



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**CONTABILIZZAZIONE DELL'INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ PREVISTA
ALL'ART. 5 DEL CCNL DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA DELL' 8 GIUGNO 2000**

DELIBERAZIONE N. 3/SEZAUT/2021/QMIG



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

N. 3/SEZAUT/2021/QMIG

Adunanza del 31 marzo 2021

Presieduta dal Presidente della Corte dei conti

Guido CARLINO

Composta dai magistrati:

Presidenti di sezione Francesco PETRONIO, Fabio VIOLA, Maria Teresa POLITO, Anna Maria Rita LENTINI, Roberto BENEDETTI, Michele ORICCHIO, Maria RIOLO, Lucilla VALENTE, Stefano SIRAGUSA, Maria Annunziata RUCIRETA, Massimo DI STEFANO.

Consiglieri Massimo ROMANO, Maria Paola MARCÌA, Emanuela PESEL, Irene THOMASETH, Rinieri FERONE, Stefania FUSARO, Adriana LA PORTA, Ida CONTINO, Elena BRANDOLINI, Marco CATALANO, Dario PROVVIDERA, Marcello DEGNI, Stefano GLINIANSKI, Valeria FRANCHI, Francesco BELSANTI, Maria Rita MICCI, Luigi DI MARCO, Amedeo BIANCHI, Filippo IZZO; Donato CENTRONE, Franco Emilio Mario VIETTI.

Primi Referendari Michela MUTI, Alessandra CUCUZZA.

Referendari Fabio CAMPOFILONI.

Visto l'art. 100, secondo comma, della Costituzione;

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, e le successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20;

Visto l'art. 7, comma 8, della legge 5 giugno 2003, n. 131, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre

2001, n. 3;

Visto il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni Riunite con la deliberazione n. 14 del 16 giugno 2000 e le successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'art. 6, comma 4, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213 e le successive modifiche ed integrazioni;

Vista la deliberazione n. 6/2021/QMIG, con la quale la Sezione regionale di controllo per le Marche, nell'ambito del controllo finanziario sul bilancio d'esercizio 2017 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche nord" di Pesaro (PU) ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha rimesso al Presidente della Corte dei conti, ai sensi dell'art. 17, comma 31, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e del citato art. 6, co. 4, d.l. n. 174/2012, una questione di massima concernente il computo dell'indennità di esclusività, corrisposta dall'ente sanitario in favore del proprio personale medico ai sensi dell'art. 5, CCNL Dirigenza medico-veterinaria dell'8 giugno 2000, tra gli "altri costi" dell'attività libero professionale da costoro svolta all'interno delle stesse strutture aziendali dell'ente (*intramoenia*), ai fini della determinazione del relativo equilibrio economico

Vista l'ordinanza del Presidente della Corte dei conti n. 5 dell'11 febbraio 2021, con la quale, valutati i presupposti per il deferimento dell'esame e della risoluzione della predetta questione di massima ai sensi del richiamato art. 6, comma 4, del d.l. n. 174/2012, è stata rimessa alla Sezione delle autonomie la pronuncia in ordine alla questione prospettata dalla Sezione regionale di controllo per le Marche;

Vista la nota del Presidente della Corte dei conti n. 11448 del 16 marzo 2021 di convocazione in video conferenza dell'odierna adunanza della Sezione delle autonomie;

Udito il Relatore, Consigliere Luigi Di Marco;

PREMESSO

Preliminarmente è opportuno rammentare che la funzione nomofilattica intestata alla Sezione delle autonomie della Corte dei conti si esplica oltre che in sede consultiva, anche nell'ambito dell'attività di controllo ai sensi dell'art. 6, comma 4, d.l. n. 174/2012, secondo cui «Al fine di prevenire o risolvere contrasti interpretativi rilevanti per l'attività di controllo o consultiva o per la risoluzione di questioni di massima di particolare rilevanza, la Sezione delle autonomie emana delibera di orientamento alla quale le Sezioni regionali di controllo si conformano».

La questione sottoposta all'esame di questa Sezione trae origine dal controllo finanziario sul bilancio d'esercizio 2017 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche nord" di Pesaro (PU), posto in essere dalla Sezione regionale di controllo per le Marche, ai sensi

dell'art. 1, co. 170, legge n. 266/2005.

È utile, pertanto, sin d'ora precisare che la presente pronuncia va ristretta alla risoluzione dello specifico quesito proposto dalla Sezione remittente e quindi alla corretta interpretazione del quadro normativo vigente nell'esercizio 2017, cui il bilancio di esercizio esaminato si riferiva.

Nell'ambito della verifica sull'attività libero professionale, la Sezione remittente ha accertato che tra gli "altri costi intramoenia" l'Ente non ha contabilizzato la c.d. "indennità di esclusività" (comprensiva di oneri ed IRAP).

