



Compensi accessori nei contratti sanitari: come inquadrarli in fisco e previdenza

CONSULCESI CLUB

Formazione ECM, Assistenza legale e assicurativa, Telemedicina, Risorse e Tool, Visibilità e nuovi contatti con Elenco Professionisti, Sconti e Convenzioni, Programma Fedeltà PREMIATI

Tutto in un'unica soluzione digitale
innovativa e **personalizzabile**



Indice

1. Categorie di professionisti sanitari e relative forme contrattuali	5
2. Principali tipologie di compensi accessori nel settore sanitario	8
3. Trattamento fiscale vs previdenziale: quadro di sintesi	14
4. Normativa fiscale di riferimento sui compensi accessori	15
5. Inquadramento previdenziale e contributivo	18
6. Riferimenti contrattuali collettivi e normativi	23
7. Confronto tra pubblico e privato	25

Introduzione

Nel settore sanitario i **compensi accessori** – ossia le componenti retributive aggiuntive rispetto allo stipendio base – rivestono un ruolo fondamentale nella remunerazione del personale. Si pensi ad esempio alle indennità per i turni notturni o festivi, ai compensi per lavoro straordinario, alle indennità di rischio (come quella radiologica), alla pronta disponibilità, ai premi di risultato e ad altri incentivi legati alla performance.

Queste voci retributive, previste da contratti collettivi nazionali e accordi specifici, presentano particolari regimi fiscali e previdenziali che i professionisti del settore sanitario devono conoscere a fondo. L'obiettivo di questo articolo è fornire un quadro completo sull'inquadramento fiscale (ai fini delle imposte sul reddito) e previdenziale/contributivo (ai fini pensionistici e assicurativi) dei principali compensi accessori nei contratti sanitari, con un linguaggio tecnico-giuridico ma dal taglio pratico. Verranno analizzate tutte le principali categorie di lavoratori della sanità – dai dipendenti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai medici convenzionati, dai liberi professionisti sanitari al personale infermieristico, tecnico e socio-sanitario, fino al personale amministrativo in sanità – e tutte le principali tipologie di trattamento accessorio.

Non mancheranno i riferimenti alle norme di legge (in primis al **TUIR** – Testo Unico delle Imposte sui Redditi – e alle normative previdenziali) e alla contrattazione collettiva nazionale (CCNL Sanità pubblica e privata, Accordi Collettivi Nazionali per convenzionati), nonché i chiarimenti offerti da prassi amministrative (circolari **Agenzia Entrate e INPS**) e dalla **giurisprudenza** di settore (sentenze della Corte di Cassazione, interventi della Corte dei Conti e pronunce del Consiglio di Stato), per offrire ai lettori – dirigenti sanitari, responsabili amministrativi, professionisti e consulenti del lavoro nel settore sanitario – uno strumento utile per orientarsi in questa materia complessa.

Di seguito, dopo aver inquadrato le categorie di lavoratori sanitari e le tipologie di compensi accessori, verranno esaminati dettagliatamente il trattamento fiscale e previdenziale di ciascuna tipologia di compenso, evidenziando le differenze tra lavoro pubblico e privato. Sintetiche tabelle riepilogative aiuteranno a confrontare il regime fiscale vs. previdenziale delle diverse indennità.

Categorie di professionisti sanitari e relative forme contrattuali

Prima di analizzare i singoli compensi accessori, è opportuno delineare le diverse categorie di operatori della sanità, in quanto lo **status contrattuale** incide sia sulle modalità di erogazione dei compensi accessori sia sul regime fiscale/previdenziale applicabile:

- **Dipendenti pubblici del SSN:** comprendono il personale dirigenziale (es. medici e dirigenti sanitari) e non dirigente (infermieri, tecnici sanitari, operatori socio-sanitari, personale amministrativo, etc.) impiegato presso aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale (ASL, aziende ospedaliere, IRCCS pubblici, ecc.). Sono legati da un **rapporto di lavoro subordinato pubblico**, disciplinato da contratti collettivi nazionali specifici (CCNL Comparto Sanità per il personale del comparto; CCNL Area Sanità per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria). Il loro trattamento economico si compone di una parte fondamentale (stipendio tabellare e indennità fisse continuative) e di una parte **accessoria** legata a condizioni di lavoro, risultati e altre voci variabili. Nel pubblico impiego sanitario, la contrattazione collettiva e la legge fissano vincoli stringenti sui fondi destinati al trattamento accessorio e sulla natura onnicomprensiva della retribuzione (ossia il principio per cui il compenso base è tendenzialmente comprensivo di tutto salvo specifiche indennità aggiuntive previste).
- **Professionisti convenzionati con il SSN:** rientrano qui i medici di medicina generale (medici di base), i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, i medici di continuità assistenziale (guardia medica) e altre figure contrattualizzate tramite **Accordi Collettivi Nazionali (ACN)** anziché assunzione diretta. Questi professionisti non sono dipendenti ma operano in convenzione col SSN, con compensi erogati dalle ASL secondo tariffe convenzionali. Il loro trattamento economico previsto dagli ACN è spesso a **quota capitaria o oraria**, integrato da indennità e compensi

aggiuntivi per particolari attività (es. indennità informatica, compensi per attività aggiuntive territoriali, indennità di rischio in zone disagiate, ecc.). Il principio generale negli ACN è che il compenso concordato sia **omnicomprensivo**, salvo la possibilità di riconoscere incentivi regionali per specifiche condizioni di particolare disagio o attività aggiuntive rispetto a quelle istituzionali. Eventuali accordi integrativi regionali possono prevedere compensi accessori ulteriori, ma devono rispettare i limiti posti dall'ACN nazionale – come confermato anche dalla Cassazione – pena la loro nullità. Ad esempio, la **Corte di Cassazione** (ord. n. 13396/2023) ha chiarito che una Regione non può attribuire indiscriminatamente a tutti i medici di continuità assistenziale un'indennità di rischio aggiuntiva oltre il dettato nazionale, se non ricorrono “particolari e specifiche” condizioni di disagio previste dall'ACN. Allo stesso modo, la Corte dei conti in sede di controllo ha escluso che l'erogazione di un'indennità aggiuntiva oraria ai medici di guardia medica costituisca di per sé danno erariale, purché finalizzata a remunerare attività aggiuntive nell'ambito di accordi integrativi legittimi.

