

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

# Il caso del "fondo di perequazione"

di Roberto Testa<sup>1</sup>, Francesco Gioppato<sup>2</sup>, Paola Romagnoli<sup>3</sup><sup>1</sup> Dirigente Medico, Direzione Sanitaria Aziendale ASL RM C<sup>2</sup> Direttivo Amministrativo, U. Operativa Stato Giuridico ASL RM A<sup>3</sup> Dirigente Veterinario, Dipartimento di Prevenzione ASL RM A, Segretario Aziendale S.I.Ve.M.P.

## Il problema dell'incompatibilità

La disciplina dell'attività libero professionale ha da sempre costituito, come diritto oggettivo riconosciuto da una serie di fonti normative e contrattuali, un aspetto delicato del Servizio Sanitario Nazionale. I disposti normativi che si sono succeduti nel tempo (tabella 1) hanno cercato, e cercano, di disciplinare una materia che presenta difficoltà per la sua completa attuazione, legata sia a elementi oggettivi sia organizzativi. Nella presente disamina ci occuperemo degli aspetti normativi che, affrontando il problema dell'incompatibilità, aprono la strada all'istituto del "fondo di perequazione" e sua applicazione e proporremo un'ipotesi di lavoro circa l'adozione di criteri per la quantificazione e la ripartizione di tale fondo.

Tralasciando quei provvedimenti legislativi che rivestono carattere storico, ricordiamo che la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 - *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, tornava a stabilire la necessità di garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale, delegando alle Regioni l'individuazione delle modalità e dei limiti per l'esercizio di tale attività rimandando il problema della incompatibilità agli accordi

collettivi nazionali che dovevano, tra l'altro, prevedere «La disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche [...]», nonché «L'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche [...]».

Le varie disposizioni succedutesi nel tempo sono dirette al personale della Dirigenza Medica e veterinaria, con alcune precisazioni per quest'ultimo come nel caso del D.P.R. 27 dicembre 1979, n. 761 *Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali* ove all'art. 36 prevedeva che «Il personale veterinario ha la facoltà di esercitare l'attività libero-professionale, fuori dei servizi e delle strutture della USL, purché tale attività non sia prestata con rapporto di lavoro subordinato, non sia in contrasto con gli interessi ed i fini istituzionali della USL stessa, né incompatibile con gli orari di lavoro, secondo modalità e limiti previsti dalla legge regionale. Il personale può altresì svolgere, oltre l'orario di lavoro ed anche fuori della sede di servizio, attività consultive e tecniche richieste da terzi alla usl».

Trova ampio interesse, per le

innovazioni che apporta come *background* di successivi provvedimenti legislativi, la Legge 30 dicembre 1991, n. 412 *Disposizioni in materia di finanza pubblica* la quale prevede che «Con il Servizio Sanitario Nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro, incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale» (cfr. anche *Consiglio di Stato - V Sezione, decisione n. 1640 del 23.II.1995*) e che «Il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale è incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso». Sempre per il personale dirigente veterinario, nel successivo *CCNL per l'Area della Dirigenza medica e veterinaria del comparto sanità 1994-1997*, accanto alla individuazione della

varie tipologie di attività (individuale, in équipe, autonome, consulenza e consulti) viene dedicato uno specifico articolo, art. 68, prevedendo che «[...] È consentito lo svolgimento dell'attività libero professionale all'interno dei locali dell'azienda o ente in linea con la particolare natura di tale attività oppure presso il richiedente [...]» e che «L'attività[...] è esercitata alle condizioni che: a) venga prestata al di fuori del normale orario di lavoro, ivi compreso lo straordinario e la pronta disponibilità; b) non sia in contrasto con i compiti di istituto e con gli interessi dell'azienda o ente e sia subordinata all'impegno di garantire la piena funzionalità dei servizi [...]».

La materia fu poi definita dal D.M. 28.2.1997 che in applicazione alle disposizioni contenute nella Legge Finanziaria per il 1997 (Legge 662/1996) ha regolamentato tutta la materia della attività libero professionale intramuraria e il regime di

incompatibilità.

