IL PIEMONTE DELLE AUTONOMIE
Rivista quadrimestrale di scienze dell'Amministrazione
ISSN 2385-085X Registrazione Tribunale di Torino n.4 del 18 febbraio 2014

Attività libero-professionale dei medici dipendenti pubblici ed eguaglianza nell'accesso alle cure. L'esperienza della Regione Piemonte in materia di intramoenia

GLORIA SDANGANELLI[1]

(Abstract) ITA

Il contributo esamina la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria dei dirigenti sanitari, ricostruendo il fondamento nel rapporto esclusivo e nel riparto di competenze tra Stato e Regioni. L'analisi evidenzia la conformazione pubblicistica dell'istituto, la funzione dei controlli aziendali e i profili di responsabilità connessi all'intra moenia c.d. "allargata", soffermandosi sull'incidenza di tali misure sull'effettivo equilibrio tra attività istituzionale e libero-professionale, sulla prevenzione dei conflitti di interessi e sulla tutela dell'eguaglianza nell'accesso alle cure. Il contributo approfondisce, infine, l'esperienza delineata dalla recente legge della Regione Piemonte 17 luglio 2025, n. 11, e dalle relative linee guida, dalle quali emerge un sistema integrato di standard organizzativi e misure di controllo, la cui effettività dipende dalla capacità delle aziende sanitarie di integrare dati, verifiche e strumenti digitali, affinché l'ALPI rimanga un'opzione aggiuntiva, e non alternativa, rispetto alle prestazioni rese in regime istituzionale.

(Abstract) ENG

This paper examines the rules and limits governing the private practice of healthcare professionals alongside their institutional duties. The relevant statutory and organizational requirements are analyzed, with particular attention to the role of healthcare entities in authorizing, organizing, and monitoring such activity. Special attention is paid to the specific regime and potential liabilities when such private services are performed outside public healthcare facilities, as well as to the need to preserve the priority of institutional healthcare services, prevent conflicts of interest, and ensure equal access to care for citizens. The contribution also examines the recent Piedmont Regional Law No. 11 of 17 July 2025 and the implementing guidelines, which establish common organizational standards and integrated control measures whose effectiveness depends on data management, verification procedures, and digital tools.

Sommario:

1. L'*intra moenia* nel riparto di competenze legislative in materia di salute – 2.

L'esclusività del rapporto pubblicistico e la prevenzione di conflitti di interessi; 2.1. Presupposti e profili di responsabilità nell'attività *intra moenia* "allargata" – 2.2. I controlli sull'attività intramuraria e l'eguaglianza nell'accesso alle cure – 3. La disciplina della libera professione intramuraria (ALPI) nel Servizio sanitario regionale piemontese

1. L'*intra moenia* nel riparto di competenze legislative in materia di salute

L'attività libero-professionale intramuraria (c.d. ALPI) costituisce una peculiare modalità di esercizio della prestazione lavorativa dei dirigenti sanitari che abbiano optato per il regime di esclusività[2]. Sotto tale profilo, rispetto alla disciplina generale dell'incompatibilità e dell'unicità del rapporto di lavoro che connota i dipendenti pubblici[3], la dirigenza sanitaria è soggetta a un regime speciale che, in caso di rapporto esclusivo, consente lo svolgimento di un'attività libero-professionale ulteriore rispetto a quella istituzionale, con prestazioni remunerate direttamente dall'utente e svolte secondo modalità compatibili con il prioritario assolvimento dei compiti connessi al rapporto di lavoro pubblico[4]. Connessa alla scelta del rapporto non esclusivo è, invece, l'attività c.d. *extra moenia*, esercitabile al di fuori delle strutture pubbliche di appartenenza e riservata ai dirigenti sanitari che abbiano optato per tale regime, fermo restando il pieno assolvimento degli obblighi relativi all'impegno di servizio[5].

Nel quadro del riparto costituzionale delle competenze legislative, la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria integra una normativa di principio dettata dal legislatore statale nella materia della «tutela della salute», ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.[6]. La prevalente riconduzione dell'istituto a tale materia non esclude, tuttavia, la sua interferenza con ulteriori ambiti di competenza legislativa statale, quali l'«ordinamento civile» (art. 117, secondo comma, lett. l), Cost.), cui è ascrivibile la disciplina del rapporto di lavoro pubblico, e la determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni, (art. 117, secondo comma, lett. m), Cost). Viene inoltre in rilievo il coordinamento della finanza pubblica, ricompreso tra le materie di competenza concorrente ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost. Alla «tutela della salute» sono altresì riconducibili i profili relativi all'organizzazione sanitaria, nella misura in cui incidano sull'erogazione delle prestazioni, comprese quelle rese in regime libero-professionale, quale modalità attraverso cui si realizza la tutela del diritto alla salute (art. 32, Cost.)[7].

La giurisprudenza costituzionale ha da tempo evidenziato la stretta intersezione tra l'organizzazione amministrativa e i diritti fondamentali. Ciò in considerazione del fatto che i profili organizzativi sono funzionali a «garantire a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite», in particolare il diritto alla salute[8]. Si riconosce, in tal modo, il legame tra l'attività amministrativa e l'adempimento dei doveri inderogabili funzionali al soddisfacimento dei diritti inviolabili, la cui tutela è individuata come compito fondamentale della Repubblica[9].

Con riferimento all'attività libero-professionale intramuraria, il collegamento tra organizzazione amministrativa ed effettività del diritto alla salute emerge con evidenza, poiché la disciplina statale detta i principi posti a tutela del diritto fondamentale di cui all'art. 32 Cost. e ne rimette l'attuazione alle Regioni e alle aziende sanitarie mediante l'adozione di puntuali misure normative e organizzative – relative agli spazi, ai volumi di attività, alle agende, ai sistemi di prenotazione e ai controlli sulle prestazioni rese agli utenti

– che incidono direttamente sulle condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie[10]. Si richiede che tali scelte organizzative assicurino la prevalenza dell'attività istituzionale e, quindi, la salvaguardia delle esigenze del servizio, mediante il rispetto dei volumi programmati e il contenimento dei tempi di attesa, così da garantire un rapporto «corretto ed equilibrato» tra le due attività e concorrere alla progressiva riduzione delle liste di attesa, nonché alla continuità e all'appropriatezza dell'assistenza[11].

Nell'ambito della disciplina statale dell'ALPI, al perseguimento di tali obiettivi è funzionale il progressivo rafforzamento dei meccanismi di controllo e monitoraggio, attuato mediante interventi legislativi più volte sottoposti al vaglio della Corte costituzionale[12]. Tale complesso normativo ha definito i presupposti organizzativi dell'attività libero-professionale intramuraria, assoggettandone l'esercizio al rispetto di criteri definiti, oltre che dalla legge, dalla contrattazione collettiva e dalla disciplina aziendale, al fine di garantire la tracciabilità delle prestazioni e dei relativi flussi finanziari.

Nella medesima prospettiva si collocano le misure che, in presenza di inadempienze nell'organizzazione, nella vigilanza e nel controllo dell'attività libero-professionale all'interno delle strutture aziendali, si riflettono sulla valutazione e sulla retribuzione di risultato dei direttori generali[13]. Trattasi di una scelta legislativa che si atteggia a «principio fondamentale, volto a garantire una tendenziale uniformità tra le diverse legislazioni e i sistemi sanitari delle Regioni e delle Province autonome», in quanto riferita a un «profilo qualificante del rapporto tra sanità e utenti»[14]. L'esigenza di uniformità non esclude, tuttavia, la competenza regionale nella disciplina degli aspetti organizzativi e attuativi dell'istituto, purché esercitata nel rispetto dei principi quadro statali[15].

2. L'esclusività del rapporto pubblicistico e la prevenzione di conflitti di interessi

Il rapporto esclusivo della dirigenza sanitaria e l'attività libero-professionale intramuraria costituiscono aspetti funzionalmente connessi[16]. L'opzione per il regime esclusivo, alla quale l'ordinamento ricollega uno specifico trattamento economico e professionale, non preclude ogni esercizio della libera professione, ma lo circoscrive alle forme dell'attività intramuraria, assoggettandolo alla programmazione, all'autorizzazione e al controllo dell'ente pubblico di appartenenza. La prestazione in regime di *intra moenia* è svolta, di regola, all'interno delle strutture aziendali, ferma restando, in caso di carenza o insufficienza degli spazi, la possibilità eccezionale e residuale di utilizzare ulteriori locali esterni, secondo il modello della c.d. *intra moenia* allargata, con le peculiarità e le criticità di cui si dirà nel prosieguo[17].