Secondo l'Ente, tale indennità sarebbe da annoverare tra i costi del personale, e non tra quelli dell'attività intramuraria, in quanto "legata soltanto allo stato giuridico del personale dipendente".

La Sezione regionale di controllo per le Marche, dopo una analitica ricognizione del quadro normativo di riferimento, ha dato atto della sussistenza di un contrasto interpretativo in seno alle Sezioni territoriali sintetizzabile in due orientamenti contrapposti.

Ad avviso di una prima e prevalente opzione ermeneutica, gli enti sanitari dovrebbero inserire nella tabella dei costi riferibili all'attività intramoenia (e quindi computabili ai fini del relativo equilibrio economico) anche il valore dell'indennità di esclusività per la quota parte imputabile all'attività intramoenia.

Di diverso avviso la tesi secondo cui, la percezione dell'indennità di esclusività, non essendo dipendente dalla scelta del singolo medico di svolgere o meno l'attività professionale intramoenia, rappresenterebbe un costo fisso permanente ed ineludibile, derivante dalla mera applicazione del contratto collettivo nazionale, quale forma di remunerazione aggiuntiva per i medici che optino per il regime di esclusività.

A fronte della evidenziata diversità di posizioni interpretative, tra loro antitetiche, la Sezione remittente ha ritenuto opportuno sospendere in parte qua il procedimento di controllo sul bilancio dell'esercizio 2017 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche nord" di Pesaro e rimettere al Presidente della Corte dei conti, per la valutazione sull'opportunità di deferire alla Sezione delle autonomie ai sensi dell'articolo 6, co. 4, del decreto-legge n. 174 del 2012, ovvero alle Sezioni Riunite ai sensi dell'articolo 17, co. 31, del decreto-legge n. 78 del 2009, la soluzione della seguente questione di massima di interesse generale: «se, ed eventualmente in che misura e secondo quali criteri e modalità, l'indennità di esclusività, corrisposta ai sensi dell'art. 5 CCNL Dirigenza medico-veterinaria del 8 giugno 2000 dall'ente sanitario in favore del proprio personale medico, debba essere computata tra gli "altri costi" dell'attività libero professionale da costoro svolta all'interno delle stesse strutture aziendali dell'ente (intramoenia), ai fini della determinazione del relativo equilibrio economico».

Il Presidente della Corte dei conti, con ordinanza n. 5 dell'11 febbraio 2021, ha deferito, ai

sensi dell'articolo 6, comma 4, del decreto-legge n. 174 del 2012, alla Sezione delle autonomie, l'esame e la pronuncia in ordine alla questione sollevata dalla Sezione regionale di controllo per le Marche.

CONSIDERATO

1. Al fine di inquadrare correttamente i termini della questione proposta si rende innanzitutto necessario richiamare le principali disposizioni normative che regolamentano l'attività libero professionale intramuraria e l'indennità di esclusività, onde evidenziarne i rapporti con il regime di esclusività dei dirigenti dell'area medica e sanitaria.

L'esercizio dell'attività libero-professionale nell'ambito dei servizi, presidi e strutture delle unità sanitarie locali da parte del personale dirigente medico e sanitario, rappresenta come noto una deroga al generale principio di esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione.

Si tratta dell'attività che il personale in questione, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, *day surgery* o di ricovero sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a suo carico o di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (cfr. art. 114, comma 4 CCNL dell'area sanità - Triennio 2016 - 2018 del 19 dicembre 2019).

Già prevista dall'art. 35, comma 2, DPR 20.12.1979, n. 761, è stata esplicitamente riconosciuta dall'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, secondo cui l'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o, a determinate condizioni, anche all'esterno di esse.

L'art.15-*quinquies* del d.lgs. 30.12.1992, n. 502, ha poi attribuito al dirigente sanitario che abbia instaurato con l'azienda un rapporto esclusivo, il diritto soggettivo all'esercizio dell'attività libero professionale individuale al di fuori dell'impegno di servizio.

Gli obiettivi che le norme in commento tendono a perseguire possono essere sinteticamente individuati nello snellimento delle liste di attesa e nell'incremento dell'offerta delle attività istituzionali all'utenza, con conseguente accrescimento dell'efficienza del servizio sanitario nazionale senza oneri aggiuntivi per lo stesso, al fine ultimo di assicurare risposte più adeguate ai bisogni di salute della popolazione continuando a garantire prioritariamente tutti i livelli di assistenza previsti dal SSN.

Anche per queste ragioni si ravvisa nel variegato panorama normativo che disciplina la materia, una tendenza ad incentivare il ricorso all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, se non altro sotto il profilo della rimozione, a carico delle

aziende, di tutti gli ostacoli, specie di carattere strutturale ed organizzativo, che possano impedirne il concreto svolgimento. Ciò, naturalmente, a condizione che la stessa non comporti, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiori a quello assicurato per i compiti istituzionali, nel rispetto del principio di prevalenza di questi ultimi (cfr. comma 3, art. 15-*quinquies*, d.lgs. n. 502/1992).