Il cambiamento radicale in atto nella materia, introdotto dalla Legge 412/1991, è seguito da una serie di atti successivi come la Legge 30 novembre 1998 n° 419, nella quale si prevedono una serie di disposizioni/limitazioni per coloro che svolgono attività extra o intramuraria nonché per i Direttori Generali, che culminano nel *Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, i cui punti rilevanti sono: introduzione del rapporto di lavoro esclusivo e impossibilità per il dirigente che ha optato per l'intramuraria di chiedere il passaggio all'attività extramuraria: esclusività irrevocabile; gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo completamente modificati dalla *Legge 26 maggio 2004, n. 138 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81* recante

- R.D. 30 settembre 1938, n. 1631
- R.D. 20 luglio 1939
- Legge 12 febbraio 1968, n. 132
- DPR 27 marzo 1969, n. 130
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833
- DPR 20 dicembre 1979, n. 761
- DPR 25 giugno 1983, n. 384
- Legge 23 ottobre 1985, n. 595
- DPR 20 maggio 1987, n. 270
- Legge 29 dicembre 1990, n. 407
- Legge 30 dicembre 1991, n. 412
- D-Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
- Circolare M.S.n.900.1/3675 24 novembre 1992
- DM 15 aprile 1994
- Circolare M.S. n. 100/SCPS/6.10718 del 9 luglio 1994
- DM 14 dicembre 1994
- Legge 23 dicembre 1994, n. 724
- Legge 28 dicembre 1995, n. 549
- Legge 18 luglio 1996 n.382
- DM 22 luglio 1996
- DPCM 12 settembre 1996 (C.C.N.L.)
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662
- DM 28 febbraio 1997
- Circolare M.S. del 24 aprile 1997
- Circolare M.S. n. 100/SCPS/21.4075 del 1.4.1997
- TAR Lazio Ordin. n. 1626/97 del 9 giugno 1996, sospensiva DM 28 febbraio 1997
- DM 11 giugno 1997
- D.L. 20 giugno 1997, n. 175 convertito in legge n. 272 del 7 agosto 1997
- DM 30 giugno 1997
- DM 31 luglio 1997
- DM 31 luglio 1997
- DM 31 luglio 1997
- DM 28 novembre 1997
- DM 3 agosto 1998
- DM 28 novembre 1998
- Legge 30 novembre 1998, n. 419
- Legge 23 dicembre 1998, n. 448
- Circolare 25 marzo 1999, n.69/E Min.Finanze
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229
- Legge 23 dicembre 1999, n. 488
- Sentenza Corte Costituzionale 9.2.2000 n.63
- Decreto Legislativo 2 marzo 2000 n. 49
- DPCM 27 marzo 2000
- C.C.N.L. 8 giugno 2000
- Decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254
- Legge 20 giugno 2003, n. 141
- Legge 26 maggio 2004, n. 138
- Legge 26 luglio 2005, n. 149
- C.C.N.L. 3 novembre 2005
- Legge 4 agosto 2006 n. 248
- Legge 27 dicembre 2006 n. 296
- Legge 3 agosto 2007 n. 120

**Tabella 1.** Le fonti normative dell'attività libero-professionale.

## Il caso del "fondo di perequazione"

segue

*“Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la Salute Pubblica come segue: opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo e possibilità di ripristino del rapporto di lavoro esclusivo: esclusività revocabile; la non esclusività non preclude la direzione di strutture semplici e complesse.*

Anche se non strettamente attinente alla tematica che proponiamo, vorremmo segnalare la recente *Sentenza della Corte Costituzionale 5 maggio 2006, n. 181*, con la quale la Suprema Corte ha

dichiarato che le Regioni, rigettando così il ricorso del Ministero della Salute, «Sono libere di disciplinare le modalità relative al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture sanitarie, ora privilegiando in senso assoluto il regime del rapporto esclusivo - è la scelta delle leggi regionali della Toscana e dell'Umbria - , ora facendo della scelta in suo favore un criterio “preferenziale” per il conferimento degli incarichi di direzione» - è, invece, l'opzione legislativa seguita dalla Regione Emilia-Romagna.