La natura giuridica dell'attività *intra moenia* è dibattuta in giurisprudenza e in dottrina, in quanto convivono elementi propri della libera professione e caratteri tipici del rapporto subordinato, sebbene risulti prevalente la conformazione pubblicistica finalizzata all'erogazione della prestazione nell'ambito del servizio sanitario pubblico. All'attività *intra moenia* non si riconosce, propriamente, una manifestazione autonoma della libertà professionale del sanitario, esterna al rapporto di impiego, bensì una prerogativa inerente al rapporto di lavoro pubblico e funzionalmente inserita nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale[18]. Si è osservato come, nell'attività intramuraria, la tradizionale configurazione del rapporto libero-professionale, imperniata sull'autonomia tecnica e organizzativa, nonché sulla personalità e infungibilità della prestazione (artt. 2230 ss. c.c.), subisca non poche modificazioni e alterazioni, restando la disciplina di tale rapporto pur sempre subordinata alle preminenti esigenze organizzative e funzionali della struttura

ospedaliera[19]. Ciò ha indotto la giurisprudenza a configurare la libera professione intramuraria come un *tertium genus*, altresì considerato quale strumento di realizzazione degli scopi assegnati alle strutture sanitarie pubbliche[20].

La conformazione pubblicistica dell'istituto non esclude, tuttavia, che, una volta prescelto il rapporto esclusivo, la posizione del dirigente si atteggi, sul piano del rapporto contrattuale, a diritto soggettivo all'attivazione delle condizioni necessarie per l'esercizio dell'ALPI[21]. L'effettivo esercizio di tale facoltà dipende in tal modo dall'assetto organizzativo predisposto dall'azienda sanitaria, che «s'interpone tra il paziente e il medico svolgendo un ruolo attivo che non è di semplice intermediazione»[22]. All'amministrazione sanitaria compete infatti individuare e predisporre gli spazi utilizzabili per l'*intra moenia,* distinguendoli da quelli destinati all'attività istituzionale, nonché definire le condizioni operative, economiche e procedimentali necessarie allo svolgimento delle prestazioni libero-professionali[23]. L'inerzia aziendale che impedisca ingiustificatamente l'esercizio della facoltà riconosciuta al dirigente in rapporto esclusivo può, quindi, integrare un inadempimento e fondare una pretesa risarcitoria azionabile in sede giurisdizionale[24].

La necessaria riconducibilità dell'attività alle prestazioni aziendali esclude, altresì, la configurabilità di un'«intra moenia di fatto». L'esecuzione di prestazioni a pagamento, anche quando sia stata sollecitata per fronteggiare carenze di organico o ridurre le liste di attesa, non è sufficiente a far sorgere il diritto al compenso libero-professionale in difetto delle condizioni sostanziali e procedurali previste dalla legge, dalla contrattazione collettiva e dalla disciplina aziendale, ove la forma scritta dell'incarico o dell'autorizzazione assolve una funzione di garanzia della programmazione, della tracciabilità e della corretta imputazione dei costi e dei proventi intramurari[25].

La collocazione della prestazione nell'organizzazione aziendale rileva anche sul piano della responsabilità sanitaria e delle conseguenze risarcitorie. La prestazione, pur resa dal medico in regime libero-professionale, si svolge infatti nell'ambito dell'organizzazione dell'ente, sotto la sua vigilanza e con l'utilizzo delle relative risorse materiali e strumentali. Lo svolgimento dell'attività in regime intramurario non si discosta, pertanto, dal paradigma ordinario della responsabilità civile della struttura sanitaria. L'ente, traendo un'utilità economica dall'attività e ingenerando nel paziente un affidamento qualificato sulla propria organizzazione, risponde pertanto a titolo contrattuale, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., dell'inesatto adempimento della prestazione resa dal professionista quale proprio ausiliario, secondo il modello riconducibile al contratto di spedalità[26].

Corollario del regime esclusivo è il divieto, per il dirigente sanitario, di instaurare ulteriori rapporti di lavoro o di svolgere attività incompatibili presso altre strutture pubbliche o private, comprese quelle accreditate o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale[27], come di recente chiarito dalla Corte costituzionale[28]. La regola, che trova fondamento nell'art. 98, primo comma, Cost. e una specifica declinazione nella legislazione di settore, è diretta a preservare il perseguimento dei fini di interesse pubblico cui è istituzionalmente preposta l'amministrazione sanitaria e a impedire che il medico persegua interessi potenzialmente confliggenti con quelli dell'ente di appartenenza. Come evidenziato dalla giurisprudenza amministrativa[29] e costituzionale[30], tale esigenza potrebbe essere compromessa dalla compresenza, «nella stessa persona del dipendente», di ulteriori «rapporti potenzialmente in conflitto, tendenti ad interessi diversi da quello collettivo»[31]. In tale prospettiva, il principio di unicità ed esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio

sanitario nazionale è funzionale a garantire «la massima efficienza e funzionalità operativa al servizio sanitario pubblico»[32]. Si giustifica, così, la sottoposizione dell'ALPI a presìdi organizzativi, autorizzativi e di controllo specificamente volti a prevenire i conflitti di interessi, che rischiano di costituire un fattore distorsivo, ponendosi in contrasto con le finalità del pubblico servizio e determinando, più in generale, inefficienze nel rapporto con il sistema pubblico[33], in un contesto suscettibile di favorire fenomeni di *maladministration*[34].

L'ALPI non costituisce, dunque, un'attività estranea al rapporto di servizio, ma una peculiare modalità di esercizio della libera professione, consentita in ragione del rapporto esclusivo e sottoposta ai limiti stabiliti dalla legge, dalla contrattazione collettiva e dalla disciplina aziendale per preservare il prioritario assolvimento del servizio sanitario pubblico[35]. La scelta legislativa, certamente di favore per l'*intra moenia*, risponde, al contempo, all'esigenza di valorizzare la professionalità dei dirigenti sanitari e di assicurare al cittadino la possibilità di scegliere fiduciariamente il professionista – normalmente preclusa nell'ambito dell'attività istituzionale – ferma restando la riconduzione della prestazione all'organizzazione, alla programmazione e ai controlli dell'azienda sanitaria[36]. A tale finalità risponde il principio secondo cui l'attività libero-professionale non può prevalere su quella istituzionale, per cui i relativi volumi devono rimanere entro i limiti stabiliti dalla programmazione aziendale, così come l'impegno orario deve rispettare i tetti previsti dalla disciplina applicabile (nel limite del 50% di quello di servizio)[37], senza compromettere il prioritario assolvimento dei compiti istituzionali[38].

Sotto tale profilo, devono distinguersi dall'ALPI in senso proprio le prestazioni richieste dall'azienda ai propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, per integrare l'attività istituzionale, ridurre le liste di attesa o fronteggiare carenze di organico. In tali ipotesi si tratta di prestazioni aggiuntive rese alla medesima amministrazione per assicurare gli *standard* assistenziali, sicché le stesse non si fondano sulla scelta fiduciaria del professionista da parte dell'utente e restano funzionalmente destinate all'adempimento dei compiti assistenziali dell'ente[39].

Quanto alle modalità di svolgimento, l'ALPI può comprendere la prestazione individuale resa dal professionista scelto direttamente dall'utente, l'attività esercitata in équipe, le prestazioni svolte, sulla base di apposite convenzioni, presso strutture di altri enti del Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie non accreditate, nonché la partecipazione ai proventi delle prestazioni a pagamento richieste all'azienda da utenti, associazioni, imprese o altri enti (regime intramurario "allargato"). La pluralità delle forme ammesse non attenua, tuttavia, la necessaria riconducibilità dell'attività alla programmazione, all'organizzazione e alla responsabilità dell'azienda sanitaria. In tal senso, l'attività intramuraria pare potersi qualificare quale forma di «offerta pubblica finanziata con fondi privati», consistente nell'erogazione di prestazioni professionali da parte di dipendenti pubblici mediante strutture e dotazioni appositamente individuate nell'ambito di presìdi pubblici, il cui costo grava integralmente sull'utente[40].

2.1 Presupposti e profili di responsabilità nell'attività intra moenia "allargata"

Un'autonoma considerazione richiede l'attività *intra moenia* c.d. allargata. L'espressione designa una modalità, eccezionale e residuale, mediante la quale il dirigente sanitario in rapporto esclusivo può esercitare l'attività libero-professionale in spazi esterni all'azienda sanitaria, di regola presso strutture private individuate dall'ente che non presenti al proprio

interno disponibilità di luoghi adeguati allo svolgimento della medesima attività[41].

La *ratio* originaria dell'istituto risiedeva nell'esigenza di consentire, in via temporanea e anche al fine di garantire la continuità dell'offerta assistenziale[42], l'esercizio dell'attività libero-professionale, anche mediante l'utilizzo di studi professionali privati, nelle more della predisposizione di spazi aziendali idonei. Soluzione organizzativa più volte oggetto di interventi normativi che l'hanno progressivamente autorizzata quale modalità, sebbene residuale, di svolgimento presso sedi esterne, quali strutture sanitarie autorizzate ma non accreditate, ovvero mediante convenzioni con altri soggetti pubblici[43]. L'utilizzo dello studio del professionista resta, invece, una soluzione residuale, subordinata all'inserimento in un programma aziendale, alla stipulazione di una convenzione e al collegamento con l'infrastruttura di rete dell'ente[44]. L'evoluzione normativa ha progressivamente rimodulato l'istituto, configurandolo come ulteriore modalità di erogazione della prestazione intramuraria, subordinata a presupposti particolarmente circostanziati e rigorosi, nonché alla programmazione, all'autorizzazione e ai controlli dell'amministrazione di appartenenza.