- **Liberi professionisti sanitari:** in questa categoria rientrano i professionisti della sanità che esercitano in forma **autonoma** o come collaboratori esterni, senza un contratto di lavoro subordinato né una convenzione in essere. Esempi sono il medico specialista che esercita privatamente (al di fuori del SSN), il dentista, il fisioterapista con studio privato, l'infermiere libero professionista che presta servizi domiciliari, lo psicologo, il biologo, etc. Per i liberi professionisti puri, il concetto di “trattamento accessorio” assume un significato diverso: non avendo un datore di lavoro che eroga busta paga, non ci sono indennità accessorie in senso stretto, bensì **compensi professionali** concordati con i clienti o enti committenti. Tuttavia, può accadere che anche nei contratti di collaborazione o consulenza con strutture sanitarie private vengano riconosciuti compensi extra (ad esempio un bonus per obiettivi raggiunti, rimborsi spese forfettari, etc.). In generale, i redditi di questi professionisti rientrano nei redditi

di lavoro autonomo ai fini fiscali e sono assoggettati a contribuzione presso le rispettive casse previdenziali di categoria (es. ENPAM per medici e odontoiatri, ENPAPI per infermieri, ENPAB per biologi, ENPAF per farmacisti, ENPAP per psicologi, etc.) o, se non esiste cassa dedicata, presso la **Gestione Separata INPS**.

- **Personale sanitario dipendente da strutture private:** include medici, infermieri, tecnici e amministrativi assunti da case di cura private, cliniche convenzionate, RSA, cooperative sociali, ecc. Questi lavoratori hanno contratti di diritto privato (es. CCNL ARIS/AIOP per la sanità privata, CCNL Cooperative Sociali, etc.) e godono anch'essi di compensi accessori simili a quelli del settore pubblico (indennità di turno, lavoro straordinario, premi aziendali), pur con importi e regole stabiliti dalla contrattazione collettiva privata. Dal punto di vista fiscale e contributivo, seguono le regole generali del lavoro dipendente privato: tassazione IRPEF ordinaria sulle retribuzioni accessorie, e contribuzione previdenziale INPS Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti su tutte le somme percepite. Alcuni istituti tipici del pubblico impiego (es. il fondo per la produttività collettiva soggetto a tetti di spesa) non trovano diretto riscontro nel privato, dove però sono frequenti i **premi di produttività aziendali incentivati fiscalmente**.

In sintesi, a seconda che ci si trovi di fronte a un **dipendente pubblico**, a un **dipendente privato**, a un **convenzionato** o a un **libero professionista**, la **natura del rapporto di lavoro** cambia la cornice normativa di riferimento. Ciò premesso, passiamo a esaminare le principali tipologie di compensi accessori nel settore sanitario, per poi vedere come ciascuna di esse viene trattata dal fisco e dagli enti previdenziali nelle diverse situazioni.

Principali tipologie di compensi accessori nel settore sanitario

Pur nella varietà delle denominazioni contrattuali, le voci accessorie della retribuzione sanitaria possono ricondursi ad alcune **macro-tipologie** comuni. Elenchiamo di seguito quelle più rilevanti, evidenziandone le caratteristiche generali:

- **Indennità di rischio** – Sono somme corrisposte a fronte di particolari condizioni di rischio o disagio connesse all'attività lavorativa. In ambito sanitario rientrano qui, ad esempio, l'indennità di rischio radiologico (per il personale esposto a radiazioni ionizzanti, es. tecnici di radiologia, cardiologi interventisti, ecc.), indennità per rischio infettivo (es. laboratori di microbiologia o reparti ad alto isolamento), indennità per lavoro in reparti di psichiatria, indennità per lavori usuranti o pericolosi, ecc. Tali indennità sono di solito predeterminate in cifra fissa su base mensile (o giornaliera) dai CCNL. Ad esempio, il **CCNL Sanità pubblica** prevedeva un'indennità annua per rischio radiologico pari a circa €1.239 lordi (importo frazionabile in base al servizio effettivo) per il personale esposto e che non benefici del congedo aggiuntivo. Il diritto all'indennità di rischio scatta solo se sussiste effettiva esposizione al rischio previsto (come ribadito da giurisprudenza e pareri ministeriali). Da notare che per alcune categorie convenzionate (es. medici di continuità assistenziale in zone ad alto rischio) si è discusso di indennità di rischio aggiuntive, ma, come detto, devono essere circoscritte a casi specifici per essere legittime.
- **Indennità di pronta disponibilità** – Detta anche indennità di reperibilità, spetta al personale (tipicamente ospedaliero) tenuto a garantire, fuori dal normale orario di lavoro, una **disponibilità ad intervenire** in caso di chiamata urgente. Nel Servizio sanitario nazionale è regolata dall'art. 7 del D.P.R. 270/87 per la dirigenza medica e da analoghe disposizioni nei CCNL: consiste in un compenso fisso per ogni turno di pronta disponibilità (ad

esempio, circa €20-30 a turno per i non medici, importi maggiori per i medici) e serve a indennizzare il vincolo di reperibilità notturna/festiva. Se durante la reperibilità l'operatore viene effettivamente chiamato in servizio, l'attività svolta viene retribuita come straordinario o guardia attiva, mentre l'indennità di pronta disponibilità resta acquisita in ogni caso. Questa indennità non matura durante assenze (ferie, malattia, etc.) e in alcuni casi è esclusa per chi risiede troppo lontano dalla sede di servizio (per ovvie ragioni di efficacia).

- **Lavoro straordinario** – Consiste nelle ore di lavoro eccedenti l'orario contrattuale settimanale. Nel comparto sanità pubblico lo straordinario è autorizzato nel limite dei fondi disponibili e retribuito con le maggiorazioni previste (di regola il 15% in più per le prime 2 ore oltre l'orario giornaliero e 30% oltre le 2 ore, con ulteriori maggiorazioni se notturno/festivo). Analoghi meccanismi esistono nei contratti privati. Lo straordinario è un classico compenso accessorio "a consuntivo", variabile secondo le esigenze di servizio. **Importante novità:** la Legge di Bilancio 2025 (L. 207/2024, comma 354) ha introdotto per il 2025 un regime fiscale agevolato sui compensi da lavoro straordinario del personale infermieristico del SSN. In particolare, tali straordinari – definiti dall'art. 47 del CCNL Comparto Sanità 2019-2021 – godono di un'**imposta sostitutiva del 5%** (anziché della normale aliquota IRPEF progressiva). L'Agenzia delle Entrate, con la risposta interpello n. 139/E del 19.04.2025, ha chiarito che l'agevolazione si applica rigorosamente solo agli straordinari degli **infermieri dipendenti da aziende ed enti del SSN** (requisito soggettivo), e per le ore di straordinario disciplinate dal CCNL citato (requisito oggettivo). Restano esclusi, ad esempio, gli straordinari svolti da personale universitario in convenzione con ospedali (poiché non giuridicamente dipendenti SSN). Negli altri casi (personale non infermieristico, anni diversi dal 2025, sanità privata, ecc.) lo straordinario è assoggettato a tassazione ordinaria. Dal lato contributivo, le ore straordinarie concorrono pienamente ai contributi pensionistici obbligatori, sia nel pubblico che nel privato.