Nell'ambito di tale disamina, seppur sintetica, non possiamo dimenticare il *D.P.C.M. 27 marzo 2000 Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della*

*Dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale* che costituisce, tuttora, norma di riferimento, insieme alle successive disposizioni emanate a livello nazionale e regionale, per la predisposizione dei Regolamenti aziendali e per una serie di aspetti particolari della materia. Si riportano, al riguardo, i titoli di una serie di articoli del D.P.C.M di riferimento per la presente trattazione: attività libero-professionale, categorie professionali, soggetti ed enti destinatari, organizzazione dell'attività intramuraria, attività di ricovero e ambulatoriale, attività aziendale a pagamento, altre attività aziendali a pagamento, attività libero-professionale dei dirigenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione, attività diverse dall'attività libero professionale (cfr. per quest'ultimo punto anche *l'art. 13 del D.Lgs. 165/2001*).

*The last but not least* il penultimo contratto della categoria, *CCNL per l'area della dirigenza medica e veterinaria del comparto sanità 1998-2001* - dell'8 giugno 2000, che nel riprendere una serie di concetti già esaminati precedentemente, dedica l'art. 59 all'*Attività professionale dei dirigenti dei dipartimenti di prevenzione*, sottolineando l'esistenza di «situazioni individuali di incompatibilità da verificare in relazione alle funzioni istituzionali svolte...».

Il complesso e articolato disposto normativo trova la sua necessaria e razionale applicazione in quello strumento di cui tutte le aziende sanitarie si devono dotare: il Regolamento aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale aziendale del quale si riporta uno schema-tipo (figura 1). Corre l'obbligo segnalare, infine, l'ultimo provvedimento normativo in materia di attività libero professionale, la Legge 3 agosto 2007 n. 120 che ha portato a una serie di importanti innovazioni - schematizzabili nelle sottospecificate “parole chiave” - che comporteranno non poche problematiche alle singole Aziende in termini di garanzia di piena attuazione delle stesse ravvisandosi, tra l'altro, un termine temporale per il “rientro” dell'attività