Proprio la collocazione della prestazione al di fuori del perimetro della struttura rende il sistema dei controlli aziendali un presidio del buon andamento e dell'imparzialità dell'amministrazione sanitaria (art. 97 Cost.). La gestione unitaria delle prenotazioni, la tracciabilità della riscossione e della fatturazione, nonché la verifica del rispetto del debito orario e della prevalenza dell'attività istituzionale costituiscono condizioni che l'amministrazione è tenuta ad accertare affinché la prestazione resa all'esterno conservi un collegamento funzionale con l'attività aziendale.

Tali controlli consentono, inoltre, di distinguere le prestazioni rese in modalità "allargata" dall'attività *extra muraria*, incompatibile con il rapporto esclusivo, e mirano a prevenire sia opacità nella gestione dei rapporti economici, sia alterazioni dell'orario o dell'offerta prestazionale volte a orientare artificiosamente la domanda di cure verso il canale a pagamento[45]. Un ulteriore limite inderogabile è costituito dal divieto di esercitare l'attività *intra moenia* allargata presso strutture private accreditate, che la Corte costituzionale ha qualificato come principio fondamentale in materia di tutela della salute e come corollario dell'esclusività del rapporto, in ragione della funzione integrativa e sussidiaria svolta dalle strutture accreditate rispetto alla rete pubblica e dell'esigenza di evitare il «pericolo di incrinamento della funzione ausiliaria» loro affidata[46].

La violazione di siffatte misure può fondare responsabilità a vario titolo. Sul piano disciplinare, la giurisprudenza ha ritenuto legittimo il licenziamento del medico che aveva svolto prestazioni private, anche di carattere "allargato", non autorizzate, percepito direttamente compensi dai pazienti e si era sottratto al servizio mediante allontanamenti non registrati e false attestazioni di presenza, reputando tali condotte, considerate unitariamente, idonee a compromettere in via definitiva il vincolo fiduciario, così integrando una giusta causa di recesso ai sensi dell'art. 2119 c.c.[47].

La violazione del rapporto esclusivo può determinare anche un autonomo pregiudizio erariale. Sussiste, infatti, la responsabilità erariale del medico che, avendo optato per il regime di esclusività, svolga indebitamente prestazioni libero-professionali nella sede "allargata", ovvero ometta di fatturarle o ne percepisca direttamente i compensi, privando l'azienda della quota tariffaria di propria spettanza e sottraendo la prestazione ai sistemi di rilevazione dei volumi e dei ricavi aziendali. Il danno erariale non coincide soltanto con il

mancato introito dei compensi non fatturati a fronte di prestazioni mediche rese in regime di *intra moenia* allargata, ma può comprendere anche il disservizio derivante dall'impossibilità di ricostruire l'attività effettivamente svolta e di verificarne la compatibilità con gli obblighi istituzionali[48].

Sul versante penale, quando il sanitario riceva per conto dell'azienda somme destinate al successivo riversamento e se ne appropri, la disponibilità del denaro in ragione dell'ufficio può assumere rilievo ai fini della fattispecie di peculato[49]; resta distinta l'ipotesi in cui il compenso sia percepito nell'ambito di una prestazione del tutto estranea all'organizzazione pubblica, la cui qualificazione dipende dall'accertamento delle concrete modalità della condotta appropriativa[50]. Parimenti, può integrare il reato di truffa aggravata la condotta del medico che, pur autorizzato all'attività *intra moenia* allargata e beneficiario della relativa indennità di esclusiva, svolga prestazioni private in studi o ambulatori privati senza darne corretta comunicazione all'amministrazione, assumendo rilievo, in tale ipotesi, l'indebita percezione dell'indennità e il silenzio serbato sui presupposti incompatibili quali artifici idonei a indurre in errore l'azienda di appartenenza[51].

L'attività libero-professionale in modalità "allargata" resta, pertanto, funzionalmente conformata dalla preminenza dell'attività istituzionale; sicché, anche nell'esercizio esterno, permane in capo all'azienda l'obbligo di «rendere possibile, conformare e controllare» l'attività del dirigente, senza che la mera allocazione della prestazione al di fuori della struttura ospedaliera ne interrompa il nesso con l'assetto organizzativo pubblico[52]. La legittimità del ricorso all'*intra moenia* "allargata" non si esaurisce, dunque, nell'adozione del provvedimento autorizzativo, ma presuppone il permanere in capo all'azienda dei poteri di programmazione, organizzazione, gestione contabile e controllo, necessari ad assicurare la piena riconducibilità della prestazione resa all'esterno all'offerta assistenziale dell'amministrazione sanitaria.

2.2 I controlli sull'attività intramuraria e l'eguaglianza nell'accesso alle cure

La libertà di scelta del cittadino tra il canale istituzionale e quello libero-professionale presuppone la piena trasparenza delle condizioni economiche e organizzative di accesso alle prestazioni. In caso di opzione per l'ALPI, l'utente assume a proprio carico l'onorario del professionista e le ulteriori componenti tariffarie previste dalla disciplina aziendale; a tale facoltà corrisponde l'obbligo dell'azienda sanitaria di programmare distintamente i volumi delle due attività, gestire le agende e i sistemi di prenotazione, monitorare i tempi di attesa e assicurare la tracciabilità dei flussi economici[53].

Il legislatore richiede, in tal senso, l'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni istituzionali a quelli medi registrati nell'attività intramuraria, affinché il ricorso al sistema libero-professionale costituisca espressione di una scelta effettivamente libera e consapevole e non la conseguenza di carenze dell'offerta istituzionale o di disfunzioni del regime di accesso pubblico alle cure[54]. Tale esigenza assume particolare rilievo nelle forme di *intra moenia* "allargata", nelle quali la collocazione della prestazione al di fuori degli ordinari spazi aziendali richiede la tracciabilità dei flussi, il controllo puntuale delle agende dei professionisti sanitari e la verifica del rispetto dei vincoli organizzativi.

In questa prospettiva si colloca l'attività di monitoraggio svolta dai soggetti istituzionali, quali AGENAS, sia sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale

intramuraria, sia sui tempi di attesa delle prestazioni prenotate in regime *intra moenia*. Le rilevazioni più recenti confermano la prevalenza quantitativa dell'attività istituzionale rispetto all'ALPI, che mantiene carattere minoritario, attestandosi intorno al sette per cento delle prestazioni complessivamente erogate dal SSN, ma segnalano al contempo criticità nella completezza e nell'omogeneità dei dati raccolti a livello nazionale[55]. La non uniforme alimentazione dei flussi, la variabilità dei soggetti partecipanti e le differenti modalità di rilevazione adottate sul territorio nazionale limitano, infatti, la piena comparabilità dei risultati e l'effettivo governo del fenomeno[56].

A presidio ulteriore dell'equilibrio tra attività istituzionale e libero-professionale si collocano le misure dirette a prevenire situazioni di conflitto di interessi e forme di concorrenza sleale, nonché le sanzioni disciplinari e gli ulteriori rimedi previsti in caso di violazione delle disposizioni legislative e organizzative aziendali. Il sistema dei controlli coinvolge primariamente i vertici aziendali, ai quali compete assicurare il corretto equilibrio tra attività istituzionale e libero-professionale, vigilare sui volumi delle prestazioni, monitorare i tempi di attesa e adottare le necessarie misure organizzative volte a prevenire situazioni di *maladministration* rese possibili ove l'interesse economico e individuale del sanitario possa condizionare lo svolgimento dell'attività istituzionale o orientare artificiosamente la domanda dell'utente verso il circuito libero-professionale.

In tal senso si pone la previsione statale che impone alle Regioni di assicurare l'attuazione della disciplina dell'ALPI, anche mediante poteri sostitutivi, e collega alla «grave inadempienza» del direttore generale conseguenze incidenti sulla permanenza nell'incarico, ritenute conformi, sotto il profilo del riparto delle competenze, all'art. 117, terzo comma, Cost. La sanzione della destituzione è stata qualificata come espressione di un principio fondamentale in materia di tutela della salute[57], restando affidate alla legislazione l'individuazione delle fattispecie integranti la grave inadempienza, la disciplina dell'accertamento e la previsione delle conseguenze applicabili alle violazioni di minore rilievo[58].

Ulteriore misura sanzionatoria è la decurtazione della retribuzione di risultato del direttore generale, prevista dal legislatore statale in presenza di gravi inadempienze nell'attuazione della disciplina dell'attività intramuraria a livello aziendale. Anche tale misura è stata ritenuta compatibile con il riparto costituzionale delle competenze, in quanto riferita alle violazioni di maggiore gravità e destinata a essere specificata dalla normativa regionale, nel rispetto dei principi fondamentali, delle norme quadro e delle garanzie procedimentali applicabili[59].

È precisamente entro questo spazio di attuazione, relativo alla tipizzazione degli obblighi organizzativi e di controllo e alla disciplina delle conseguenze imputabili ai vertici aziendali, che deve essere collocata la legge della Regione Piemonte 17 luglio 2025, n. 11.