Va in ogni caso chiarito che il rapporto di esclusività del dirigente medico con la struttura sanitaria presso la quale opera ovvero la rinuncia all'esercizio dell'attività extramuraria, pur rappresentando il prerequisite per l'esercizio della libera professione, non implica necessariamente lo svolgimento effettivo dell'attività intramoenia.

La relazione annuale al Parlamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria relativa agli anni 2017 e 2018, presentata dalla Sezione "Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale" del Ministero della Salute, ha evidenziato che, mediamente, nel 2012, circa il 94 per cento dei dirigenti medici e sanitari non medici è stato legato alla propria azienda da un rapporto di esclusività, seppur con percentuali diverse per le singole figure professionali, ed ha, altresì, rilevato che nel 2018 il numero dei medici che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria si è attestato sul 40,8 per cento del totale dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, mentre la percentuale di chi svolge la libera professione rispetto ai dirigenti medici con rapporto esclusivo, è stata pari al 45,4 per cento.

2. L'art. 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e l'art. 15-*quater*, comma 5, del d.lgs. n. 502/1992 (inserito dall'art. 13 del d.lgs. n. 229/1999), hanno poi riconosciuto il diritto all'indennità di esclusività, prevedendo che i contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva. A tal fine, in ossequio al citato art. 1, comma 12, della l. n. 662/1996 le direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei ministri all'ARAN ne indicano i criteri di attribuzione. L'indennità è stata quindi istituita, in attuazione delle norme citate, dall'art. 42 del CCNL della dirigenza medico-veterinaria dell'8 giugno 2000 (disciplina della Parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999).

Conseguentemente, l'art. 5 del CCNL, sempre dell'8 giugno 2000 (disciplina della parte economica biennio 2000-2001), ne ha dettato la disciplina positiva in via del tutto indipendente rispetto all'esercizio della libera professione, provvedendo tra l'altro alla sua commisurazione ed all'individuazione delle sue fonti di finanziamento.

3. Volgendo lo sguardo al tema dell'equilibrio economico che deve essere assicurato nello svolgimento delle prestazioni libero professionali, viene invece in rilievo l'art. 4, co. 10, penultimo periodo del d.lgs. n. 502/1992, secondo cui il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al

livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi.

Allo stesso modo, ai fini della risoluzione della questione proposta, occorre tenere in considerazione l'art. 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, a norma del quale, per la gestione delle camere a pagamento di cui all'art. 4, commi 10 e 11, del d.lgs. n. 502/1992, le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico provvedono alla tenuta di una contabilità separata che deve tenere conto di tutti i costi diretti e indiretti, nonché delle spese alberghiere. Tale contabilità non può presentare disavanzo. Il successivo comma 7, poi, prevede che nel caso in cui la predetta contabilità separata registri un disavanzo, il direttore generale è obbligato ad assumere tutti i provvedimenti necessari, compresi l'adeguamento delle tariffe o la sospensione del servizio relativo alle erogazioni delle prestazioni sanitarie. Tali disposizioni si applicano anche alle prestazioni ambulatoriali fornite a pazienti solventi in proprio.

In relazione alle specifiche tipologie di costo connesse all'attività in esame, l'articolo 1, comma 4, lett. c), della legge n. 120/2007 come modificato dall'art. 2, d.l. 13 settembre 2012, n. 158, indica la necessità che ciascuna azienda sanitaria definisca "d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'équipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi proquota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, salvo quanto previsto dalla lettera a-ter), ultimo periodo, e dalla lettera b), ultimo periodo, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete.

Analogamente, l'art. 116 del CCNL 2019 prevede che nella fissazione delle tariffe le Aziende o Enti terranno conto, oltre che delle disposizioni legislative vigenti, ivi incluso il citato art. 1, comma 4, lett. c), della legge n. 120/2007, anche della circostanza che le tariffe per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio debbano essere remunerative di tutti i costi sostenuti dalle aziende e debbano, pertanto, evidenziare le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'équipe, del personale di supporto, i costi pro quota - anche forfetariamente stabiliti - per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature nonché gli altri costi evidenziati dalle Aziende o Enti.

4. Venendo al merito della questione proposta, la Sezione remittente dubita che tra i costi rilevanti ai fini del rispetto dell'equilibrio che l'attività libero professionale intramuraria deve per legge garantire, debba essere incluso anche quello ascrivibile all'indennità di esclusività che rappresenta una voce del trattamento economico spettante al personale

dirigente in regime di esclusività.

Il quesito, ad avviso della Sezione, va risolto facendo applicazione delle disposizioni del Decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 aprile 2013, n. 88, S.O..