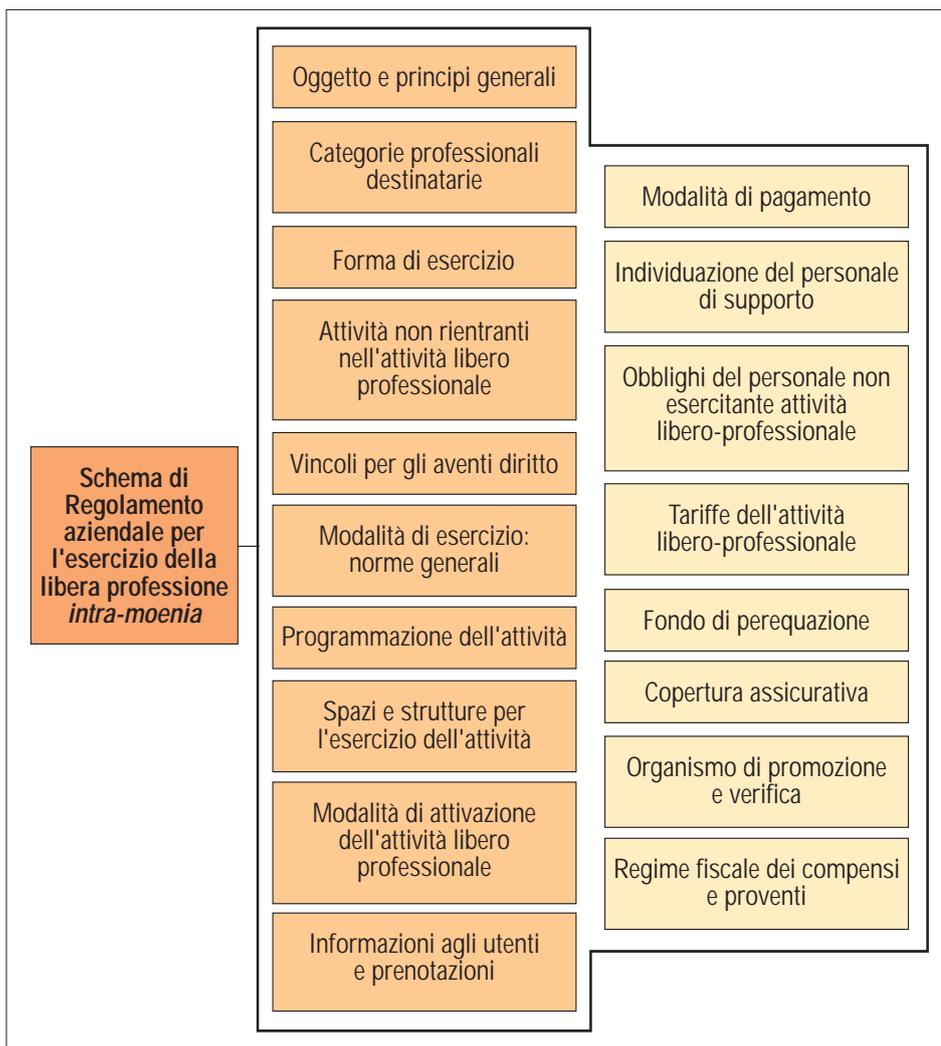


figura 1. Schema-tipo di regolamento aziendale per la libera professione *intra-moenia*.

all'interno della struttura:

- *conflitti d'interesse*: le Regioni dovranno varare disposizioni *ad hoc* per evitare conflitto d'interessi o concorrenza sleale tra medici e azienda sanitaria;
- *liste di attesa*: periodici controlli sulle liste d'attesa con lo scopo di assicurare il rispetto dei tempi medi che dovranno essere stabiliti con provvedimenti della Regione;
- *locali*: le Regioni dovranno completare la realizzazione di locali *ad hoc* per l'esercizio dell'intramoenia all'interno delle strutture pubbliche entro il 31 gennaio 2009. Fino alla realizzazione dei locali, e comunque non oltre il 31 gennaio 2009, le aziende sanitarie locali potranno anche convenzionarsi con strutture private in grado di fornire gli spazi idonei all'attività libero professionale. In alternativa alla costruzione in proprio dei locali le aziende sanitarie potranno affittare o acquistare spazi ambulatoriali esterni pluridisciplinari;
- *onorari*: saranno sempre riscossi sotto la responsabilità dell'azienda e saranno concordati tra azienda e medici;
- *prenotazioni*: saranno sempre e ovunque gestite da personale dell'azienda sanitaria, con lo scopo di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni che non dovranno superare quelli eseguiti durante l'orario di lavoro;
- *prestazioni urgenti*: obbligo di erogare le prestazioni urgenti comunque non oltre 72 ore dalla richiesta;
- *sanzioni*: a garanzia della regolarizzazione dell'attività intramoenia si prevede la possibilità per le Regioni di destituire i direttori generali inadempienti; la sospensione dei finanziamenti statali integrativi verso quelle Regioni che non attivino i piani di costruzione dei locali o attuino le altre possibilità previste dalla legge; l'esercizio dei poteri sostitutivi del Governo nei confronti delle Regioni inadempienti;
- *tempi di erogazione delle prestazioni*: le Regioni hanno l'obbligo di adeguare progressivamente i tempi di erogazione delle prestazioni in regime ordinario a quelli in regime libero professionale, con

lo scopo di assicurare che il ricorso alla libera professione sia frutto solo di libera scelta del cittadino e non sia legata a carenze nell'organizzazione dei servizi resi in attività istituzionale. La riduzione dei tempi d'attesa sarà oggetto di un'apposita relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute;

- *volumi delle prestazioni erogate*: ogni ASL dovrà pubblicizzare i volumi delle prestazioni erogate in regime ordinario e libero professionale.