- **Indennità per turni notturni e festivi** – La peculiare organizzazione del lavoro sanitario, che richiede copertura assistenziale H24 e 7 giorni su 7, comporta il riconoscimento di compensi accessori a chi presta servizio in orari disagiati. In sanità pubblica tali indennità sono generalmente forfettizzate in misura fissa per ogni ora di lavoro notturno (ad esempio €4 l'ora aggiuntivi per i turni tra le 22 e le 6, in base al CCNL Comparto Sanità) e per ogni turno festivo (spesso circa €2-3 l'ora aggiuntivi la domenica/festivi). Nel nuovo CCNL 2019-21 del comparto, ad esempio, è stata unificata un'**indennità di turno** giornaliera per chi opera su almeno due turni, pari a €2,07 al giorno (assorbendo precedenti voci differenziate per 2 o 3 turni). Per i dirigenti medici, le ore di guardia notturna sono compensate con specifiche tariffe orarie aggiuntive previste dal contratto. Anche nelle strutture private è prassi riconoscere maggiorazioni: spesso sotto forma di percentuale della retribuzione oraria (es. +30% per la notte, +20% per i festivi, variabile secondo CCNL). Queste indennità hanno natura di *maggiorazione legata al tempo di lavoro* in orario disagiato.
- **Premi di risultato e compensi incentivanti** – Si tratta di compensi accessori legati alle **performance** e agli obiettivi. Nel pubblico impiego sanitario esiste il "**premio di risultato**" annuale: una quota di salario accessorio che viene distribuita in base alla valutazione della performance individuale e al raggiungimento di obiettivi dell'unità operativa (art. 37 D.Lgs. 150/2009, sistemi di valutazione della performance). Tali premi, finanziati dal fondo del trattamento accessorio, tipicamente ammontano a qualche migliaio di euro annui per dipendente con valutazione positiva. Vi sono poi compensi incentivanti legati a progetti specifici (es. progetti finanziati con fondi vincolati, piani di riduzione delle liste d'attesa, progetti di ricerca, ecc.) che vengono erogati al personale coinvolto al raggiungimento di certi risultati. Nel settore privato, analogamente, troviamo i **premi di produttività** o di risultato aziendali: bonus erogati se l'azienda (o il reparto) raggiunge incrementi di efficienza, qualità o altri indicatori misurati secondo accordi collettivi. Una particolarità è che

nel settore **privato** tali premi godono di un regime fiscale agevolato già da diversi anni: la normativa vigente (L. 208/2015 e s.m.i.) prevede una **tassazione forfait agevolata** – attualmente **aliquota 5%** per 2023-2024, salvo proroghe – sui premi di risultato fino a un importo massimo (ad es. €3.000 annui, elevabile a €4.000 in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori) erogati in esecuzione di contratti aziendali/territoriali che definiscono obiettivi incrementali di produttività. Questa imposta sostitutiva, tuttavia, **non è applicabile ai lavoratori del pubblico impiego**, come chiarito dalla prassi e confermato dalla Corte Costituzionale (sent. 153/2017 che ha ritenuto non incostituzionale l'esclusione dei dipendenti pubblici da tali benefici fiscali). Dunque un infermiere di una clinica privata potrebbe ricevere un premio di produttività tassato al 5-10%, mentre un infermiere di un ospedale pubblico vedrà il proprio premio di risultato tassato con IRPEF ordinaria. In entrambi i casi, invece, la contribuzione previdenziale su questi premi è dovuta normalmente (INPS o fondo pensioni privato per il dipendente privato; INPS gestione pubblica per il dipendente pubblico), trattandosi di reddito da lavoro dipendente imponibile ai fini pensionistici.

- **Compensi da progettazione e funzioni tecniche** – Questa voce riguarda in particolare il personale tecnico (ingegneri, architetti) delle aziende sanitarie che partecipano ad attività di progettazione di opere pubbliche sanitarie o di altri progetti tecnici. La normativa sugli appalti pubblici (già art. 92 D.Lgs. 163/2006, ora art. 113 D.Lgs. 50/2016, sostituito dall'art. 45 D.L. 77/2021 convertito, e da ultimo dal nuovo Codice Appalti D.Lgs. 36/2023) prevede che una quota degli importi a base di gara (2%) possa essere destinata a incentivare il personale interno per le funzioni tecniche (progettazione, direzione lavori, collaudo, etc.). **Tali incentivi per funzioni tecniche** sono ripartiti secondo contrattazione decentrata e regolamenti interni degli enti. Pur non riguardando strettamente medici o infermieri, rientrano nel trattamento accessorio delle amministrazioni sanitarie per il personale tecnico/amministrativo. La natura di questi compensi è di

remunerazione **una tantum** legata allo specifico progetto. Fiscalmente e contributivamente rientrano tra i redditi di lavoro dipendente; la legislazione a partire dalla riforma D.Lgs. 314/1997 e la circolare INPDAP n. 29/1998 hanno confermato che anche i “compensi incentivanti” di tal fatta **costituiscono imponibile** sia ai fini fiscali sia ai fini previdenziali. In passato vi era dibattito se l’importo stanziato per l’incentivo dovesse intendersi comprensivo degli oneri a carico ente (contributi e IRAP); orientamenti prevalenti (Ministero del Tesoro, ANCI) hanno ritenuto di sì, imponendo di calcolare gli incentivi al lordo degli oneri riflessi senza eccedere i massimali di legge. In ogni caso oggi la corresponsione di tali incentivi è prassi consolidata, con assoggettamento a contributi e IRPEF normali. Si segnala che questi compensi non hanno natura fissa e continuativa, dunque nel regime pensionistico **retributivo** (per gli aventi diritto) essi generalmente non incidono sulla base pensionabile di prima quota; nel sistema **contributivo** invece contribuiscono alla montante contributiva dell’assicurato.

- **Altri trattamenti accessori** – Oltre alle voci già elencate, esistono ulteriori indennità particolari nel settore sanitario. Ad esempio: **l’indennità di bilinguismo** per il personale delle province di Bolzano e Trento in possesso di attestato linguistico, **l’indennità di polizia giudiziaria** per il personale (es. medici legali) che riveste anche la qualifica di ufficiale di P.G., **l’indennità di specificità infermieristica** (introdotta dalla L. 178/2020 per valorizzare il ruolo infermieristico, circa €100 mensili) e **l’indennità di tutela del malato** (per alcune professioni sanitarie, introdotta contestualmente), nonché voci come **l’assegno di specificità medica** per i medici dipendenti (previsto dalla Manovra 2022). Vi è poi **l’indennità di esclusività** per i dirigenti medici del SSN che optano per il rapporto esclusivo (rinunciando ad attività extramurarie): si tratta di un importo anche significativo (da €5.000 fino a oltre €20.000 annui a seconda dell’anzianità) che viene corrisposto mensilmente. Questa voce, pur essendo continuativa, è formalmente parte del trattamento accessorio