3. La disciplina della libera professione intramuraria (ALPI) nel Servizio sanitario regionale piemontese

Nel quadro sin qui delineato si colloca la legge regionale piemontese 17 luglio 2025, n. 11, adottata con l'obiettivo di «garantire modalità uniformi di esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria sul territorio regionale»[60]. Tale disciplina, articolata in otto disposizioni, deve essere letta congiuntamente alle linee guida regionali adottate in sua

attuazione, che ne specificano i contenuti attraverso uno schema di regolamento-tipo destinato a essere recepito e adattato dalle singole aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale[61].

La scelta del legislatore regionale risponde all'esigenza di ridurre la frammentazione delle prassi aziendali, colmando l'assenza di una precedente cornice regionale mediante il coordinamento della disciplina nazionale in ambiti che incidono direttamente sull'accesso alle prestazioni intramurarie e sulla qualità della relativa offerta assistenziale. Il regolamento aziendale conserva la natura di atto organizzativo dell'ente, ma si inserisce in un quadro normativo regionale volto a definire *standard* qualitativi comuni, senza eliminare il margine di adattamento in ragione dell'autonomia riconosciuta alle singole aziende del SSR[62]. L'uniformazione normativa può, infatti, tradursi in un'effettiva garanzia per gli utenti solo se si configuri come strumento di coordinamento e non di integrale sostituzione delle valutazioni organizzative rimesse alle aziende sanitarie. In questa prospettiva, la giurisprudenza costituzionale relativa ad altri ambiti dell'organizzazione sanitaria – ad esempio, la gestione delle procedure concorsuali del comparto medico – offre un utile criterio interpretativo, evidenziando la necessità di adeguate forme di raccordo tra il livello regionale, le aziende e i rispettivi organi di vertice[63].

L'intervento legislativo piemontese muove dall'assunto che l'attività libero-professionale sia compatibile con il carattere universalistico del Servizio sanitario soltanto finché rimanga aggiuntiva, e non alternativa, rispetto all'attività istituzionale. I principi che orientano la legge e le linee guida possono essere ricondotti a quattro cardini, quali la «salvaguardia dei fini istituzionali del Servizio sanitario regionale» e della piena funzionalità dei servizi; la «prevalenza dei volumi orari per lo svolgimento delle attività istituzionali» rispetto a quelli riservati all'ALPI; la prevenzione del «conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale»; nonché la «parità di trattamento dei pazienti e dello standard qualitativo» tra i due regimi, accompagnata da un'«adeguata informazione al cittadino sulle modalità di accesso alle prestazioni»[64].

La legge regionale collega l'esercizio dell'ALPI al mantenimento di un corretto equilibrio tra i due canali di erogazione, al prioritario soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione e alla sostenibilità complessiva del sistema sanitario. Le linee guida sviluppano tali principi, qualificando l'attività intramuraria come un'offerta ulteriore rispetto alle prestazioni dovute dall'azienda e subordinando lo svolgimento alla garanzia dei volumi istituzionali programmati, alla separazione dei percorsi di prenotazione e riscossione e alla piena tracciabilità dei proventi. Alle aziende è inoltre richiesto di accompagnare l'ALPI con misure dirette a ridurre le liste di attesa e ad avvicinare progressivamente i tempi del canale istituzionale a quelli del canale libero-professionale[65].

In tale cornice, l'*intra moenia* può concorrere a coniugare la libertà di scelta fiduciaria dell'assistito con la valorizzazione delle professionalità sanitarie, l'attrattività del rapporto di lavoro esclusivo e il più efficiente impiego delle risorse umane e strumentali. Il perseguimento di tali finalità resta, tuttavia, subordinato alla piena riconduzione dell'attività libero-professionale ai poteri aziendali di programmazione, organizzazione e controllo, nonché alla prioritaria e regolare erogazione delle prestazioni istituzionali[66]. L'obiettivo regionale di garantire condizioni uniformi di accesso alle cure presuppone, a sua volta, un adeguato livello di trasparenza sui volumi di attività e sui tempi di presa in carico, investendo direttamente la capacità del servizio sanitario pubblico di assicurare l'effettività

del diritto alle prestazioni sanitarie.

Su tali profili assumono rilievo i dati elaborati da AGENAS nell'esercizio dei controlli sulla qualità dei servizi intramurari sul territorio nazionale, dai quali emerge che, in Piemonte, l'incidenza complessiva dell'ALPI resta inferiore al dieci per cento delle prestazioni ambulatoriali, sebbene persistano significative differenze tra le singole realtà aziendali[67]. Analogamente, le risultanze del monitoraggio AGENAS suggeriscono che l'attività svolta al di fuori delle strutture sanitarie presenti, nella realtà regionale in esame, una certa diffusione dell'*intra moenia* "allargata" e un livello di integrazione nei sistemi aziendali di prenotazione ancora inferiore alla media nazionale, sebbene in progressivo miglioramento[68].

A fronte di tali elementi, la legge regionale e le linee guida delineano un sistema di controllo articolato su più livelli[69]. In primo luogo, spetta all'azienda programmare, per ciascuna unità organizzativa, i volumi da garantire nell'attività istituzionale e quelli destinati alla libera professione, autorizzando questi ultimi entro il limite delle prestazioni assicurate nel canale ordinario[70]. Nella fase di erogazione assumono rilievo le misure dirette a mantenere distinti i due ambiti prestazionali, tra cui la separazione delle agende, la tracciabilità degli orari e della riscossione dei compensi e la riconducibilità di ciascuna prestazione al professionista, al luogo e al regime nel quale è stata resa[71]. In sede successiva, l'azienda deve valutare e comparare gli esiti delle attività sotto il profilo qualitativo e quantitativo, tenendo conto dei volumi, dei tempi di attesa e, ove necessario, della tipologia e della complessità delle prestazioni[72].

La prescrizione delle linee guida, secondo cui l'ALPI deve essere sottoposta a «verifiche e controlli idonei a evitare abusi e ogni interferenza con l'attività istituzionale», impone, allora, un approccio fondato sulla rilevazione e sull'analisi integrata dei dati, poiché nessun indicatore, isolatamente considerato, è sufficiente a rivelare un'indebita commistione tra il canale istituzionale e quello libero-professionale[73].

In questa prospettiva, la digitalizzazione può rafforzare l'effettività dei controlli, a condizione che alla separazione funzionale dei due percorsi si accompagni la trasparenza nell'accesso, da parte dei soggetti deputati alla vigilanza, ai dati relativi alle agende di prenotazione, ai sistemi di rilevazione delle presenze, ai flussi contabili e alle piattaforme di riscossione[74]. Sistemi informativi integrati possono rendere più tempestiva l'individuazione di anomalie e scostamenti, quali sovrapposizioni temporali, variazioni anomale dei volumi o divari non giustificati nei tempi di attesa, consentendo di orientare le verifiche verso le situazioni maggiormente esposte a rischi di *maladministration* in relazione alle caratteristiche della struttura e delle prestazioni concretamente erogate[75].

Anche l'informazione resa all'assistito costituisce un presidio essenziale, poiché l'opacità sulle alternative disponibili, sui relativi tempi di attesa e sulle condizioni economiche può tradursi in un improprio orientamento verso il canale concorrente[76]. Strumenti digitali integrati possono rendere trasparenti le disponibilità nei due regimi, registrare le informazioni fornite all'utente e segnalare anomalie ricorrenti nei percorsi di prenotazione. Tali esigenze sono particolarmente avvertite nell'ALPI "allargata", il cui ricorso conserva carattere residuale e deve essere preceduto dalla verifica dell'insufficienza degli spazi interni e accompagnato dalla loro periodica ricognizione[77].

Una cautela specifica riguarda, in tal senso, il ricorso agli studi professionali associati. Sul

punto, il regolamento-tipo regionale ne esclude, di regola, l'utilizzo quando vi operino anche professionisti estranei al Servizio sanitario regionale o dipendenti non in regime di esclusività; l'eventuale deroga è subordinata alla completa tracciabilità delle singole prestazioni rese da tutti i professionisti e all'assenza di oneri per l'azienda. In tale contesto, agende dedicate, profili di accesso distinti, registri informatici e pagamenti canalizzati consentono di assicurare la tracciabilità delle prestazioni e la separazione tra attività istituzionale e libero-professionale, rendendo effettivo il controllo sulla corretta organizzazione ed erogazione del servizio, specie ove autorizzato in forma "allargata"[78]. La tracciabilità digitale può, inoltre, supportare l'esercizio della funzione disciplinare, offrendo elementi oggettivi per l'accertamento degli illeciti e l'applicazione delle connesse sanzioni a livello aziendale[79].

La disponibilità di un patrimonio informativo integrato costituisce il presupposto per l'effettivo adempimento degli obblighi di vigilanza gravanti sui vertici aziendali, e, al tempo stesso, per il successivo esercizio, da parte della Regione, dei poteri di verifica e, in caso di inerzia, di intervento sostitutivo. La legge regionale concentra la specifica responsabilità del direttore generale sulla mancata adozione o sul mancato aggiornamento del regolamento aziendale in materia di *intra moenia*, di modo che, dopo la diffida, l'inadempimento comporta una decurtazione della retribuzione di risultato pari al settanta per cento, misura superiore alla soglia minima del venti per cento prevista dalla disciplina statale, fermi l'eventuale responsabilità disciplinare nonché l'esercizio del potere sostitutivo regionale, anche mediante la nomina di un commissario *ad acta*[80].