## L'istituto del fondo di perequazione

Il fondo di perequazione costituisce un aspetto particolare della materia *de quo* e riscontriamo che la sua applicazione è spesso disattesa in molte Aziende. Tale istituto contrattuale è costituito da una quota parte degli introiti derivanti dall'attività libero-professionale destinati a particolari categorie del personale delle discipline mediche e veterinarie, materia che il regolamento aziendale deve obbligatoriamente prevedere e disciplinare. Entrando nel merito, c'è stata una evoluzione normativa nella individuazione del personale avente diritto, passando dal «Personale della Dirigenza sanitaria che ha optato per l'attività libero-professionale intramuraria e che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero-professionale» (*ex* DD.M. Sanità 28 febbraio 1997 e 31 luglio 1997, D.P.C.M. 27 marzo 2000), al personale che ha «Una limitata possibilità di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria» (*CCNL per l'area della dirigenza medica e veterinaria del comparto sanità 1998-2001*). Si riporta, nell'economia di tale peculiare aspetto dell'attività libero professionale, l'articolo del contratto 1998-2001 in quanto esplicativo della quota parte del fondo, dei limiti dello stesso, dell'organismo deputato alla identificazione del personale avente diritto: «Un'ulteriore quota della tariffa

- da concordare in azienda... comunque non inferiore al 5% della massa di tutti i proventi dell'attività libero professionale, al netto delle quote a favore delle aziende, è accantonata quale fondo aziendale da destinare alla perequazione per le discipline mediche e veterinarie - individuate in sede di contrattazione integrativa - che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria. Dalla ripartizione di tale fondo non può derivare per i destinatari un beneficio economico superiore a quello medio percepito dai dirigenti che espletano l'attività libero professionale, secondo criteri stabiliti in sede aziendale», così come esplicitato nell'ultimo periodo del *comma 2 lettera i) art. 57 del CCNL 8.6.2000*.

## Ipotesi di lavoro

Di seguito riportiamo un'ipotesi di lavoro - mutuata anche sulla base dell'esperienza di altre aziende sanitarie dove la "gestione" di tale istituto contrattuale è oramai consolidata da tempo circa l'adozione di criteri di quantificazione e ripartizione del fondo di perequazione per i dirigenti medici e veterinari aventi titolo sulla base degli estremi normativi sopra richiamati. È necessario premettere che il personale del Servizio sanitario nazionale - come stabilito dal Contratto Collettivo Nazionale Quadro del 18 dicembre 2002 per la definizione dei Comparti di contrattazione - è articolato in tre distinte aree: Dirigenza Medica e Veterinaria, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e personale del Comparto (categorie da A a DS ex livelli da 2 a 8 bis). Tale distinzione, quindi, va rispettata anche ai fini della contrattazione di secondo livello (contrattazione integrativa aziendale). Quindi la prima questione che ci si presenta (in sede di contrattazione integrativa aziendale) è quella di pervenire alla sottoscrizione di contratti integrativi distinti per le rispettive aree negoziali, giacché non sembra

## Il caso del "fondo di perequazione"

segue

sostenibile la tesi di un accordo integrativo che disponga - trasversalmente - la distribuzione del fondo perequativo di cui all'art. 57, del C.C.N.L. 1998/2001, tra tutta la dirigenza medica-veterinaria e Sanitaria. Infatti la clausola contrattuale in argomento riserva al solo personale del ruolo sanitario una quota non inferiore al 5% della massa di tutti i proventi dell'attività libero professionale, al netto delle quote a favore delle aziende. Da ciò deriva anche che l'individuazione delle discipline alle quali destinare tale fondo perequativo deve essere effettuata, necessariamente, in sede di contrattazione integrativa, rientrando la materia di cui trattasi tra quelle individuate dall'art. 4 del C.C.N.L. 2002/2005.

È in tale sede che il vertice aziendale presenterà alle OO.SS. la quota del fondo di perequazione accantonata e distinta per anno di riferimento.

Oggetto di contrattazione con le OO.SS. saranno:

- le discipline mediche e veterinarie e le figure che possono beneficiare del fondo;
- le modalità con le quali determinare il compenso medio percepito dai dirigenti che effettuano attività libero-professionale;
- le modalità e i criteri da utilizzare per stabilire la quota spettante a ciascun

dirigente avente diritto di accedere al fondo;

d) destinazione della quota del fondo eventualmente residua;

e) eventuale compensazione a detrazione per il corrispettivo della quota parte attribuita al beneficiario.