(non dello stipendio base) e in passato non era pienamente pensionabile; è stata resa pensionabile a seguito di interventi normativi (ora concorre al trattamento di quiescenza per i medici, essendo soggetta a contributi). Infine, vanno menzionati i **gettoni** o compensi per particolari incarichi: ad esempio i compensi per commissioni, per docenze occasionali svolte da dipendenti, per partecipazione a organi collegiali. Spesso tali somme rientrano nei “redditi assimilati al lavoro dipendente” e, nel pubblico, alcune di esse *non sono assoggettate a contribuzione previdenziale pur essendo tassate*: un caso tipico è il **compenso per attività libero-professionale intramuraria** dei medici dipendenti (intramoenia), considerato reddito assimilato a quello di lavoro dipendente ma escluso dalla base contributiva pensionistica (in pratica il medico paga IRPEF su quanto guadagna con l'intramoenia, ma su tali importi non versa contributi pensionistici all'INPS ex INPDAP). La ratio è che l'attività intramuraria è facoltativa e svolta fuori dall'orario di servizio; quindi, i relativi compensi non incidono sul trattamento pensionistico pubblico – ciò è stato chiarito dall'INPS stessa. Analogamente, compensi da incarichi di amministratore o sindaco di società percepiti da dipendenti pubblici sono imponibili IRPEF ma non pensionabili.

Delineate le tipologie, possiamo ora a riepilogare in forma tabellare il diverso trattamento fiscale e previdenziale di tali compensi accessori, e successivamente ad approfondire normativa e prassi in materia fiscale e contributiva.

Trattamento fiscale vs previdenziale: quadro di sintesi

Per ciascuna tipologia di compenso accessorio, è necessario considerare **due profili: fiscale** (imposizione sul reddito IRPEF e relative addizionali) e **previdenziale** (assoggettabilità a contributi e rilevanza ai fini pensionistici). La tabella seguente riepiloga, in termini generali, il trattamento di alcune voci chiave:

Tipo di compenso accessorio	Tassazione IRPEF	Contributi previdenziali
Indennità di rischio (radiologico, infettivologico, ecc.)	Considerata reddito da lavoro dipendente o assimilato: interamente imponibile IRPEF secondo gli scaglioni ordinari. <i>Nessuna esenzione specifica prevista.</i> Cassazione ha confermato la tassabilità di tali indennità in quanto derivanti dal rapporto di lavoro.	Sì , assoggettata a contribuzione previdenziale obbligatoria (INPS Gestione Pubblica/ Privata o cassa di categoria). Nel pubblico: contribuzione piena ma, in regime retributivo, se non è voce fissa non aumenta la quota stipendiale pensionabile, pur concorrendo alla quota contributiva. Nel privato: pienamente pensionabile nell'AGO (assicurazione generale obbligatoria).
Indennità di pronta disponibilità (reperibilità)	Reddito da lavoro dipendente: imponibile IRPEF ordinaria. Importi generalmente modesti e tassati insieme alle altre voci in busta paga. Nessun regime fiscale agevolato previsto.	Soggetta a contribuzione previdenziale INPS (dipendenti privati) o INPS ex INPDAP (dipendenti pubblici). Repercussioni pensionistiche: trattata come parte della retribuzione accessorio; conta ai fini del montante contributivo. Non avendo carattere fisso mensile, per i pensionandi con quota retributiva può non essere inclusa nell'ultima retribuzione pensionabile, ma ormai l'impatto è marginale dato il sistema contributivo pro-rata vigente.
Lavoro straordinario (ore eccedenti)	Ordinariamente imponibile IRPEF come reddito di lavoro. Eccezione: straordinari degli infermieri SSN nell'anno 2025, tassati con imposta sostitutiva 5%. Nel privato, lo straordinario non rientra nei "premi di produttività" agevolati e sconta l'IRPEF normale.	Sì , tutti i compensi per straordinari sono soggetti a contributi pensionistici. Nei dipendenti pubblici ante 1995 c'era un tetto di pensionabilità parziale del salario accessorio (18% dello stipendio), ma attualmente i contributi su straordinari alimentano comunque la posizione assicurativa (quota B retributiva o contribuzione). Nel privato, piena contribuzione INPS (33%).
Indennità turni notturni/festivi	Imponibili IRPEF ordinarie (parte integrante del reddito da lavoro). Queste maggiorazioni non godono di agevolazioni fiscali specifiche.	Soggette a contributi pensionistici (INPS o casse) al pari delle normali retribuzioni. Pensionabilmente rilevano come quote accessorie; nel contributivo aumentano il montante, nel retributivo venivano calcolate in media se ricorrenti.

<p>Premi di risultato / incentivi</p>	<p>Settore pubblico: tassazione IRPEF ordinaria (esclusa la detassazione del 10-5% prevista solo per il privato). Settore privato: se rispettano i requisiti di legge (accordo collettivo con obiettivi incrementali, importo entro soglia) godono di imposta sostitutiva al 10% (ridotta al 5% per 2023-24); altrimenti tassazione ordinaria.</p> <p>Liberi professionisti (compensi variabili): rientrano nel reddito di lavoro autonomo tassato IRPEF secondo scaglioni (possibili regimi forfetari agevolati se ne ricorrono i requisiti di legge).</p>	<p>Dipendenti (pubblici e privati): assoggettati a contribuzione previdenziale obbligatoria (le somme, anche se tassate al 10-5%, sono comunque imponibili INPS). Nel pubblico, i premi annuali di risultato concorrono al Fondo pensione dipendenti pubblici gestione INPS; se il dipendente ha parte di pensione retributiva, tali premi – non essendo fissi – in genere incidono solo sulla parte contributiva.</p> <p>Convenzionati: eventuali incentivi (es. compensi aggiuntivi in ACN per progetto) sono soggetti a contributi ENPAM/ente di previdenza pertinente. Liberi prof.: accantonano contributi sulle maggiori entrate secondo l'aliquota della propria cassa/gestione (es. 16% ENPAPI per un infermiere autonomo).</p>
<p>Compensi di progettazione (incentivi art.113 Cod. appalti)</p>	<p>Trattati fiscalmente come reddito da lavoro dipendente: IRPEF ordinaria su quanto percepito (previa eventuale ritenuta d'acconto se corrisposti a tecnici esterni). Quindi piena imposizione fiscale, senza esenzioni.</p>	<p>Se erogati a dipendenti pubblici, sono soggetti a contributi previdenziali (INPS Gestione Pubblica); nota: per il personale pubblico tali incentivi sono esclusi dall'istituto del TFR ma sono soggetti a contributo previdenziale di solidarietà e utili per la quota contributiva. Per tecnici incaricati esterni (liberi professionisti), il compenso di progettazione è soggetto a gestione separata INPS o cassa professionale (es. Inarcassa) oltre che a rivalsa 4%.</p>
<p>Altre indennità speciali (esclusività, bilinguismo, ecc.)</p>	<p>Trattamento fiscale ordinario IRPEF per tutte le voci accessorie corrisposte in busta paga o tramite convenzione. Non risultano previste esenzioni IRPEF su indennità come esclusività medica, bilinguismo, indennità di funzione, etc., salvo rientrino in fringe benefit de minimis (non usuale in questi casi).</p>	<p>La generalità delle indennità accessorie è soggetta a contribuzione. Fanno eccezione compensi percepiti fuori dal rapporto di lavoro: es. medici dipendenti SSN – compensi intramoenia, gettoni da consigliere – esclusi da contributi INPS ex art. 9-bis L. 166/1991. Se il professionista appartiene ad un Ordine con cassa propria (ENPAM, etc.) e svolge attività extra, potrebbe versare su quelle somme alla cassa (ad es. medici dipendenti versano Quota A ENPAM obbligatoria a prescindere, ma l'intramoenia non richiede contribuzione aggiuntiva).</p>