Il nuovo schema della nota integrativa al bilancio di esercizio introdotto dal Decreto in commento ed in particolare la tabella n. 18.54, che trova indubbiamente applicazione all'esercizio oggetto della presente pronuncia, prevedendo tra i ricavi e i costi dell'attività libero professionale intramuraria l'indennità di esclusività, fornisce un'indicazione inequivoca e vincolante circa la necessaria contabilizzazione di tale voce di costo tra i componenti negativi della contabilità separata dell'attività intramuraria.

Al riguardo è appena il caso di rammentare che gli enti del servizio sanitario nazionale sono tenuti, in base all'art. 26 comma 3 del d.lgs. n. 118/2011, alla redazione del bilancio di esercizio secondo gli appositi schemi di cui all'allegato n. 2, che costituiscono parte integrante del medesimo decreto legislativo e che il DM in commento è stato adottato in ossequio all'art. 34 del ridetto decreto legislativo a norma del quale gli aggiornamenti degli schemi di bilancio sono effettuati con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Ne consegue che gli schemi di bilancio recati dal DM in commento ivi inclusa, ai fini che qui interessano, la Tabella n. 18.54, si sostituiscono interamente a quelli allegati al Decreto legislativo, di cui peraltro condividevano valore ed efficacia, nella disciplina della materia acquistando di fatto una primarietà in senso sostanziale intesa come idoneità, pur nel limitato ambito ad esso riconosciuto, ad innovare rispetto alle regole fissate con norme primarie, col solo limite del rispetto della Costituzione e dei principi dell'ordinamento.

Del resto, il meccanismo di necessario adeguamento degli schemi di bilancio ideato dal legislatore ordinario per gli enti del servizio sanitario nazionale appare sostanzialmente sovrapponibile a quello in uso per regioni, province autonome ed enti locali, ai sensi dell'art. 11, comma 11, del d.lgs. n. 118/2011 secondo cui «Gli schemi di bilancio di cui al presente articolo sono modificati ed integrati con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, di concerto con il Ministero dell'interno - Dipartimento per gli affari interni e territoriali e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli affari regionali, su proposta della Commissione per l'armonizzazione contabile degli enti territoriali».

Sul punto è utile richiamare l'orientamento già espresso da questa Sezione secondo cui «pur se cedevoli rispetto alla fonte di rango primario, i principi contabili restano un parametro normativo dal quale non è possibile discostarsi. Le Sezioni di controllo della Corte devono dunque assumere detti principi come parametro di valutazione al pari di

qualsiasi altra norma. Nel caso si ritenesse l'emergenza di qualche distonia normativa, la questione va sottoposta alla Sezione delle autonomie cui è intestata dall'art. 6, comma 4, d.l. n. 174/2012 la funzione nomofilattica, come correttamente è avvenuto nel caso in esame» (Sez. autonomie n. 15/2017/QMIG e n. 22/2020/QMIG).

In conclusione, l'indicazione operata dallo schema di nota integrativa di cui al DM del 20 marzo 2013, deve ritenersi univoca in quanto riferita ad una sola e specifica voce della retribuzione individuale dei dirigenti medici, e vincolante ai sensi del combinato disposto degli artt. 26, commi 3 e 34, del d.lgs. n. 118/2011.

Il che appare, peraltro, in linea con la prevalente e condivisibile posizione delle Sezioni regionali di controllo che hanno stigmatizzato la mancata valorizzazione della voce di costo in esame tra le componenti negative del bilancio dell'attività libero professionale intramuraria (cfr. Sezione controllo Veneto n. 122/2016, Sezione controllo Calabria n. 33/2017, Sezione controllo Calabria n. 51/2014, Sezione controllo Marche n. 26/2018, Sezione controllo Veneto n. 406/2017, Sezione controllo Veneto n. 196/2018).

5. Assumono, pertanto, un rilievo non dirimente le ricostruzioni ermeneutiche che fanno leva, per lo più, sulla circostanza che la normativa pattizia abbia inteso esplicitamente correlare l'indennità di esclusività al regime di esclusività del rapporto di lavoro piuttosto che all'opzione per l'esercizio della libera professione intramuraria.

Secondo tale impostazione, l'esame delle disposizioni di settore, specie pattizie, rivelerebbe una evidente correlazione tra la corresponsione dell'emolumento in questione e la rinuncia da parte del dirigente all'attività extramoenia ed alla conseguente opzione per il regime di esclusività.

L'attività libero professionale intramuraria rappresenterebbe pertanto solo una ulteriore facoltà (*rectius* diritto) del dirigente in regime di esclusività, dal cui esercizio non dipenderebbe la corresponsione dell'indennità.