Nel complesso, la disciplina piemontese configura un sistema integrato di controlli e *standard* organizzativi volto a rendere verificabile l'intero ciclo dell'attività libero-professionale intramuraria, dalla programmazione dei volumi alla gestione delle agende, dalla rilevazione delle prestazioni alla riscossione e alla ripartizione dei compensi, sino alle verifiche successive. Sull'effettivo governo di tali dati si misura la capacità delle aziende sanitarie del SSR di assicurare che l'offerta di prestazioni *intra moenia* rimanga un'opzione aggiuntiva, e non alternativa, rispetto all'attività istituzionale, preservando la qualità dell'assistenza e il corretto equilibrio tra i due sistemi di accesso alle cure.

1. Dottoressa di ricerca in Diritto Amministrativo, Università degli Studi di Torino. ↑
2. Art. 15-*quinquies*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, sul regime di esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria e sull'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Si v. inoltre l'art. 1 della l. 3 agosto 2007, n. 120, e il d.P.C.m. 27 marzo 2000, recante l'atto di indirizzo e coordinamento concernente l'ALPI del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale. L'attuazione dell'istituto ha risentito, sin dall'origine, della disponibilità di spazi (cfr. *infra*, sul tema dell'*intra moenia* c.d. allargata) e della capacità organizzativa delle aziende, facendo emergere criticità strutturali direttamente connesse all'erogazione del servizio pubblico. Si v. Ferrara R. (2020), L'ordinamento della sanità, Torino, Giappichelli, p. 191; Ferrara R. (2023), Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione, in CERIDAP, n. 2, p. 185; Pioggia A. (2024), Diritto sanitario e dei servizi sociali, Torino, Giappichelli, pp. 222 ss. Con specifico riguardo allo status dirigenziale, Pioggia A. (2008), Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie. Un'analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali, in Sanità pubblica e privata, n. 3, pp. 5 ss. ↑
3. Trattasi dei limiti posti, in via generale, per i dipendenti pubblici dall'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165. Con riguardo al comparto sanitario e al personale non dirigenziale v. l'art. 4, comma 7, l. 30 dicembre 1991, n. 412. Va tuttavia osservato che una specifica deroga al richiamato regime è prevista, per i professionisti di cui all'art. 1 della l. 1° febbraio 2006, n. 43 — aree infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione — dall'art. 3-*quater*, comma 1, del d.l. 21 settembre 2021, n. 127, conv. con modif. dalla l. 19 novembre 2021, n. 165, e successive

modificazioni, da ultimo introdotte dall'art. 5, comma 7, del d.l. 31 dicembre 2025, n. 200, conv. con modif. dalla l. 27 febbraio 2026, n. 26. Sicché, fino al 31 dicembre 2027, per le attività svolte al di fuori dell'orario di servizio, non trovano applicazione i richiamati divieti di cumulo e le connesse incompatibilità di carattere generale, ferma restando la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza, nel rispetto dell'orario di lavoro e degli obiettivi relativi al contenimento delle liste d'attesa. ↑

4. Cfr. Corte cost., 29 luglio 2024 n. 153, per cui il principio di esclusività del rapporto di lavoro è diretto a garantire la «massima efficienza e funzionalità operativa» del servizio sanitario pubblico, integrando un principio fondamentale riservato alla legislazione statale. ↑
5. Sul regime del rapporto di lavoro non esclusivo della dirigenza sanitaria e sull'esercizio dell'attività libero-professionale extramuraria si vedano l'art. 15-*quater*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e l'art. 1, comma 5, l. 23 dicembre 1996, n. 662, che disciplina, in particolare, il regime delle relative incompatibilità. ↑
6. La riconduzione prevalente dell'attività libero-professionale intramuraria alla materia concorrente "tutela della salute" è costante: Corte cost., sent. 14 novembre 2008, n. 371; sent. 11 dicembre 2013, n. 301; sent. 31 marzo 2015, n. 54; sent. 21 dicembre 2018, n. 238; sent. 29 luglio 2024, n. 153. ↑
7. In particolare, v. Corte cost., n. 54 del 2015, cit., che, riconosciuta alla disciplina legislativa statale in materia di ALPI natura di principio fondamentale in materia di tutela della salute, ha dichiarato illegittima la legge regionale che ne estendeva l'applicazione agli infermieri e alle altre professioni sanitarie. Cfr. Rovagnati A. (2015), Regolazione dell'attività professionale intramuraria del personale sanitario non medico e principi fondamentali in materia di tutela della salute, in Le Regioni, n. 4, pp. 972 ss.; Gallarati F. (2020), La libera professione intramuraria nella prospettiva del regionalismo differenziato, in Corti supreme e salute, n. 1, pp. 231 ss. Cfr. altresì Corte cost., 12 aprile 2005, n. 147. Si v. Gagliardi B. (2020), Il sindacato del giudice costituzionale sull'organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute, in Losana M., Marcenò V. (a cura di), Come decide la Corte dinanzi a questioni "tecniche", Soveria Mannelli, Rubbettino, pp. 210 ss. ↑
8. Corte cost., 26 giugno 2002, n. 282, sulla determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni quale competenza statale trasversale che non tollera limitazioni da parte del livello regionale, ciò che apre alla prospettazione della sanità come afferente a diversi livelli di regolazione. Sul rapporto tra diritto individuale e organizzazione pubblica dei servizi, v. Berti G. (1988), Le strutture pubbliche per la tutela della salute, in Iustitia, n. 4, pp. 289 ss., per cui i diritti sociali (tra cui la salute) non consentono una contrapposizione netta tra la pretesa individuale e la connotazione sociale espressa attraverso l'organizzazione pubblica dei servizi, dovendosi, piuttosto, ricercare la piena integrazione dei due aspetti in aderenza al dato costituzionale. Cfr. Corte cost., sent. 7 giugno 2010, n. 207, secondo cui le modalità di organizzazione del servizio sanitario costituiscono la «cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate». ↑
9. Gagliardi B. (2020), Il sindacato del giudice costituzionale sull'organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute, cit., p. 204; Torricelli S. (2021), Tra persona e persone, discutendo con Massimo Monteduro su doveri e diritti, in Persona e amministrazione, n. 1, pp. 396 ss.; Pioggia A. (2018), Salute, diritti e responsabilità medica: una storia italiana, in Diritto amministrativo, n. 3, pp. 517 ss.; Bottari C. (2009), Tutela della salute e organizzazione sanitaria, Torino, Giappichelli; Nigro M. (1966), Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione, Milano, Giuffrè; Berti G. (1968), La pubblica amministrazione come organizzazione, Padova, Cedam. ↑
10. L. 3 agosto 2007, n. 120, recante "*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*"; cfr. altresì: d.P.C.m. 27 marzo 2000, recante l'"*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale*" che integra la disciplina generale contenuta nel d.lgs. n. 502 del 1992, definendo i criteri ai quali le aziende sanitarie devono conformare l'organizzazione e lo svolgimento dell'attività intramuraria e individuando i soggetti ammessi, le modalità di esercizio, le prestazioni erogabili, i criteri per la determinazione delle tariffe e per la riscossione dei compensi, nonché le regole relative alla separazione contabile e alle forme di controllo aziendale. Particolare rilievo assume il necessario coordinamento dell'attività libero-professionale con la programmazione sanitaria e con l'ordinario assetto dei servizi individuati e regolati a livello regionale per assicurare la prevalenza dell'attività istituzionale, il rispetto dei volumi prestazionali e dei tempi di attesa, nonché la trasparenza dei rapporti economici con gli utenti del SSN. ↑
11. Art. 15-*quinquies*, comma 3, d.lgs. n. 502 del 1992, cit. ↑

