/531902 fax. 031/5340550 dental-center.co@libero.it Sconto del 20% a tutti gli iscritti e loro familiari sul tariffario dello Studio

Dott. Furlanetto Maurizio Giuliano Medico chirurgo Odontoiatra

via Giulio Cesare, 5 Cantù tel. 031/714390

Sconto del 20% a tutti gli iscritti sul listino prestazioni

Giadil consulting srl

Pisa via Queirolo, 15 – noleggio auto a lungo termine su vetture con servizi particolari e vantaggiosi – Info moretti@giadilconsulting.com cell. 393356490184

Il Seme sas di Mazza R.A. & C.

via Milano, 3 Como tel. 031/266119 Acquisti on line tramite il sito <http://www.fioristailseme.it>. Convenzione Sconto del 5% fino a €50,00 di spesa, oltre 10%

Lario Libri srl

via Montorfano, 47 Lipomo Tel. 031/280180 Sconto del 10% sui testi scolastici, parascolastici e compiti per le vacanze. Sconto del 15% varia adulti e ragazzi editori maggiori. Sconto del 20% dizionari atlanti (escluso greco e latino). Sconto 25 – 30% promozioni.

LGM Sanitaria di La Greca Massimiliano

via Fratelli Cervi, 2 Cermenate tel. 031/722630 031/722431 cell. 393/7497426 – Sconto del 10% su tutti i prodotti commercializzati tranne quelli già in promozione

Libreria Mentana

via Mentana, 13 Como tel. 031/270203 Sconto del 15% su tutti i libri presenti

Medeor srl Centro Medico Specialistico

via per San Fermo, 62 Cavallasca (Co) tel. 031/4680769 info@medeor-srl.it www.medeorsrl.it – sconto del 10% su tutte le prestazioni

Ottica Malinverno

via Varesina, 55 Como tel. 031/524998 Sconto del 25% su tutte le montature vista e sole, lenti per occhiali e a contatto (escluse usa e getta)

Ottica Montorfano

via F.lli Rosselli, 13 Como – Sconto del 20% su montature da vista e sole lenti oftalmiche lenti a contatto annuali

Psicologia dello sport Studio Fly

via Don Gnocchi, 46 Arosio studio@psicologiafly.com <http://www.psicologiafly.com> Sconto del 20% per: consulenze psicologiche in ambito sportivo – supporto atleta infortunato, mental training per lo sport, pianificazione di programmi specifici – colloqui psicologici – infanzia, adolescenza, coppia stress, dipendenze dalle tecnologie

Dott.ssa Servadio Stefania Studio di Psicologia e Mediazione Familiare

Sant'Antonino, 1 Albate tel. 339/6692368 mail stefania.servadio@libero.it – www.psicomf.it e www.psicorelax.blogspot.com Sconto del 20% su prestazioni fornite (disturbi d'ansia, dell'umore, gestione di eventi stressanti, orientamento scolastico e professione, tecniche di rilassamento, ecc.)

Synlab Italia srl

viale Innocenzo XI, 70 tel. 031/27641941 <http://www.synlab.it> Sconto prezzi convenzionati per iscritti e loro familiari per le seguenti prestazioni: check-up Laboratorio analisi check-up Laboratorio e Poliambulatorio

Studio Commercialisti Associati Salerno e Brunetti

via dei Mille, 5 tel. 031/270321 Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi

Studio Medico Dentistico Incerrano dr. Sergio e Associati via Don Guanella, 6 Montano Lucino tel. 031/471779 Sconto su prestazioni professionali

Tutela Fiscale del Contribuente

via Dei Mille, 5 Como tel. 031/275049 – Sconto su preparazione ed elaborazione di 730/unico

PALESTRE E CENTRI BENESSERE

Centro Benessere Paola Poggi

via Dante, 2 Cantù tel. 031/7073559 – sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico

Centro Estetici Lariano

via Napoleona, 24 Como tel. 031/590335 – sconto del 10% sui servizi offerti

Centro Estetico Professionale Eden

via Fratelli Recchi, 7 Como tel. 031/570367 – 570571 – Sconto dal 10 al 40% a seconda dei programmi e trattamenti