### a) Quali discipline e figure possono beneficiare del fondo

Suggeriamo di individuare quelle discipline che non sono certamente soggette ad alcuna limitazione nell'esercizio della libera professione quali: medicina, medicina legale, medicina dello sport, chirurgia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria, radiologia, psichiatria, pediatria, cardiologia, fisiatria, psicologia. Per esclusione avremo le discipline che soffrono di limitazioni e la cui appartenenza dà diritto ad accedere alla ripartizione del fondo come, ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- i dirigenti medici e veterinari che operano nel Dipartimento di Prevenzione e che per le funzioni e compiti svolti anche in virtù della specifica qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, soffrono di limitazioni fino al divieto nell'accesso alla libera professione per motivi di incompatibilità, fatte salve eventuali innovazioni derivanti dal citato DDL recentemente approvato;

- i dirigenti medici titolari delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere, i Dirigenti che afferiscono al controllo di gestione, al SIO (Sistema Informativo

Ospedaliero), le Organizzazioni dei Servizi Sanitari di Base.

Non potranno beneficiare del fondo i dirigenti che hanno optato per l'attività libero professionale *extra moenia*, i dirigenti in rapporto non esclusivo, i dirigenti con impegno part time, quelli in comando o aspettativa.

### b) Come determinare il compenso medio

Poiché i destinatari del fondo di perequazione non potranno percepire un beneficio economico superiore a quello medio percepito dai dirigenti che espletano l'attività libero professionale, dovrà essere stabilito qual è il compenso medio percepito, il quale costituirà il tetto invalicabile nella corresponsione della quota parte del fondo di perequazione.

È possibile stabilire tale tetto semplicemente dividendo i compensi introitati per il numero di dirigenti che effettuano L.P.

Ma possiamo avanzare un'altra ipotesi di calcolo inserendo nel numero totale dei dirigenti che effettuano libera professione, anche se con limitato accesso, anche coloro i quali percepiscono a qualsiasi titolo compensi seppur non inquadrati nella fattispecie, come quelli relativi a docenze, consulenze o sotto qualsiasi forma percepiti rappresentando comunque proventi aggiuntivi; e i compensi derivanti da tali attività contribuiranno a costituire il totale delle somme.

A titolo puramente esemplificativo, i proventi da prendere in considerazione possono essere quelli derivanti dalle

N° dirigenti	Scaglione	Coeff.	Quota individuale	Tot
30	0-500	2.5	2500	75000
9	501-1000	2	2000	18000
3	1001- 1500	1	1000	3000
3	1501-2000	0.8	800	2400
3	2001-3000	0.5	500	1500
1	3001-4000	0.1	100	100
1	oltre 4000	0	0	0
50				100000

Tabella 2. Modello di ripartizione del fondo di perequazione.

### Riquadro 1. Consiglio di Stato - V Sezione, decisione n. 1640 del 23.11.1995

«Di fronte al chiaro dettato normativo sopra riportato (leggasi art. 4 comma 7 della Legge 30 dicembre 1991 n. 412) **riesce arduo configurare un'interpretazione 'restrittiva'** basata (come quella del T.A.R.) sulla distinzione, all'interno delle "strutture private convenzionate", tra le "unità operative convenzionate" e quelle "non convenzionate", per sottrarre queste ultime al divieto posto dalla norma, con riferimento (generale e indifferenziato) alle strutture private convenzionate. Siffatta **distinzione appare del tutto ingiustificata anche perché comporterebbe una sorta di sdoppiamento della soggettività giuridica e della collocazione topografica delle strutture private convenzionate** (che sono, invece, due elementi rilevanti e significativi della fattispecie), per individuare i singoli rapporti di assistenza medica, come se questi potessero essere autonomamente considerati solo in ragione della disciplina economica cui sottostanno.

Non può condividersi, inoltre, **l'astratta affermazione della possibilità che la convenzione non interferisca** in alcun modo con l'attività libero-professionale del medico **allorché questo non sia scelto e pagato dalla casa di cura nell'ambito della convenzione ma direttamente dall'assistito**, perché nell'ampio concetto di "interferenza" (della convenzione con l'attività libero professionale) e di dipendenza "indiretta" (ed occulta) dal Servizio sanitario deve essere considerata, in primo luogo, **l'unicità del paziente**, che potrebbe essere oggetto di continui (interessati) passaggi dalle unità operative convenzionate a quelle non convenzionate (e viceversa).