Normativa fiscale di riferimento sui compensi accessori

Fiscalmente, i compensi accessori corrisposti al personale sanitario rientrano nella disciplina generale dei redditi di lavoro di cui al TUIR (DPR 917/1986). In particolare:

- Per i **lavoratori dipendenti** (pubblici o privati), l'art. 51 del TUIR (già art. 48) dispone che costituiscono reddito da lavoro dipendente

“tutte le somme e i valori in genere, a qualunque titolo percepiti nel periodo d'imposta in relazione al rapporto di lavoro”. Questo principio dell'**onnicomprendività del reddito di lavoro dipendente** fa sì che stipendi, indennità, straordinari, premi e qualsiasi compenso accessorio siano di regola tassabili, salvo specifiche esclusioni espressamente previste (ad esempio, fringe benefit di modico valore entro €258,23 annui, rimborsi spese documentati per trasferte entro limiti, etc., che però esulano dal nostro tema). Dunque, indennità come quelle di rischio, di turno, di pronta disponibilità sono tutte **includibili nella base imponibile IRPEF** del periodo in cui vengono pagate. **Non esistono detrazioni o esenzioni** fiscali specifiche per tali emolumenti, fatta eccezione per le norme di detassazione agevolata introdotte con leggi annuali per particolari categorie (come l'imposta sostitutiva 10% sui premi di produttività nel privato o il 5% sugli straordinari infermieristici 2025 nel pubblico già citati). La giurisprudenza tributaria ha più volte ribadito il concetto: es., la Cassazione ha assoggettato a IRPEF anche indennità percepite in violazione di norme sul riposo, trattandosi comunque di corrispettivo di lavoro (Cass. 16101/2004 cit. in). Analogamente, l'**indennità sostitutiva di ferie o riposi non goduti** è reddito imponibile perché remunera una maggiore attività lavorativa effettuata nonostante il diritto alle pause. Nel caso specifico dell'indennità sostitutiva del congedo per rischio radiologico non fruito, la Corte di Cassazione (Sez. VI, ord. n. 2229/2016) ha confermato che anch'essa è soggetta a tassazione, essendo “compenso percepito in dipendenza del rapporto di lavoro [...] indice di capacità contributiva anche se erogato in violazione di norme di tutela”. Queste pronunce confermano che, ai fini fiscali, **rileva il nesso con il lavoro svolto**, indipendentemente dalla natura risarcitoria o incentivante che talora si vuol attribuire a certe indennità: se l'indennità è collegata alla prestazione lavorativa (presente o passata), va tassata come reddito da lavoro.

- Per i **medici convenzionati** e altri professionisti in rapporto di convenzione con il SSN, i compensi percepiti (sia la quota “base” che gli eventuali compensi accessori aggiuntivi previsti dagli Accordi) vengono qualificati fiscalmente come **redditi di lavoro autonomo**. In effetti, il medico di medicina generale o lo specialista ambulatoriale convenzionato agisce con autonomia professionale e organizzativa (sebbene all’interno di regole pubbliche), ed emette fattura/nota per i compensi che l’ASL corrisponde, i quali sono esenti IVA (prestazione sanitaria) ma soggetti a ritenuta d’acconto IRPEF. Pertanto, ai fini del TUIR, tali compensi rientrano nell’art. 53 (redditi di lavoro autonomo esercizio di arti e professioni). Ciò consente loro di dedurre i costi sostenuti (studio medico, personale di segreteria, attrezzature) e di essere tassati sul reddito netto. Ad esempio, l’indennità informatica riconosciuta ai medici di base per dotarsi di strumenti digitali, o l’indennità di collaboratore di studio per assumere personale di studio, sono somme che incrementano il reddito professionale del medico convenzionato e come tali sono tassate. Un caso peculiare è l’**indennità di rischio ex art. 59 ACN** per i medici di continuità assistenziale: alcune Regioni l’hanno corrisposta “a pioggia” e la Cassazione ne ha negato la debenza generale, ma laddove corrisposta è anch’essa reddito professionale imponibile (salvo eventuale contenzioso restitutorio). Si segnala che per i convenzionati vige anche l’IRAP (Imposta regionale sulle attività produttive) se l’attività è organizzata con autonoma struttura: la Corte di Cassazione ha escluso che l’ammontare dei compensi percepiti di per sé determini l’assoggettamento ad IRAP, ciò che conta è l’impiego di **mezzi organizzati** (dipendenti, studi attrezzati oltre un minimo): ad es. un medico di base con più segretarie, studio multi-ambulatorio, ecc., paga IRAP, mentre uno con organizzazione minima no.
- Per i **liberi professionisti sanitari** (non convenzionati), come accennato valgono le regole dei redditi di lavoro autonomo puro: tutti i compensi

percepiti per prestazioni professionali (anche se chiamati “bonus” o “incentivi” in un contratto con una clinica privata, ad esempio) concorrono a formare il reddito imponibile, con possibilità di dedurre i costi correlati. Se operano in regime forfettario (ricavi sotto soglia, etc.), usufruiscono di imposta sostitutiva 15% (5% startup) ma questo esula dalla specificità del compenso accessorio.

In sintesi, **il fisco considera i compensi accessori parte integrante del reddito da lavoro**. Le uniche parentesi di sollievo fiscale provengono da normative speciali **temporanee**: è fondamentale quindi monitorare le Leggi di Bilancio annuali e i provvedimenti collegati per cogliere eventuali agevolazioni (come quella del 5% sugli straordinari 2025 per infermieri, o la proroga della detassazione premi al 5% nel privato). Tali misure sono mirate e circoscritte; l’Agenzia delle Entrate fornisce chiarimenti tramite circolari e risoluzioni, cui conviene far riferimento caso per caso.