Il richiamato art. 42 del CCNL del 2000 addirittura prevede, al comma 2, che «la disciplina del rapporto di lavoro esclusivo e del connesso trattamento economico è strettamente legata alla permanenza stabile nell'attuale quadro normativo del presente sistema di incompatibilità, dandosi atto che, ove le eventuali norme di legge sopravvenute dovessero modificare l'esclusività del rapporto senza riferimento agli aspetti economici, il contratto – per la presente parte – sarà immediatamente disdettato e le parti si incontreranno per la riapertura del negoziato su tale punto entro 30 giorni. Resta fermo, in ogni caso, il mantenimento dell'indennità, nei confronti di quei dirigenti, che pur in un diverso assetto normativo, manterranno la propria opzione per l'esclusività del rapporto di lavoro».

Ed anche il sistema di finanziamento dell'indennità sembrerebbe rappresentare un elemento ermeneutico rilevante.

Il comma 7 dell'articolo in commento prevede, infatti, che l'indennità, nella prima applicazione, è finanziata a livello nazionale dal fondo per l'esclusività del rapporto dei

dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria (art. 72, comma 15, l. n. 448/1998 ed art. 28, commi 8, 10 e seguenti, della legge n. 488/1999), a livello regionale dall'1,2% del monte salari annuo aziendale ed a livello aziendale dalla retribuzione di posizione e di risultato dei medici optanti per l'extramoenia (ovvero i risparmi derivanti dall'applicazione dei commi 4, 5 e 12 dell'art. 72, della legge n. 448/1998). Allo stesso modo il recente incremento del 27%, previsto dall'art. 1, comma 407, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, come pure gli oneri derivanti dall'applicazione dell'art. 1, co. 545, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, vengono entrambi finanziati con risorse a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato. Non apparrebbe pertanto irrilevante la circostanza che tra le risorse messe a disposizione per l'erogazione dell'indennità, in nessun caso, figurino i ricavi rinvenienti dall'attività libero professionale intramuraria.

6. Pur tuttavia, nel ribadire che qualsiasi ricostruzione della natura della indennità di esclusività, per quanto astrattamente ragionevole, non può non tener conto del richiamato dato normativo rappresentato dallo schema di nota integrativa, vale la pena far rilevare come appaia comunque preferibile l'opzione interpretativa dell'inclusione della voce di costo in parola nell'equilibrio del bilancio dell'attività intramuraria.

A ben vedere, come è chiaro che il costo dell'indennità di esclusività percepito dal personale che non eserciti l'attività libero professionale non debba trovare evidenza nel prospetto 18.54 del citato DM, allo stesso modo si deve ritenere che per il personale che di tale facoltà si avvalga, difficilmente potrebbe essere negato un nesso di inerenza tra l'emolumento e l'attività concretamente svolta.

Se pertanto la ratio della norma risiede nell'esigenza che il libero professionista, nello svolgimento della propria attività libero professionale e con la remunerazione della stessa rappresentata dalla tariffa compartecipi alla copertura dei costi diretti ed indiretti, appare altrettanto ragionevole ritenere che tale compartecipazione venga riferita solo ad una quota parte della indennità di esclusività. E che il contributo sia stato ancorato all'indennità in commento piuttosto che ad altre voci del trattamento economico si spiega in ragione della sua specificità, visto che si tratta dell'unico emolumento, a differenza degli altri, che viene percepito da tutti coloro che non operino in regime di extramoenia.

Non si ravvisa, pertanto, alcun contrasto tra la pur condivisibile tesi volta a correlare l'indennità con il regime dell'esclusività e la soluzione prospettata.

Vero è che anche il personale non in concorrenza con l'azienda per aver rinunciato all'extramoenia percepisce l'indennità di esclusività indipendentemente dallo svolgimento dell'attività intramuraria; ma è altrettanto ragionevole ritenere che per coloro che tra questi la svolgano, a fronte del vantaggio consistente nell'esercizio della professione nelle strutture e con parte dei costi a carico dell'azienda, sia previsto che la parte dell'indennità corrispondente all'impegno in essa profuso sia posta a carico della

attività intramoenia e dei suoi conseguenti profitti.

In altri termini, l'introito della tariffa, fa venir meno l'interesse aziendale a finanziare parte dell'indennità di esclusività, diversamente da quanto accade per il personale che invece non esercita la libera professione né all'interno dell'azienda né in concorrenza con essa. Per cui, fermo restando che l'indennità, in ossequio alla normativa pattizia, viene percepita per intero da tutto il personale in esclusività, appare coerente con il sistema ritenere che per chi svolge l'intramoenia, una parte di essa venga finanziata dalla tariffa.

In conclusione, per il solo personale che svolga la libera professione all'interno dell'azienda, si ritiene che, nell'esercizio finanziario 2017, la tariffa debba finanziare una parte dell'indennità di esclusività e che la quota a carico della gestione intramuraria vada parametrata, come si dirà, in relazione all'incidenza dell'attività libero professionale rispetto a quella istituzionale.