Come ha chiarito il parere della I Sezione del Consiglio di Stato n. 2719 dell'11.11.1992, "Dal rapporto unico di lavoro con il servizio sanitario nazionale deriva l'incompatibilità non solo...con altri rapporti di lavoro dipendente, ma anche con ogni rapporto, anche di natura convenzionale, con il servizio sanitario nazionale"...Poiché **una situazione di (potenziale) conflitto di interessi deve ritenersi necessariamente connessa con lo svolgimento di attività in settori in contrasto o in concorrenza con il servizio sanitario**, appare evidente che **le condizioni di tempo e di luogo poste espressamente dalla legge per la compatibilità dell'esercizio dell'attività libero-professionale non sono suscettibili di interpretazioni riduttive che ne vanifichino sostanzialmente la portata».**

seguenti tipologie di "libera professione": individuale, d'equipe, in costanza di ricovero, certificazioni INAIL, patenti, consulenze, docenze, commissioni etc.

Si otterrà quindi il valore del compenso medio percepito da coloro che effettuano la libera professione e che costituirà il tetto massimo della quota parte da corrispondere ai beneficiari del fondo di perequazione.

#### c) Modalità e criteri per il calcolo della quota spettante

Una volta stabilito il compenso medio/tetto massimo, occorrerà prevedere un sistema a scaglionamento tra coloro che hanno diritto al fondo per

limitato o inibito accesso alla libera professione. Nella tabella 2 rappresentiamo una semplificazione di tale scaglionamento (da 0 a 500,00 euro, da 501,00 a 1000,00 euro etc.), attribuendo un coefficiente di ripartizione (2,5, 2, 1, 0,8, 0,5, 0,1) ai vari gradini di scaglionamento, su un fondo di 100.000,00 euro, per un ipotetico compenso medio/tetto massimo di 4000,00 euro l'anno, per 50 dirigenti aventi diritto.

Si evince che la quota perequativa da liquidare agli aventi diritto sarà inversamente proporzionale al volume dei proventi introitati per lo svolgimento di attività limitata libero professionale e ad essa assimilata.

Verranno esclusi tutti coloro che pur con limitazioni all'esercizio della libera professione hanno comunque percepito compensi al di sopra del tetto massimo stabilito nel compenso medio.

La quota è calcolata in dodicesimi, tenendo conto delle effettive giornate di presenza in servizio.

Si possono considerare presenze: i periodi di ferie, le assenze retribuite di cui all'art. 23 del C.C.N.L. 1994/1997, la malattia fino a 30 giorni anche non continuativi.

Il beneficio è attribuito due volte l'anno, la prima in forma di acconto a metà anno, la seconda come saldo a fine anno.

#### d) Quota del fondo eventualmente residua

Eventuali residui del fondo non distribuiti per raggiungimento del tetto massimo, potranno essere destinati ad esempio, per l'aggiornamento professionale, per l'acquisto di arredi e piccole attrezzature per la libera professione.

Tali residui infatti, come il fondo stesso, non si storicizzano e vengono considerati per anno di riferimento.

#### e) Detrazioni per il corrispettivo della quota parte attribuita

In alcune Aziende si è prospettata e validata la prassi di detrarre ore eccedenti l'orario di lavoro in base alla quota di fondo attribuita al singolo dirigente: ad esempio, ogni ora eccedente è stata valutata in 60,00 euro e sono state detratte tante ore quante ne corrispondevano al raggiungimento della quota assegnata.

Rileviamo che con l'ultimo contratto l'eccedenza oraria rispetto a quella negoziata in fase di trattativa di budget, viene diversamente compensata (Art.24), con oneri a carico del bilancio aziendale.

#### Ringraziamenti

Si desidera ringraziare per la collaborazione la Dott.ssa Lorena Basso ASS n°6 Friuli Occidentale-Pordenone, Dott. Enzo Re S.I.Ve.M.P. Friuli, Dott. Roberto Poggiani S.I.Ve.M.P. Veneto.