Inquadramento previdenziale e contributivo

Sul fronte previdenziale, occorre distinguere il regime dei dipendenti (pubblici e privati) da quello dei liberi professionisti e convenzionati:

- **Dipendenti pubblici del SSN**: Sono iscritti alla **Gestione Dipendenti Pubblici INPS** (ex INPDAP). La contribuzione pensionistica a loro carico è pari a circa l’8,8% della retribuzione lorda, mentre l’ente datore versa circa il 24% (aliquota complessiva intorno al 33% in linea con il settore privato). La peculiarità storica è che fino al 1995 il loro sistema era **retributivo** con un concetto di “quota A” pensionabile (stipendio tabellare + IIS + 18% di maggiorazione per accessorio) e “quota B” (il resto delle voci retributive accessorie oltre il 18%). Dopo la riforma Dini (L. 335/1995) e le successive, per il servizio dal 1996 in poi vige il contributivo e sono stati assoggettati a contribuzione tutti i compensi accessori eccedenti quel 18%, ma solo la parte eccedente. In pratica, **oggi tutti gli emolumenti accessori soggetti a contribuzione** generano un

montante contributivo che andrà in pensione. Rimane però che, per il personale con anzianità pre-1996, la base pensionabile della quota retributiva includeva solo stipendio e una frazione standardizzata del resto; ciò spiega perché certe indennità accessorie non aumentavano la pensione retributiva se non continuative. Questo assetto transitorio andrà scomparendo man mano che i dipendenti ante 1996 andranno in quiescenza. Attualmente, l'INPS con proprie circolari (es. circ. 6/2014) ha fornito alle PA elenchi di voci contributive imponibili, includendo praticamente tutte le indennità fisse e variabili salvo pochissime eccezioni normative. **Eccezioni contributive:** sono esclusi dal contributo pensionistico alcune categorie di redditi assimilati, come ricordato nella circ. INPS 6/2014 – ad esempio **borse di studio, compensi da amministratore di società, compensi per intramoenia** – che pur tassati, non vanno assoggettati a contribuzione pensionistica. Questo significa che un medico dipendente che guadagni 10.000 € dall'attività intramoenia pagherà IRPEF su tale importo, ma non contributi pensionistici, e infatti quella somma non inciderà sulla sua pensione INPS. Al di fuori di tali casistiche particolari, tutte le tipologie di trattamento accessorio discusse (indennità rischio, straordinari, premi, ecc.) sono soggette a contributi **CTPS** (Cassa Trattamenti Pensionistici Statali) o altre casse ex INPDAP, e confluiscono quindi nel calcolo pensionistico contributivo. Anche gli elementi accessori concorrono alla determinazione del **TFR** (trattamento di fine rapporto) o, nel pubblico, dell'indennità di buonuscita: in genere il TFR si calcola includendo tutte le somme corrisposte in costanza di rapporto (salvo rimborsi spese) su base annuale. Ad esempio, ferie non godute e straordinari vanno nel TFR se pagati.

- **Dipendenti del settore privato sanitario:** Versano i contributi all'INPS Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti (FPLD) con aliquota 33% (9.19% a carico lavoratore, 23.81% datore nel 2025). **Tutti** gli elementi retributivi accessori, senza eccezioni, sono soggetti a contribuzione INPS e concorrono alla retribuzione pensionabile. In regime contributivo puro (per i giovani ormai vale per tutti dal 2012 in poi), ogni euro in più di

retribuzione accessoria genera contribuzione e quindi diritto a pensione leggermente più alta. Non esistono tetti o franchigie come nel vecchio pubblico. Anche per il TFR del privato valgono regole analoghe: tutte le somme continuative o variabili concorrono a formarlo (ex art. 2120 c.c.). I dipendenti privati non hanno eccezioni tipo intramoenia, perché se svolgono attività extra o consulenze, o sono autorizzate e retribuite dal datore (quindi comunque imponibili), oppure se svolte all'esterno costituiscono un secondo rapporto di natura autonoma con relativi contributi (es. un infermiere dipendente che fa prestazioni occasionali altrove dovrà versare gestione separata per quelle).

- **Medici e professionisti convenzionati (MMG, pediatri, specialisti ambulatoriali, etc.):** Questi lavoratori non versano contributi all'INPS per la loro attività convenzionata, bensì alle casse previdenziali professionali di categoria, principalmente la **Fondazione ENPAM** (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici e Odontoiatri). L'ENPAM ha diversi fondi: un Fondo generale (Quota A) obbligatorio per tutti i medici/odontoiatri iscritti all'Ordine, e fondi speciali per categorie: ad esempio il Fondo della Medicina Generale, il Fondo Specialisti Ambulatoriali, il Fondo Speciale Integrativo (ex medici condotti) ecc. I medici di medicina generale titolari di convenzione versano una percentuale del loro compenso annuo lordo al Fondo ENPAM di categoria (in parte a proprio carico, in parte versata dall'ASL). Attualmente il contributo previdenziale per un MMG è attorno al 24,72% dei compensi convenzionali (di cui 1/3 a carico medico, 2/3 a carico ASL). Similmente, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali versano all'ENPAM con aliquote e massimali stabiliti dai rispettivi regolamenti. Tutti i compensi accessori (indennità informatica, compensi aggiuntivi per reperibilità, ecc.) che rientrano nella remunerazione convenzionale **sono soggetti a contribuzione ENPAM**, poiché gli ACN di norma prevedono che l'aliquota pensionistica si applichi sull'intero importo dovuto al medico. Ad esempio, se un medico di base percepisce un compenso aggiuntivo dalla Regione per un progetto vaccinale, tale importo sarà incluso nella base contributiva ENPAM (salvo sia configurato come rimborso spese). Un tema

particolare riguarda i **medici ex condotti** e altri casi peculiari, ma in generale ogni euro guadagnato in convenzione alimenta la pensione ENPAM. Da notare: se un medico convenzionato svolge anche attività libero-professionale extraconvenzione (es. visite private), su quei redditi extra versa contributi alla Quota B ENPAM (con aliquota modulare). Quindi un medico di base paga i contributi ENPAM sia sui compensi SSN (aliquota fondo di categoria) sia sulle eventuali altre entrate professionali (aliquota Quota B, ad es. 19,5%). Situazione analoga per specialisti ambulatoriali.

- **Liberi professionisti sanitari non convenzionati:** Ciascuna professione ha (o non ha) una cassa previdenziale dedicata. **ENPAPI** (Ente di previdenza degli infermieri) ad esempio copre gli infermieri libero-professionisti: questi versano un contributo soggettivo del **16% del reddito netto** dichiarato, con un minimale annuo (nel 2025 circa €1.600), più un contributo integrativo del 4% sui corrispettivi (traslato in fattura al committente). Altre casse: **ENPAP** per psicologi (contributi ~10% + 2% integrativo), **ENPAB** biologi (15% +4%), **ENPAF** farmacisti (contributo fisso indipendente dal reddito), **CNOP** ostetriche (gestite da ENPAPI come figura affine) ecc. Se la professione non ha cassa dedicata (es. fisioterapisti, dietisti – professioni sanitarie “tecniche” senza albo pre-2022), allora i lavoratori autonomi ricadono nella **Gestione Separata INPS** con aliquota 26,23% (professionisti senza albo) o 24% (con altra tutela obbligatoria). In ogni caso, i compensi accessori eventuali (bonus, incentivi contrattuali) percepiti da un libero professionista confluiscono nei suoi ricavi e vengono assoggettati alla medesima contribuzione. Ad esempio, un fisioterapista freelance che riceva un premio da un centro medico privato dovrà includerlo nel suo imponibile e pagare i contributi alla Gestione Separata su di esso.