D'altra parte, l'attività intramoenia ed il regime di esclusività sembrano essere concetti strettamente connessi se non altro in quanto la seconda costituisce il prerequisito della prima. Ciò rende ragionevole ritenere, peraltro in linea con quanto previsto dal DM del 20 marzo 2013, che limitatamente ai soli dirigenti medici e sanitari che svolgano la libera professione, ed in ogni caso in misura non superiore all'incidenza dell'attività intramuraria su quella istituzionale, l'indennità di esclusività debba essere inclusa tra i costi della contabilità separata.

Sotto altro profilo, il fine ultimo perseguito dal legislatore con l'introduzione del regime di esclusività e quindi della correlativa remunerazione, che è appunto rappresentata dall'indennità di esclusività nei termini sopra descritti, non può semplicemente risolversi nell'esigenza di evitare la concorrenza dei dirigenti medici in regime di extramoenia; ma anche nell'interesse a consentire l'esercizio dell'attività intramuraria i cui vantaggi ricadono certamente sull'azienda di appartenenza anche in termini di incremento dei livelli dei LEA.

Di qui l'inevitabile nesso di inerenza sufficiente alla riconduzione dell'indennità in questione ad una delle voci di costo indiretto da valorizzare nella rappresentazione dell'equilibrio dell'attività libero professionale. In quest'ottica, pertanto, il DM conserverebbe natura meramente ricognitiva di un costo che comunque rappresenta già di per sé un costo indiretto.

Ed anzi, restringendo l'analisi del vigente quadro normativo alle sole norme primarie, pare che il legislatore ordinario abbia inteso correlare il diritto alla corresponsione dell'indennità non già semplicemente all'opzione per il regime di esclusività, quanto piuttosto al concreto svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria.

In effetti l'art. 1, comma 12, della legge n. 662/1996, richiamato dall'art. 15-*quater*, co. 5, del d.lgs. n. 502/1992, prevede che «Le direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei ministri all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, di

cui all'articolo 50, commi 4 e 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, indicano altresì i criteri per l'attribuzione di un trattamento economico aggiuntivo al personale che abbia optato per l'esercizio della libera professione intramuraria *..omissis..*».

Allo stesso modo l'art. 72, comma 6, della legge n. 448/1998 prevede che «Al fine di promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie, nell'ambito e in coerenza con le finalità di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e in relazione al conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano sanitario nazionale, è istituito un fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria», per poi aggiungere che «Sono ammessi ai benefici del fondo i medesimi dirigenti a condizione che abbiano rinunciato alla facoltà di svolgere la libera professione extramuraria e qualsiasi altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito, secondo i criteri e le modalità previsti dal regolamento di cui al comma 9 e, comunque, ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza».

L'esame delle norme da ultimo citate rivela, in conclusione, un indubbio rapporto di inerenza tra l'indennità e la libera professione intramuraria di per sé sufficiente a qualificare la prima come costo indiretto della seconda, in coerenza con la specifica disciplina delle modalità di contabilizzazione introdotta dal D.M. del 20.03.2013.

7. In relazione all'entità, ai criteri ed alle modalità di computo della voce di costo in parola, come ben evidenziato dalla Sezione remittente, appare innanzitutto opportuno ribadire la necessità dell'utilizzo da parte delle aziende sanitarie di un efficiente sistema di contabilità analitica o, comunque, di sistemi contabili che permettano di individuare con attendibilità i componenti negativi imputabili all'attività intramuraria.

In secondo luogo, può non essere secondario ribadire, ancora una volta, come il quesito proposto debba essere ristretto alla sola indennità di esclusività percepita dai dirigenti medici e sanitari che svolgano l'attività intramuraria escludendo, per le motivazioni dianzi esposte, che il relativo prospetto debba accogliere anche l'indennità del restante personale in regime di esclusività.

Appare inoltre ragionevole ritenere che la misura dell'indennità da prendere in considerazione debba essere definita in termini percentuali, ponendo in relazione il quantum di attività libero professionale esercitata con la restante attività istituzionale, nel rispetto del principio di prevalenza della seconda sulla prima, al fine di dare evidenza dell'incidenza percentuale delle prestazioni intramurarie sul totale delle prestazioni.

Rimane invece riservata alla valutazione dei competenti organi regolatori la competenza all'individuazione del parametro di valutazione da utilizzare ai fini del calcolo.

A tal fine, ed a titolo meramente esemplificativo, potranno assumere rilievo l'impegno orario profuso nella libera professione rispetto al totale di ore lavorate, i volumi di

attività libero professionale concordati rispetto ai volumi di attività istituzionale assicurati (cfr. art. 10, co. 1, del DPCM del 27.03.2000) e/o i ricavi delle prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramurale rispetto alla valorizzazione economica delle prestazioni erogate in regime istituzionale.

Appare in ogni caso necessario che vengano espressi i criteri per imputare la quota parte dell'indennità di esclusività relativa all'attività libero professionale, in modo da rendere omogenea la rappresentazione degli stessi da parte di tutte le aziende sanitarie (cfr. Sezione regionale di controllo per il Piemonte n. 64/2019/SRCPIE/PRSS).