12. Corte cost., sent. n. 371 del 2008, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcune disposizioni della l. n. 120 del 2007, nella parte in cui, anziché limitarsi a fissare principi fondamentali riconducibili alla competenza legislativa statale, introducevano prescrizioni di dettaglio invasive della potestà regionale. Tali previsioni determinavano un'«eccessiva procedimentalizzazione» dell'attività libero-professionale intramuraria, giudicata «incompatibile con la fissazione di un principio fondamentale della materia, appartenendo – per sua stessa natura – all'ambito della disciplina meramente attuativa, come tale rientrante nella sfera di competenza legislativa concorrente delle Regioni e delle Province autonome». Si v. Si v. Mainardis C. (2009), Qualche osservazione a Corte cost. n. 371/2008 (tra poteri sostitutivi statali ordinari e straordinari, interpretazione conforme e assetto dei rapporti Stato-Regioni), in Le Regioni, n. 1, pp. 173-179. ↑
13. La l. n. 120 del 2007 è stata incisivamente modificata dall'art. 2 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv., con modif., dalla l. 8 novembre 2012, n. 189, che ha rafforzato la tracciabilità dei pagamenti, i sistemi aziendali di prenotazione, la ricognizione degli spazi e i controlli sui volumi di attività. Per l'evoluzione normativa, v. Geddes da Filicaia M. (2023), Breve ma veridica storia dell'attività libero-professionale intra moenia, in Recenti Progressi in Medicina, vol. 114, n. 9, pp. 491-496; Falsone M. (2025), La libera professione dei dirigenti sanitari: l'attività intra moenia e quella extramuraria, in Lavoro e previdenza oggi, nn. 1-2, pp. 23 ss. ↑
14. Corte cost., sent. n. 50 del 2007, in tema di rapporto esclusivo e attività libero-professionale intramuraria dei sanitari. ↑
15. Su cui v. Corte cost., sent. n. 335 del 1993, che ha riconosciuto alle norme statali di dettaglio prive di natura principale carattere dispositivo nei confronti delle Regioni, ferma la necessaria «congruità delle disposizioni regionali rispetto al principio sotteso»; sul versante opposto, Corte cost., sent. n. 371 del 2008 ha censurato l'«eccessiva procedimentalizzazione» statale dell'attività libero-professionale intramuraria. Si v. inoltre Corte cost., sent. n. 301 del 2013, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale delle disposizioni impugnate della legge del 2012, modificativa della legge n. 120 del 2007, nella parte in cui non prevedevano una clausola di salvaguardia per le Province autonome di Trento e di Bolzano, tenute a adeguare la propria legislazione secondo quanto previsto dagli statuti speciali e dalle relative norme di attuazione. Cfr. Corte cost. n. 54 del 2015, che ha inoltre chiarito che anche una previsione statale puntuale può costituire principio fondamentale quando si ponga in rapporto di coessenzialità e necessaria integrazione con la regola di fondo. Su cui, *amplius*: Morana D. (2018), La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi, in Colapietro C., Atripaldi M., Fares G., Iannuzzi A. (a cura di), I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità. Esperienze a confronto, Napoli, Editoriale Scientifica, p. 199 s. ↑
16. Si v. i richiamati artt. 15-quater e ss., d.lgs. n. 502/1992, cit. ↑
17. Pioggia A. (2024), Diritto sanitario e dei servizi sociali, cit., p. 222 ss. ↑
18. Per il quadro delle fonti v., oltre agli artt. 15-quater e 15-quinquies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, il d.P.C.m. 27 marzo 2000, spec. artt. 2-7, l'art. 1 della l. 3 agosto 2007, n. 120 e gli artt. 88-91 del CCNL Area Sanità 2019-2021, sottoscritto il 23 gennaio 2024. Si v. Avanzini G. (2016), L'esercizio dell'attività libero-professionale in intra moenia e l'art. 21 del Patto per la salute 2014/2016, in Sanità pubblica e privata, n. 4, pp. 5 ss.; Falsone M. (2025), La libera professione dei dirigenti sanitari: l'attività intra moenia e quella extramuraria, in Lavoro e previdenza oggi, nn. 1-2, pp. 23 ss. ↑
19. Principalli A.M. (2003), La libera professione dei medici ospedalieri, in Responsabilità civile e previdenza, n. 2, pp. 532 ss., in cui si osserva che tale peculiare disciplina dell'attività intramoenia ha da sempre reso problematico l'inquadramento giuridico della natura dell'attività professionale intramuraria, se rapporto di lavoro autonomo, parasubordinato o dipendente. ↑
20. Ricostruzione offerta dalla Corte cost. con sent. 20 luglio 1999 n. 330: «la libera professione intramuraria, che si è sempre più venuta caratterizzando come *tertium genus* per la compresenza, accanto agli elementi propri del rapporto d'opera professionale, di altri propri del rapporto di lavoro subordinato – quali, ad esempio, il trattamento fiscale, la fissazione delle tariffe e la determinazione del riparto dei compensi da parte dell'amministrazione – può apparire uno strumento utile per il conseguimento degli scopi assegnati alle strutture sanitarie pubbliche», ripreso anche da T.A.R. Lazio Roma sez I-*bis* 14 luglio 2011, n. 6334; T.A.R. Umbria, sent. 18 gennaio 2013, n. 20. ↑
21. Cass. civ., sez. lav., 14 dicembre 2023, n. 35056 ha affermato che il dirigente medico assunto a tempo indeterminato in regime di esclusività è titolare di un diritto soggettivo allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti posti dalla legge e dalla contrattazione

collettiva, e che sull'azienda grava l'obbligo di adottare tempestivamente le iniziative necessarie a renderne possibile l'esercizio. La pronuncia rimedita il più restrittivo orientamento di Cass. civ., sez. lav., 18 dicembre 2018, n. 32709 e aderisce a Cass. civ., sez. lav., 11 maggio 2023, n. 12785 per cui l'inadempimento o l'ingiustificato ritardo dell'azienda può fondare la domanda risarcitoria. Sul punto, Serra D. (2024), Sul diritto soggettivo del dirigente sanitario in regime di esclusività allo svolgimento di libere prestazioni intramurarie, in Labor, 18 aprile 2024. Una volta esercitata l'opzione per il rapporto esclusivo, l'esigibilità del diritto al compenso per l'attività libero-professionale intramuraria è subordinata al rispetto delle condizioni sostanziali e procedurali stabilite dalla disciplina di settore: cfr. Cass. civ., sez. lav., 16 maggio 2023, n. 13391. ↑

22. Principalli A.M. (2003), La libera professione dei medici ospedalieri, cit., p. 532 ss. ↑
23. Pioggia A. (2024), Diritto sanitario e dei servizi sociali, cit., p. 222 ss. ↑
24. Consito M. (2010), Le prestazioni accessorie in sanità, in Cavallo Perin R., Lenti L., Racca G.M., Rossi A., I diritti sociali come diritti della personalità, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 46 ss.; Principalli A.M. (2003), *La libera* professione dei medici ospedalieri, cit., p. 532 ss. ↑
25. Cass. civ., sez. lav., 16 maggio 2023, n. 13391, secondo cui il diritto al compenso per l'attività libero-professionale intra moenia presuppone la forma scritta quale requisito essenziale e non può sorgere da un conferimento meramente verbale; la pronuncia esclude, in tal modo, che l'irregolare svolgimento di prestazioni possa essere automaticamente ricondotto al regime economico dell'ALPI. ↑
26. Art. 7, commi 1 e 2, legge 8 marzo 2017, n. 24. In giurisprudenza, v. Cass. civ., sez. VI, ord. 24 dicembre 2014, n. 27391; Cass. civ., sez. VI, 27 settembre 2019, n. 24167; Cass. civ., sez. III, 28 maggio 2024, n. 14846, sulla responsabilità contrattuale della struttura anche per le prestazioni rese in regime libero-professionale intramurario. Di recente: Perrino S.P. (2025), Il contratto di spedalità: da Francesco Galgano alle (prossime) riforme sulla responsabilità medica, in Responsabilità civile e previdenza, n. 1, pp. 268 ss.; Nicolussi A. (2023), Responsabilità sanitaria e rivalsa, in Europa e diritto privato, n. 4, pp. 657 ss. Cfr. Principalli A.M. (2003), La libera professione dei medici ospedalieri, cit., p. 532 ss., per cui anche nell'attività intra moenia, «la responsabilità dell'azienda, gestore di un servizio pubblico sanitario o della casa di cura privata sarà una responsabilità per l'inadempimento delle obbligazioni assunte con il contratto». ↑
27. Art. 4, comma 7, l. 30 dicembre 1991, n. 412, nonché art. 1, comma 5, l. 23 dicembre 1996, n. 662. Come noto, l'art. 53, comma 1, d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, ha esteso a tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità prevista dal testo unico degli impiegati civili dello Stato, di cui agli artt. 60 ss. d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, facendo salve le speciali disposizioni già vigenti in materia, tra cui quelle relative al personale sanitario. ↑
28. La regola dell'unicità del rapporto, posta dall'art. 4, comma 7, della l. n. 412 del 1991 e ribadita dall'art. 1, comma 5, della l. n. 662 del 1996, è stata qualificata come principio fondamentale, nella materia afferente alla tutela della salute, da Corte cost., 23 dicembre 1993, n. 457; 21 dicembre 2018, n. 238; 29 luglio 2024, n. 153. ↑
29. Cons. Stato, sez. IV, sentt. 8 maggio 2003, n. 2430, e 22 giugno 2004, n. 4463. ↑
30. Da ultimo, Corte cost., 21 dicembre 2018, n. 238, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 30, comma 2, l. reg. Basilicata n. 19 del 2017, nella parte in cui consentiva alle strutture private accreditate di avvalersi di medici in rapporto esclusivo con il SSN. La Corte ha ravvisato il contrasto di tale disposizione con il principio di unicità del rapporto di lavoro, a garanzia dell'efficienza e della funzionalità del Servizio sanitario pubblico. La norma regionale è stata pertanto ritenuta lesiva dell'art. 117, terzo comma, Cost., trattandosi di un principio fondamentale in materia di tutela della salute. Sulla specifica disposizione di cui all'art. 4, comma 7, l. n. 412 del 1991, v. altresì Corte cost., 23 dicembre 1993, n. 457, che ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale relative alla norma che vieta al medico dipendente del SSN di svolgere attività libero-professionale presso strutture private convenzionate, pur consentendola, al di fuori dell'orario di servizio, presso strutture non convenzionate. La Corte ha ritenuto tale incompatibilità ragionevole, in considerazione della funzione integrativa e sussidiaria svolta dalle strutture convenzionate rispetto alla rete sanitaria pubblica, essendo il divieto volto a prevenire conflitti di interesse e a garantire l'efficienza e la funzionalità del SSN, in attuazione dell'art. 32 Cost. ↑
31. Cons. Stato, sez. IV, 8 maggio 2003, n. 2430, e 22 giugno 2004, n. 4463, valorizzano l'esigenza di impedire la compresenza, nella medesima persona, di rapporti potenzialmente orientati a interessi divergenti. Nello stesso senso, TAR Veneto, sez. III, 24 luglio 2017, n. 743, e TAR Campania, Napoli, sez. V, 31 gennaio 2013, n. 685. ↑