In ambito previdenziale per i dipendenti pubblici, vale la pena citare alcuni interventi della **Corte dei Conti** in funzione giurisdizionale (competente per le pensioni pubbliche): la Corte ha spesso dovuto decidere se certe

indennità fossero da computare o meno nella base pensionabile. Un caso classico è l'**indennità di amministrazione** (per il personale ministeriale, analogo al comparto sanità sarebbe l'indennità di specificità medica o l'indennità infermieristica): la giurisprudenza contabile ha riconosciuto che, laddove i contratti collettivi considerino quell'emolumento come facente parte del trattamento fondamentale o comunque continuativo, esso va incluso nella base pensionabile. In passato invece la regola del 18% di cui sopra escludeva dal calcolo pensionistico la parte eccedente. Oggi, con l'armonizzazione contributiva, la tendenza è includere tutto nel montante, come detto. La Corte dei Conti interviene anche nei casi di indebita erogazione di trattamenti accessori non dovuti (es. indennità oltre i tetti): in tali casi può scattare la **responsabilità erariale** a carico dei dirigenti che hanno disposto pagamenti illegittimi. Tuttavia, come visto in materia di indennità ai medici di continuità assistenziale, non ogni sfornamento costituisce danno: nella sentenza di appello menzionata, la Corte dei Conti ha ritenuto che l'indennità aggiuntiva oraria introdotta dalla Regione Lombardia per la guardia medica non configurasse danno erariale, implicitamente riconoscendo una certa **discrezionalità** in capo alle Regioni se finalizzata a migliorare il servizio (fermo restando il rispetto dei limiti contrattuali nazionali).

Infine, il **Consiglio di Stato** ha avuto modo di esprimersi su questioni attinenti al trattamento accessorio soprattutto in termini di corretto inquadramento giuridico contrattuale. Ad esempio, in controversie relative agli ex medici condotti transitati al SSN, il Consiglio di Stato ha chiarito quali voci stipendiali fossero dovute in applicazione delle norme transitorie, comprendendo l'indennità integrativa speciale e altri assegni, così da equiparare il trattamento economico ai pari grado dipendenti (Cons. St., sez. III, n. 6014/2014). Sebbene si tratti di vicende molto specifiche, ciò evidenzia come ogni componente accessoria debba trovare fondamento in norma o contratto perché il professionista possa pretenderla, e la giurisprudenza amministrativa spesso interviene a dirimere dubbi interpretativi sulla spettanza di arretrati, sull'applicazione di clausole contrattuali integrative, etc.

Riferimenti contrattuali collettivi e normativi

Come emerso, la materia dei compensi accessori nei contratti sanitari è regolata in parte da **fonti contrattuali collettive** (CCNL, ACN, contratti decentrati) e in parte da **fonti legislative** (leggi statali, decreti, norme previdenziali). Riepilogando i principali riferimenti:

- **CCNL Sanità pubblica (comparto e dirigenza):** definiscono nel dettaglio le tipologie di indennità e compensi accessori. Ad esempio il CCNL Comparto Sanità 2016-2018 (e il recentissimo 2019-21) all'art. 86 e segg. elenca tutte le indennità: rischio radiologico, turni, pronta disponibilità, indennità di terapia intensiva, indennità di area critica, premi di risultato, straordinari, ecc. Nel CCNL Dirigenza medica-veterinaria 2016-18, analogamente, si disciplinano guardie, reperibilità, esclusività, fondo di posizione e di risultato. Tali contratti sono pubblicati e accessibili; per il triennio 2019-21 molte voci sono state modificate (come visto per i turni unificati). I **contratti integrativi aziendali** poi specificano la distribuzione interna di alcuni fondi (es. criteri di distribuzione del premio di risultato, progetti incentivati locali, etc.), nel rispetto però dei limiti imposti dal CCNL e dalla legge (D.Lgs. 150/2009 sulla performance).
- **ACN Medici di Medicina Generale, Pediatri, Specialisti Ambulatoriali:** gli Accordi Collettivi Nazionali stipulati in sede SISAC disciplinano il trattamento economico dei convenzionati. Ad esempio, l'ACN MMG in un articolo apposito prevede il *trattamento economico omnicomprensivo* con quota capitaria e compensi per singole attività (vaccinazioni, campagne speciali), demandando agli Accordi Integrativi Regionali (AIR) alcune modulazioni. L'art. 59 dell'ACN 2005 (e successivi) stabilisce che **compensi aggiuntivi possono essere previsti solo in relazione a servizi resi e volumi di attività aggiuntive**. Questo è il fondamento normativo che la Corte dei Conti e la Cassazione hanno utilizzato per censurare gli accordi regionali che davano indennità extra "a pioggia" senza collegarle

a prestazioni aggiuntive. Quindi ACN e AIR vanno letti congiuntamente per capire quali accessori spettino al convenzionato in ciascuna Regione.

- **Leggi di bilancio recenti:** hanno introdotto alcune disposizioni innovative: L. 178/2020 (Bilancio 2021) ha previsto l'Indennità di specificità infermieristica e quella di tutela del malato (finanziata a livello statale) poi recepite nei CCNL; L. 234/2021 (Bilancio 2022) l'Assegno di specificità medica per i medici dipendenti; L. 197/2022 (Bilancio 2023) ha ridotto al 5% l'aliquota sui premi di produttività privati per 2023; L. 207/2024 (Bilancio 2025) come visto il 5% sugli straordinari infermieri SSN. Inoltre, vari **decreti-legge emergenziali** (es. durante il Covid-19) hanno stanziato risorse per premialità al personale sanitario: si pensi al DL 18/2020 "Cura Italia" che autorizzò premi per chi operava nei reparti Covid, o al DL 34/2020 che finanziò indennità aggiuntive per infermieri (poi divenute la specificità infermieristica strutturale). Queste norme speciali hanno temporaneamente creato trattamenti accessori ad hoc, spesso esentasse entro certi limiti (in alcuni casi i bonus Covid regionali fino €1.000 erano esenti IRPEF per legge). Tali interventi, sebbene episodici, dimostrano la possibilità di deroga al regime ordinario via legge.
- **Normativa previdenziale:** rileva il D.Lgs. 165/1997 (armonizzazione basi contributive), il già citato art. 9-bis L. 166/1991 che esclude contributi su alcune voci (intramoenia, ecc.), il Regolamento ENPAM per i convenzionati (dove si leggono le aliquote e la composizione del reddito contributivo), i regolamenti delle casse autonome (ENPAPI, etc.), nonché le circolari interpretative (INPDAP 2/1998, INPS 6/2014, circolari ENPAM annuali). Ad esempio, la Circolare INPDAP 2/1998 chiarì che i nuovi incentivi (come quelli di progettazione) andavano assoggettati a contributo previdenziale; la Circolare INPS 6/2014 ha fornito alle amministrazioni un quadro aggiornato delle voci imponibili, ribadendo che *"a decorrere dal 1° gennaio 1996 la retribuzione accessoria assoggettabile a contribuzione è soltanto quella eccedente la misura del 18%"* (per i vecchi iscritti) e elencando i redditi esclusi (borse di studio, compensi intramoenia, ecc.).