Il criterio dell'imputazione pro quota dell'indennità, d'altra parte, era stato già esplicitamente adottato e suggerito alle aziende sanitarie da questa Sezione con le linee guida per la redazione del questionario sul bilancio di esercizio 2013 (Sezione autonomie n. 13/SEZAUT/2014/INPR); impostazione costantemente confermata fino all'emanazione delle linee guida e questionario sul bilancio di esercizio 2019 (Sezione autonomie n. 6/SEZAUT/2020/INPR). In sede di coordinamento questa Sezione aveva infatti richiesto di specificare agli organi interni di revisione se l'indennità di esclusività medica fosse correttamente ed integralmente riportata nella Tabella n. 18.54 allegata al DM 2013, per la sola quota imputabile all'attività di libera professione.

Sulla stessa linea si pone anche la giurisprudenza delle Sezioni regionali di controllo che hanno affrontato il problema.

È stato affermato in particolare che «una corretta contabilizzazione dei costi dell'intramoenia dovrebbe comprendere anche l'indennità di esclusività medica per la quota parte riconducibile all'attività stessa». Ed ancora, «Poiché l'indennità in esame costituisce comunque un costo indiretto che, verosimilmente, dovrebbe essere ripartito sulla base delle ore dedicate all'attività intramoenia da parte del personale, è necessario che questa voce sia considerata, per la quota riferibile, in quanto comunque corrisposta al personale» (Sezione regionale di controllo per le Marche n. 132/2015/PRSS). «L'indennità in esame costituisce un costo indiretto che dovrebbe essere ripartito tenuto conto dell'attività privata da parte del personale» (Sezione regionale di controllo per le Marche n. 89/2016/PRSS).

Analogamente, la Sezione regionale di controllo per il Veneto, ha avuto modo di far rilevare come l'indennità di esclusività medica per attività libero professionale [che] costituirebbe un c.d. costo indiretto che dovrebbe essere ripartito sulla base delle ore effettivamente dedicate all'attività intramoenia da parte del personale (Deliberazione n. 122/2016/PRSS).

Allo stesso modo la Sezione regionale di controllo per il Piemonte ha avuto modo di rilevare che "Il D.M. 20 marzo 2013, ed ancor prima il d.lgs.n. 118/2011, fornendo indicazioni alle Aziende sanitarie sullo schema della nota integrativa, hanno dettagliato i ricavi e i costi dell'attività libero professionale che devono essere evidenziati in nota integrativa. Sull'importo dell'indennità di esclusività, attribuita indipendentemente dallo

svolgimento o meno dell'ALPI, viene espressamente richiesta la quota attinente alla libera professione. L'Azienda, dunque, una volta stabiliti i criteri di calcolo di detta quota, deve inserire l'importo così quantificato nella sopra citata tabella della nota integrativa" (Sezione regionale di controllo per il Piemonte n. 64/2019/SRCPIE/PRSS).

Si ritiene, pertanto, che le argomentazioni espresse dall'azienda sanitaria, il cui bilancio per il 2017 è stato esaminato dalla Sezione remittente, secondo cui l'inclusione dell'indennità determinerebbe effetti distorsivi sulla quantificazione della tariffa, non possano essere considerate dirimenti, in quanto attengono al merito della questione e muovono da un presupposto erroneo costituito dall'imputazione ai costi dell'intramoenia dell'intera indennità, in luogo della quota parte di essa.

Computando invece la sola indennità dei dirigenti che svolgono la libera professione intramuraria e solo per la quota di essa corrispondente all'incidenza della libera professione sull'attività istituzionale, si assicura un nesso di proporzionalità diretta tra il quantum di attività privata e la percentuale di copertura dell'indennità con la tariffa. In fase previsionale si terrà pertanto conto del volume di attività libero professionale programmata, determinando le tariffe di guisa che esse risultino congrue, in quanto idonee a coprire, unitamente agli altri costi, anche quello relativo alla percentuale di indennità a carico della gestione separata.

Il delineato sistema di imputazione pro quota del costo ascrivibile all'indennità di esclusività pertanto pare possa incidere in maniera ragionevole e proporzionale sull'entità della tariffa.

8. Come anticipato in apertura, giova ribadire che l'efficacia nomofilattica della presente pronuncia va ristretta alla risoluzione dello specifico quesito proposto dalla Sezione remittente e quindi alla corretta interpretazione della normativa vigente nell'esercizio 2017, cui il bilancio di esercizio esaminato si riferiva.

Appare, in ogni caso, non trascurabile la circostanza che il prospetto n. 18.54, introdotto dal DM del 20.03.2013, sia stato adottato quando l'indennità di esclusività ancora rappresentava un elemento distinto della retribuzione ai sensi del previgente art. 5 CCNL del 2000.