In Forma Beauty & wellness

Piazza Garibaldi, 5 Cantù tel. 031/715725 – Sconto del 25% sui programmi personalizzati

Istituto del Massaggio

via Bellinzona, 27 Como tel. 031/573818 – Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamenti

La città del Benessere

via dei Mille, 5 Como tel. 031/278483 – Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici, tutti i prodotti per la cura della persona, tutta la regalistica e bigiotteria

Palestra Lario

via Bellinzona, 35/a tel. 031/570640 – Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari e conviventi)

RISTORAZIONE E RITROVI

Ranch MA.LU

via Olcellara, 24 Cavallasca tel. 031/539988 Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc. (anche familiari). Iscrizione annuale € 10,00

FORMAZIONE – SCUOLE UNIVERSITÀ

Università Telematica Pegaso sede di Como – sconto per iscrizione ai corsi di laurea e Master e l'organizzazione di servizi di formazione correlati, secondo la seguente tabella

Gli iscritti avranno diritto allo sconto previa presentazione di un certificato di iscrizione al Collegio IPASVI di Como.

Contatti: +390315476179 mail info.unipegaso.com@gmail.com

Inlingua via B.Luini, 3 Como tel. +390314310092 Sconto a prezzo convenzionati su corsi di lingua inglese, tedesca, francese e spagnola la convenzione

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

INFERMIERI

CANTA	SIMONA
GELPI	SILVIA
HUERTAS	ANA MILAGROS
MANTOVANI	SOFIA
PROSENIK	OTILIA MONICA
RADAELLI	PAOLA
ROMERO	KIZZY BEL
ROSU	SILVIU-IONUT
ULICI	VICTORIA
VENINI	FRANCESCA

ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

INFERMIERI

AREVALOS BOGADO	GUILLERMO
ASARO	LUANA
BRIGUGLIO	ANDREA
DIA	ALEXANDRA-DIANA
JABIR	BADIAA
MULARO	ROBERTA GIUSEPPA
PEREZ AGUILAR	VICTORIA LISETTE
PISANU	MONICA
SCARFIA	CHRISTIAN

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

BONETTI	DONATELLA
CHIGIONI	PIERANGELA
FRIGERIO	VERUSCA
PASSONI	GIOVANNA
TOTIS	DANIELA

SI SONO TRASFERITI

INFERMIERI

CAPSONI	VICTORIA
FERRANDI	CLAUDIA
LIVIO	MARCO
MAGON	BARBARA
MONZA	NADIA
RUSU	CRISTINA
RUTIGLIANO	CANIO
SANCHEZ GORDILLO	SUSANA
SCIUTO	JESSICA
TROTUSANU	ELENA



**LA SEGRETERIA DEL COLLEGIO
RESTERÀ CHIUSA PER LA PAUSA ESTIVA
DAL 7 AL 27 AGOSTO COMPRESO.**

**IL GIORNO 31 AGOSTO
CHIUSURA PER FESTIVITÀ DEL SANTO PATRONO.**

**DA MARTEDÌ 8 A VENERDÌ 11 AGOSTO
APERTURA SOLO TELEFONICA DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 12.00**

**DA LUNEDÌ 28 A GIOVEDÌ 30 AGOSTO – APERTURA AL PUBBLICO
SOLO POMERIDIANA DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 16.30**

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2018/2020

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL AL NUMERO

QUALIFICA: INF. AS VI/INF.PED.

SEDE DI LAVORO

RECAPITO TELEFONICO

e-mail

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE

INCLUSO NELLA LISTA (indicare se già inserito in una lista) _____

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

- CONSIGLIO DIRETTIVO
 COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma _____

**INVIARE LA SCHEDA A:
COLLEGIO IPASVI VIALE C. BATTISTI, 8 - 22100 COMO
TEL.031/300218 - FAX. 031/262538
E-mail: info@ipasvicomo.it - pec.como@ipasvi.legalmail.it**

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data

Firma _____