- **Giurisprudenza:** in aggiunta ai casi citati (Cass. 13396/2023 su indennità rischio convenzionati; Cass. 23717/2019 su indennità radiologica tassabile; Cass. 9985/2023 su limiti agli incentivi regionali; Corte Cost. 153/2017 su detassazione premi nel pubblico; CdS n.6014/2014 su ex condotti; varie deliberazioni Corte Conti su pensionabilità accessori), giova ricordare che la Corte di Cassazione ha affrontato anche il tema del taglio dei fondi accessori in enti sanitari in deficit: es. Cass. 29137/2019 ha stabilito che le Regioni non possono ridurre unilateralmente le indennità legate a rischi specifici previste dal contratto (tutelando quindi il diritto del lavoratore a percepire l'indennità convenzionale piena, anche se l'ente ha problemi finanziari), mentre possono tagliare premialità accessorie "non garantite" se la norma lo consente. Questo a conferma che gli accessori contrattuali hanno natura di diritto acquisito entro i limiti delle norme.

Confronto tra pubblico e privato

Da quanto esposto emergono alcune differenze chiave nel **trattamento fiscale e previdenziale** dei compensi accessori tra il settore sanitario pubblico e quello privato, riassumibili nei seguenti punti:

- **Fiscalità agevolata:** nel settore privato esistono incentivi fiscali (flat tax 10% o 5%) per i premi di produttività e welfare aziendale, a cui il pubblico non accede. Nel pubblico, di regola, ogni indennità o bonus è tassato secondo IRPEF ordinaria, ad eccezione di misure ad hoc come il recente 5% per straordinari infermieri. Ciò comporta che, a parità di premio di risultato lordo, un dipendente di una clinica privata potrebbe trattenere in busta paga più netti di un collega pubblico, dato il minor prelievo fiscale.
- **Vincoli di spesa e importo degli accessori:** nel pubblico esistono tetti al trattamento accessorio complessivo (fondo salari accessori contingentato dalle leggi di bilancio), pertanto gli importi delle indennità

sono spesso predeterminati e non liberamente incrementabili dall'ente. Nel privato, almeno teoricamente, l'azienda può riconoscere superminimi o bonus maggiori a seconda delle performance aziendali (nei limiti della contrattazione collettiva ma con più elasticità). Tuttavia, nel privato la corresponsione di premi agevolati richiede il rispetto di criteri stringenti (accordo con obiettivi incrementali verificabili).

- **Previdenza pubblica vs privata:** per i dipendenti privati ogni compenso accessorio aumenta il montante contributivo INPS e quindi la futura pensione (essendo tutti contributivi ormai). Per i dipendenti pubblici pure, ma per quelli con periodi antecedenti 1996 l'aumento della pensione derivante da accessori non fissi è attenuato dal calcolo misto. A conti fatti, comunque, un euro di straordinario o indennità oggi produce contributi pensione sia se sei infermiere ASL sia clinica privata; la differenza è che l'infermiere pubblico vedrà la rendita INPS erogata a carico della Gestione pubblica (ex INPDAP), con regole leggermente diverse sul metodo di calcolo, ma il principio contributivo è comune.
- **Casse professionali vs INPS:** i medici dipendenti pubblici non versano a ENPAM per il loro stipendio (fanno però la Quota A ENPAM obbligatoria, circa €230/anno, come iscritti all'Ordine), mentre i medici convenzionati versano a ENPAM e non a INPS per i compensi convenzionali. I medici assunti da privati (es. clinica privata) versano a INPS come qualsiasi dipendente. Un medico libero professionista versa solo ENPAM (Quota B). Quindi la filiera contributiva cambia totalmente in base al rapporto: nel pubblico c'è l'intermediazione del bilancio statale (le pensioni ex INPDAP sono a carico erario in parte), nel privato si è nel sistema assicurativo generale.
- **Trattamento di fine servizio:** i dipendenti pubblici sanitari assunti prima del 2001 avevano l'Indennità Premio Servizio o Buonuscita calcolata su ultimo stipendio e quote fisse (molte indennità non incidono); dal 2001 in poi sono in regime TFR come i privati, includendo le voci accessorie medie. I privati hanno sempre avuto TFR inclusivo di tutto. Questo

riguarda l'aspetto liquidatorio e ormai è uniformato sul modello TFR per tutti i nuovi.

- **Controlli e responsabilità:** nel pubblico, l'erogazione di compensi accessori è soggetta a controlli (Ragioneria, Corte Conti) e se eccede o viola norme, i dirigenti possono risponderne. Nel privato, l'errore nel dare un'indennità in più ha al più conseguenze contrattuali ma non erariali. Ciò crea tradizionalmente più prudenza nel pubblico e un rispetto formale delle procedure per distribuire premi e indennità.

In conclusione, sia nel pubblico sia nel privato i **compensi accessori rappresentano una componente importante della retribuzione del personale sanitario**, motivando e remunerando condizioni di lavoro gravose e risultati raggiunti. Il **quadro normativo** richiede però attenzione: dal punto di vista fiscale conviene sfruttare le (poche) agevolazioni disponibili e conoscere il perimetro di tassazione; dal punto di vista previdenziale è bene essere consapevoli di come ogni voce retributiva si traduce (o meno) in diritti pensionistici futuri. Il tutto, senza dimenticare che la legittimità di certi compensi accessori può talora essere oggetto di interpretazione: mantenersi aggiornati su **circolari esplicative** (Agenzia Entrate, INPS, Ministeri) e su **sentenze di rilievo** aiuta enti e professionisti a muoversi con sicurezza nell'applicazione delle norme. Questo articolo ha fornito un panorama organico e specialistico: per ulteriori approfondimenti specifici (ad es. sul regime fiscale dei rimborsi spese, sul cumulo pensione dei medici con attività private, ecc.) si rimanda alla dottrina e prassi settoriale. In ogni caso, il messaggio chiave è che **“accessorio” non significa affatto “marginale”**: anzi, per molti operatori sanitari queste voci aggiuntive pesano significativamente in busta paga e nel bilancio della sanità, rendendo indispensabile una loro corretta gestione fiscale e previdenziale.

CONSULCESI CLUB

I migliori servizi legali per la tua vita professionale e privata

Grazie a un network di **avvocati** sempre **a tua disposizione**