Successivamente, la legge n. 145/2018 ha previsto il concorso da parte dell'indennità di esclusività alla determinazione del monte salari e conseguentemente l'art. 83 del CCNL del 2019 ha operato la ridefinizione della struttura della retribuzione dei dirigenti pervenendo all'inserimento definitivo dell'emolumento in questione tra le voci che concorrono al trattamento fondamentale al pari dello stipendio tabellare comprensivo dell'indennità integrativa speciale, della retribuzione individuale di anzianità, dell'indennità di specificità medico-veterinaria, della retribuzione di posizione d'incarico parte fissa e degli eventuali assegni personali.

Si tratta come è evidente di modifiche normative e pattizie tali da mutare definitivamente la natura giuridica dell'indennità come peraltro fatto autorevolmente notare delle Sezioni

Riunite in sede di controllo in occasione della certificazione del citato contratto collettivo nazionale.

«L'art. 83, comma 1 (del CCNL dell'area della sanità - Periodo 2016-2018), prevede l'inserimento, nel trattamento fondamentale dei dirigenti medico-sanitari, dell'indennità di esclusività, ove spettante. In precedenza, l'indennità di esclusività costituiva un elemento distinto della retribuzione, non computato nel monte salari utile ai fini della determinazione degli oneri derivanti dalla contrattazione collettiva (art. 5, comma 2, CCNL 8 giugno 2000 e deliberazione delle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti n. 10/CONTR/CL/2010). Tale variazione trova fondamento nell'art. 1, comma 545, legge n. 145/2018, il quale, ai fini di una maggiore valorizzazione dei dirigenti medici, veterinari e sanitari degli enti del Servizio sanitario nazionale, dispone espressamente che l'indennità di esclusività concorre a comporre il monte salari utile ai fini della determinazione degli oneri derivanti dalla contrattazione collettiva, ma soltanto a decorrere dal triennio contrattuale 2019-2021. In questa prospettiva, l'inserimento, ad opera dell'Ipotesi in esame, di tale indennità tra le voci del trattamento fondamentale rappresenta un passaggio propedeutico a consentire che la stessa, nel successivo triennio contrattuale, sia aggregata nel monte salari» (Sezioni riunite, Deliberazione n. 1/2020/CCNL).

Le modifiche intervenute, successivamente al DM 2013, hanno quindi inciso direttamente sulla ricostruzione della natura giuridica dell'indennità a cominciare proprio dalla sua ricollocazione all'interno del trattamento economico fondamentale (fornendo ulteriori argomenti in favore della tesi secondo cui essa dovrebbe essere esclusa dall'equilibrio in quanto legata soltanto allo stato giuridico del personale dipendente al pari delle altre voci del trattamento economico fondamentale dei dirigenti).

Tale nuova impostazione, che ha inciso significativamente su aspetti inerenti al rapporto di lavoro, dovrà necessariamente condurre ad una rivisitazione della disciplina per la costruzione degli equilibri della cosiddetta gestione separata dell'attività libero professionale intramuraria, in considerazione del segnalato mutamento della natura giuridica e della collocazione sistematica dell'indennità tra le voci del trattamento economico fondamentale dei dirigenti dell'area medica e sanitaria.

P.Q.M.

La Sezione delle autonomie della Corte dei conti, pronunciandosi sulla questione di massima posta dalla Sezione regionale di controllo per le Marche con la deliberazione n. 6/2021/QMIG, relativa al bilancio d'esercizio 2017 dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche nord" di Pesaro (PU), enuncia i seguenti principi di diritto:

"Gli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale introdotti dal DM 20 marzo 2013, vigenti nel corso dell'esercizio oggetto del procedimento di controllo, sono stati adottati in attuazione del d.lgs. n. 118/2011 ed

individuano in termini univoci le modalità di contabilizzazione dei costi relativi all'attività professionale intramuraria ai fini della determinazione del relativo equilibrio economico.

Pertanto, l'indennità di esclusività, di cui all'art. 5 del CCNL Dirigenza medico-veterinaria del 8 giugno 2000, deve essere computata tra gli "altri costi" dell'attività libero professionale.

La misura dell'indennità da prendere in considerazione, limitatamente al personale che effettivamente svolga l'attività libero professionale intramuraria, va definita in base al criterio dell'incidenza dell'attività libero professionale rispetto alla restante attività istituzionale, nel rispetto del principio di prevalenza della seconda sulla prima.

L'individuazione dello specifico parametro di valutazione da adottare ai fini del calcolo della predetta quota di incidenza è rimessa alla valutazione dei competenti organi regolatori".

Così deliberato nell'adunanza del 31 marzo 2021.

Il Relatore

Luigi DI MARCO
(firmato digitalmente)

Il Presidente

Guido CARLINO
(firmato digitalmente)

Depositata in segreteria il 12 aprile 2021

Il Dirigente

Gino GALLI
(firmato digitalmente)