32. Corte cost., sent. n. 153 del 2024, che richiama le sent. n. 457 del 1993 e n. 238 del 2018. ↑
33. Conticelli M. (2026), Sanitari "privati" e sinergia con il Servizio sanitario nazionale, in Gola M., Tubertini C. (a cura di), Nuova sanità territoriale e risorse umane, Bologna, SPISA, p. 58. ↑
34. Consito M. (2010), Le prestazioni accessorie in sanità, cit., p. 46 ss. ↑
35. Sulla qualificazione della prestazione e sul relativo regime economico, Cons. Stato, sez. III, 9 novembre 2016, n. 4924 ha escluso che l'ALPI integri un livello essenziale di assistenza e ha distinto il corrispettivo libero-professionale dal *ticket* dovuto per la prestazione istituzionale. Quanto alla tariffa, TAR Umbria, sez. I, 18 gennaio 2013, n. 19 ha ribadito che essa deve coprire integralmente i costi diretti e indiretti sostenuti dall'azienda, senza determinare oneri per il servizio pubblico. ↑
36. Si è osservato come, a fronte di un'incidenza attuale pari a circa il 7 per cento delle prestazioni complessivamente erogate dal SSN, tra le principali funzioni dell'attività intramuraria rientrino il trattenimento del personale medico nel sistema pubblico, l'intercettazione di una domanda privata di prestazioni che non verrebbe meno con il divieto dell'ALPI e il concorso al finanziamento delle aziende sanitarie mediante i ricavi generati, in parte destinati al sistema aziendale. Su cui: Valfrè A., Turati G. (2026), Quanto conta l'intramoenia nella sanità italiana, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, 29 maggio 2026. ↑
37. Si v. art. 4, comma 6, D. Min. sanità 28 febbraio 1997, *Attività libero-professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale*, per cui «L'attività libero-professionale non può comportare, per ciascun dipendente, una produttività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore al 50% dell'orario di servizio effettivamente prestato». ↑
38. Sull'ambito oggettivo: Cons. Stato, sez. III, 8 maggio 2023, n. 4578, che ha escluso l'automatica applicazione delle regole sull'ALPI agli ospedali c.d. classificati, in ragione della loro natura privatistica e dell'equiparazione ai presìdi pubblici solo ai fini della programmazione sanitaria. Di Martino V. (2023), La disciplina delle attività intra moenia non è applicabile agli ospedali classificati, in IUS et SALUS, n. 2. Cfr. Corte giust. UE, 18 ottobre 2018, C-606/17, che ha escluso la compatibilità con il diritto UE di una disciplina nazionale che equipari in modo pieno gli ospedali classificati agli ospedali pubblici, sottraendoli alle regole sugli appalti; in seguito, Cons. Stato, sez. III, 28 febbraio 2019, n. 1410, ha recepito tale impostazione, precisando che l'equiparazione opera solo in modo limitato e non fa assumere agli ospedali classificati la natura di soggetti pubblici a tutti gli effetti. ↑
39. Art. 15-*quinquies*, comma 3, d.lgs. n. 502 del 1992, cit. ↑
40. Conticelli M. (2026), Sanitari "privati" e sinergia con il Servizio sanitario nazionale, cit., p. 52. ↑
41. Art. 1, commi 4 e 4-bis, della legge 3 agosto 2007, n. 120, come modificato dall'art. 2 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. La disciplina consente, in caso di indisponibilità degli spazi aziendali, lo svolgimento dell'attività libero-professionale in strutture ambulatoriali esterne convenzionate e, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati alla rete aziendale, nel rispetto delle condizioni di autorizzazione, programmazione e tracciabilità stabilite dalla legge. ↑
42. V. Trib. Bari, sez. lav., ord. 20 dicembre 2012, che qualifica l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria come diritto del dirigente sanitario in rapporto esclusivo. In mancanza di spazi aziendali idonei, l'ASL è tenuta a reperire soluzioni esterne o ad autorizzare, ricorrendone i presupposti, l'utilizzo dello studio professionale privato. ↑
43. Tra gli interventi che hanno prolungato l'intramoenia allargata si richiamano, in particolare, l'art. 72, comma 11, della l. 23 dicembre 1998, n. 448, il d.P.C.m. 27 marzo 2000, l'art. 1, comma 4, della l. 3 agosto 2007, n. 120 e, da ultimo, l'art. 2 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, conv. con modif. dalla l. 8 novembre 2012, n. 189, disposizioni che consentono, in via residuale, lo svolgimento dell'attività presso strutture esterne o studi professionali collegati in rete, subordinandolo alla previa ricognizione degli spazi disponibili, alla tracciabilità dei pagamenti e al controllo dei volumi delle prestazioni. Si v., di recente, il contenuto dell'emendamento all'art. 2-bis del disegno di legge recante «Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» (C. 2700), volto a introdurre in via permanente un modello di esercizio della libera professione sanitaria in forma allargata e flessibile («intramoenia diffusa»), compatibile con l'orario di lavoro istituzionale; la proposta è stata, tuttavia, dichiarata inammissibile per carenza di quantificazione e di copertura finanziaria e successivamente ritirata. ↑
44. Cfr. art. 1, comma 4, l. n. 120 del 2007, che limita lo svolgimento delle attività in regime intra

moenia, «in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete». ↑

45. Cfr. art. 1, comma 4, lett. a-bis), b), c), f) e g), l. n. 120 del 2007, nel testo risultante dalle successive modificazioni; d.P.C.m. 27 marzo 2000, spec. artt. 4-7; artt. 88-91 CCNL Area Sanità 2019-2021, sottoscritto il 23 gennaio 2024. ↑
46. Corte cost., 29 luglio 2024, n. 153, spec. par. 3.1.2-3.1.4, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47, commi 1 e 2, l. reg. Liguria 28 dicembre 2023, n. 20, nella parte in cui consentiva lo svolgimento dell'ALPI presso strutture private accreditate. La Corte ha ricondotto il divieto di cui all'art. 1, comma 4, l. n. 120 del 2007 ai principi fondamentali della «tutela della salute» e al principio di esclusività del rapporto con il SSN. Cfr. altresì Corte cost., 21 dicembre 2018, n. 238, e 23 dicembre 1993, n. 457. ↑
47. Cass. civ., sez. lav., 21 agosto 2025, n. 23664 ha ritenuto legittimo il licenziamento per giusta causa di un medico autore di una gestione irregolare dell'attività libero-professionale, accompagnata dalla percezione diretta di denaro e da condotte fraudolente relative alla presenza in servizio. ↑
48. Si v. Corte conti, sez. giur. Liguria, 2 agosto 2009, n. 375; Chindemi D. (2011), Responsabilità contabile e danno erariale delle ASL e del medico, in Responsabilità civile e previdenza, n. 6, pp. 1400 ss. ↑
49. Maniccia A. (2016), L'attività del medico intramoenia: la controversa interpretazione dell'elemento della ragione d'ufficio per la configurabilità della fattispecie di peculato, in Cassazione penale, n. 3, pp. 1029 ss., nota a Cass. pen., sez. VI, 21 maggio 2015, n. 35988. ↑
50. Cass. pen., sez. VI, n. 20264 del 2019, e Cass. pen., sez. VI, n. 15945 del 2021, sulla configurabilità del peculato in caso di appropriazione delle somme riscosse per prestazioni intramurarie e dovute all'ente. Anche nell'esercizio dell'attività intramuraria "allargata", infatti, il medico dipendente di una struttura ospedaliera riveste la qualifica di pubblico ufficiale, trattandosi di un'attività inserita in una programmazione unitaria regionale e soggetta a controlli volti a consentirne lo svolgimento nel rispetto delle finalità istituzionali dell'ente, con predeterminazione delle tariffe nonché della quota da riscuotere per conto dell'ente stesso. Cfr. Cass. pen., sez. VI, n. 24717 del 2024, che ha chiarito che il delitto di peculato è configurabile solo se le somme, percepite dal medico nell'ambito di prestazioni effettivamente rese in regime di *intra moenia* allargata, siano detenute per ragioni dell'ufficio, annullando con rinvio la sentenza di merito che non aveva accertato se l'attività fosse realmente riconducibile al circuito autorizzato dell'ALPI. Si v. Vallini A. (2024), Gli incerti confini tra pubblico e privato nelle qualifiche soggettive, in Rivista italiana di diritto e procedura penale, n. 2, pp. 545 ss.; Calussi C. (2023), La responsabilità sanitaria prima e dopo la legge Gelli-Bianco, il danno differenziale e da lesione del consenso informato e le polizze claims made, in Giustizia Civile, 12 ottobre 2023, nota a Trib. Firenze, sez. IV, 12 giugno 2023. ↑
51. Da ult. Cass. pen., sez. VI, 9 giugno 2026, n. 21144; Sez. V, 09 gennaio 2025, n. 15887. ↑
52. Principalli A.M., La libera professione dei medici ospedalieri, cit., p. 532 ss. ↑
53. Art. 1, comma 4, lett. g), l. 3 agosto 2007, n. 120, cit. Il limite quantitativo è posto dall'art. 15-*quinquies*, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992, che vieta che i volumi dell'attività intramuraria superino quelli assicurati nell'attività istituzionale, anche al fine di governare le c.d. liste d'attesa. De Angelis M. (2017), Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità, relazione AIPDA; Bottari C., Foglietta F., Vandelli L. (2013), Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi, Rimini, Maggioli. ↑
54. Art. 1, comma 4, legge n. 120 del 2007, cit. Cfr. Consito M. (2010), Le prestazioni accessorie in sanità, cit., p. 46 ss. ↑
55. AGENAS, *Report dei Monitoraggi Nazionali ex ante dei tempi di attesa per l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività Istituzionale e ALPI*. Anno 2024, p. 10 ss. Su cui v. Valfrè A., Turati G. (2026), Quanto conta l'intramoenia nella sanità italiana, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, 29 maggio 2026. ↑
56. AGENAS, *Report ALPI 2024*, cit., p. 36 ss. Il Report rileva, a livello di singola struttura, prestazioni ambulatoriali per le quali l'incidenza dell'ALPI supera il 50% e, per i ricoveri programmabili, differenze molto ampie nei tempi medi. I dati non consentono, isolatamente, di accertare condotte elusive o conflitti di interesse, ma mostrano l'insufficienza di una verifica condotta sui soli valori nazionali aggregati. ↑
57. Corte cost., 14 novembre 2008, n. 371, spec. massima n. 32928 e punto 14.2 secondo cui la destituzione per «grave inadempienza» costituisce principio fondamentale; spetta alle Regioni stabilire i casi in cui essa ricorre, disciplinare il procedimento e fissare le altre sanzioni per le inadempienze di minore rilievo. La stessa pronuncia ha censurato l'«eccessiva

procedimentalizzazione» statale degli aspetti attuativi dell'ALPI. ↑
58. *Ibid*. ↑
59. Cfr. Corte cost. n. 301 del 2013, che ha precisato che tali previsioni statali, pur dettagliate e immediatamente operative, devono lasciare alla disciplina regionale adeguati margini di attuazione. ↑
60. L.r. Piemonte 17 luglio 2025, n. 11, recante «Misure per garantire modalità uniformi di esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria sul territorio regionale». ↑
61. Le linee guida e lo schema di regolamento-tipo sono stati approvati con deliberazione del Consiglio regionale del Piemonte 23 settembre 2025, n. 117-20078 (B.U.R. Piemonte 29 settembre 2025, n. 39, suppl. ord. n. 4). ↑
62. Art. 1, comma 1-*bis*, d.lgs. n. 502 del 1992, in cui si definiscono le Aziende sanitarie locali come «aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale» individuandone la fonte della relativa disciplina nell'«atto aziendale di diritto privato». Sulle criticità di tale modello "ibrido" e sul necessario superamento dell'«equivoco della riforma aziendalistica»: Civitarese Matteucci S., Dugato M., Pioggia A., Racca G.M. (a cura di) (2008), Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario: un primo bilancio, Milano, FrancoAngeli; Racca G.M. (2022), Salute, in Enciclopedia del diritto, I Tematici, Milano, Giuffrè, p. 1004; Sulla diversa qualificazione dell'atto aziendale degli enti sanitari, in termini di «regolamento di organizzazione»: Ferrara R. (2020), L'ordinamento della sanità, cit., p. 174. ↑
63. Cfr. Corte cost., 19 novembre 2024, n. 202 che ha censurato l'attribuzione «integrale» a un ente regionale di funzioni proprie delle aziende sanitarie (nella specie, il reclutamento e la gestione del personale sanitario), effettuata «prescindendo totalmente dalla previsione di forme di coordinamento» con queste ultime e con i rispettivi organi di vertice, su cui: Sdanganelli G. (2025), L'illegittimità costituzionale dell'accentramento regionale delle funzioni aziendali di reclutamento del personale sanitario, in questa Rivista, n. 1, pp. 117 ss. Cfr. similmente, Corte cost., n. 9 del 2022, in materia di organizzazione del servizio regionale di pronto soccorso. ↑
64. Art. 3, comma 1, l.r. Piemonte n. 11 del 2025. ↑
65. Artt. 1 e 3 l.r. Piemonte n. 11 del 2025; deliberazione Cons. reg. Piemonte 23 settembre 2025, n. 117-20078, schema di regolamento-tipo, artt. 2 e 14. L'art. 2 richiede, tra l'altro, la prevalenza dell'attività istituzionale, il rispetto dei volumi programmati, lo svolgimento dell'ALPI fuori dall'orario di servizio, la separazione dei percorsi, la tracciabilità dei pagamenti, la contabilità separata e la copertura integrale dei costi. ↑
66. V. deliberazione Cons. reg. Piemonte 23 settembre 2025, n. 117-20078, schema di regolamento-tipo, spec. art. 2, punti 1.1-1.14. ↑
67. AGENAS, *Report ALPI 2024*, cit., pp. 31-33 e 36. Per il Piemonte, il report riporta, nel 2024, 482.211 prestazioni in ALPI e 4.762.498 in regime istituzionale, con un'incidenza del 9,2%; sono indicati ricavi (ALPI) pari a 16.476 euro per 1.000 abitanti, rispetto alla media nazionale di 15.603 euro. In particolare, le quote raggiungono il 63% per la visita di chirurgia vascolare e il 50% per la visita ginecologica, nonché il 50,3% per l'ecografia ostetrico-ginecologica. ↑
68. AGENAS, *Report ALPI 2024*, cit., p. 21 ss. A livello nazionale, il 91% dell'attività rilevata è svolto esclusivamente negli spazi aziendali, l'8,8% presso studi privati collegati alla rete aziendale o altre strutture pubbliche convenzionate e lo 0,1% in studi non ancora collegati in rete; quest'ultima modalità residua in Piemonte, oltre che in Lazio e Sicilia. ↑
69. Deliberazione Cons. reg. Piemonte 23 settembre 2025, n. 117-20078, schema di regolamento-tipo, art. 2, punti 1.9 e 1.10, e artt. 24 e 30. ↑
70. *Ivi*, art. 14, commi 1-3, e art. 15, comma 10; per l'ALPI allargata, art. 48, commi 1, 3 e 4. ↑
71. *Ivi*, art. 2, punti 1.4, 1.5, 1.8 e 1.11; art. 6, commi 1-3; artt. 17 ss. ↑
72. *Ivi*, art. 2, punto 1.3; art. 24; art. 30, commi 3-6. V. anche art. 1, comma 4, lett. d), e) e g), l. 3 agosto 2007, n. 120, e art. 15-quinquies, comma 3, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. ↑
73. *Ivi*, art. 2, punto 1.9, e art. 30, commi 1-6. ↑
74. *Ivi*, art. 6, comma 3; artt. 17-19; art. 30. ↑
75. Cfr. *ivi*, art. 30, commi 3 e 5, lett. a)-c); per l'ALPI allargata, art. 37, punti 1.10 e 1.11. ↑
76. *Ivi*, art. 2, punti 1.7-1.10; art. 13, comma 5; art. 18, commi 3-6. Per l'ALPI allargata, v. art. 37, punto 1.9; art. 47, comma 5; art. 49, commi 3-6. ↑
77. V. art. 1, commi 4 e 4-bis, l. 3 agosto 2007, n. 120, cit.; deliberazione Cons. reg. Piemonte 23 settembre 2025, n. 117-20078, schema di regolamento-tipo, art. 2, punto 1.11, art. 6, comma 4, e artt. 36 e 51. ↑

78. *Ivi*, art. 51, comma 1, lett. d). La deroga per gli studi professionali associati è subordinata alla completa tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti e all'assenza di addebiti a carico dell'azienda. ↑
79. *Ivi*, art. 13, commi 6-12, e art. 47, commi 6-13; per sanzioni e fattispecie di illeciti disciplinari, v. artt. 25 e 26. ↑
80. V. artt. 4 e 5 l.r. Piemonte n. 11 del 2025. Il termine ordinario per l'adozione o l'aggiornamento del regolamento è di trenta giorni dall'approvazione della deliberazione consiliare; la diffida assegna ulteriori dieci giorni. Sulla soglia statale minima del 20%, v. art. 1, comma 7, l. 3 agosto 2007, n. 120, e Corte cost., 11 dicembre 2013, n. 301. ↑