

Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale Lecce
 Sede Legale e Direzione Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE NUMERO	<u>1861</u>	DEL	<u>- 9 NOV. 2012</u>
-----------------------------	-------------	------------	----------------------

OGGETTO:	Art. 4, co. tre-sexies, d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - Adozione piano di ristrutturazione e razionalizzazione della società unipersonale della ASL LE denominata "Sanitaservice ASL LE srl" - Richiesta di acquisizione del parere favorevole del Commissario straordinario, di cui all' art. 2 del decreto legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni nella L. n. 94 del 2012, al fine della definitiva approvazione del piano.
-----------------	---

L'anno 2012, il giorno NOVE del mese di NOVEMBRE in Lecce, nella
 Sede della Azienda , in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

S TRUTTURA (Descrizione)	CENTRO DI COSTO (Descrizione)

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006 n. 25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006 n. 39;
- Vista la L.R. 25.2.2010, n.4;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.2504 del 15.11.2011;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

Premessa la seguente relazione istruttoria.

A-PREMESSA

Con l.r. n. 39/2006 la Regione Puglia istituiva a partire dal 1° gennaio 2007 l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce (ASL LE).

In essa confluivano le due precedenti aziende Usl prima operanti nell'ambito territoriale della provincia di Lecce (Ausl LE/1 e Ausl LE/2).

L'accorpamento rispondeva all'avvertita esigenza di razionalizzare (ricondere ad unità) la gestione del servizio sanitario, ovvero delle attività e delle prestazioni che, nel loro complesso, integrano il servizio sanitario.

A tal fine la ASL LE interveniva anche nell'ambito delle attività di supporto alle sue primarie funzioni istituzionali, nell'ambito cioè di quelle prestazioni che, pur indispensabili ed intimamente connessi al processo di produzione ed erogazione del servizio sanitario, ne costituiscono solo un segmento, quello non riservato alle vere e proprie professioni mediche.

In proposito val la pena subito evidenziare che il '*servizio sanitario*', quale servizio complesso, è posto in essere da strutture anche molto diverse fra loro e adibite allo svolgimento di molteplici attività (mediche e non mediche) come meglio si evince dalle norme in materia, vedasi L.R. 28 dicembre 1994, n. 36¹ (all.1) e relativo Regolamento² (all.2).

In breve, queste le strutture essenziali: Direzione generale, Direzioni operative, Aree (personale, risorse finanziarie, gestione tecnica, servizio farmaceutico, patrimonio, servizi sociali), Strutture (Ospedali, Dipartimenti, Distretti socio-sanitario).

Dalle prime analisi della organizzazione dei servizi *no-core* (nell'accezione dei servizi non medici, ma a questi funzionalmente collegati da indissolubile accessorietà) emergeva la eterogeneità dei moduli organizzativi (e contrattuali) presenti nelle due precedenti Ausl che mal si conciliava con la necessità di uniformità organizzativa imposta dalla neonata ed unica ASL LE.

Nella Deliberazione del Direttore Generale n. 44/18.01.2010 sono efficacemente illustrate le ragioni a sostegno della decisione di autoprodurre alcuni servizi per il tramite della propria società in house "Sanitàservice srl".

Vi si legge fra l'altro che: "*Nell'ASL LE, riveniente dalla fusione della Ausl LE/1 (in quest'ultima è confluita la ex Azienda Ospedaliera 'Vito Fazzi' di Lecce) e la Ausl LE/2, tra i servizi pubblici storicamente esternalizzati sono compresi, in tutto o in parte, i seguenti:*

- *attività di supporto e integrazione dei servizi sanitari di emergenza-urgenza, cosiddetto "sistema 118", ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;*
- *attività socio-sanitaria, assistenziale e rieducativa strettamente funzionale all'erogazione dei servizi della riabilitazione territoriale;*
- *attività di ausiliario, servizi alla persona e alberghieri a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'Azienda Sanitaria Locale per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche;*

¹ L.R. 28 dicembre 1994, n. 36 – Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato da decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. (Pubblicato nel B.U. Puglia 30 dicembre 1994, n. 146).

² Deliberazione G.R. 16 febbraio 1996, n. 229 – Regolamento organizzazione generale art. 14 L.R. 28 dicembre 1994, n. 36. (Pubblicato nel B.U. Puglia 13 settembre 1996, n. 98).

che la gran parte dei suddetti servizi esternalizzati sono in regime di prorogatio, in taluni casi, da molti anni. In particolare, con riguardo alle attività rientranti del c.d. "sistema 118", si è fatto ricorso, in maniera estemporanea, a Cooperative o Associazioni di volontariato, con affidamenti in via provvisoria per un periodo limitato di tempo, poi, prorogati nei fatti e negli anni, senza la relativa 'regolarizzazione contrattuale';

che le attività di supporto, appena innanzi menzionate, si configurano tutte tipicamente come meramente strumentali ai servizi propriamente sanitari e pertanto riconducibili al modello gestionale individuabile nell'istituto dell'in house providing, in coerenza con la disciplina prevista dall'articolo 9 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e così come enunciato nella D.G.R. n. 745/09, come modificata ed integrata nella successiva D.G.R. n. 2477/09;

Considerato

- che l'affidamento delle attività di supporto strumentale ai servizi di cui trattasi, sia nei servizi ospedalieri che in quelli territoriali, così frammentato tra diverse società e cooperative, ha ingenerato nel tempo un notevole disagio organizzativo, attesa la difficoltà di gestione del personale coinvolto che, pur dovendo avere, sul piano funzionale, un rapporto 'di tipo gerarchico' con i Responsabili delle Strutture, di fatto non risulta del tutto partecipe dei processi di supporto ai percorsi assistenziali, ritenendosi "esterno al team" e all'organizzazione aziendale;

- che questo disagio organizzativo, evidenziato in ripetute occasioni dai dirigenti dei servizi, ha prodotto un vero e proprio disservizio, consequenziale a criticità evidenti, stabilizzatesi nel tempo e che possono essere così sintetizzate:

1. precarietà e provvisorietà del rapporto fra aziende appaltatrici ed i lavoratori che hanno creato elementi di tensione che, a loro volta, hanno influenzato negativamente i livelli di efficienza e di efficacia;
2. utilizzo di personale scarsamente formato e poco adeguato ai compiti da assolvere in tema di ausiliario, con conflittualità che si sono ingenerate tra questi lavoratori e il personale sanitario delle Unità operative, in particolare in alcuni reparti di elevata complessità come le sale operatorie, le terapie intensive, le sale parto e i pronto soccorso;
3. logiche imprenditoriali non sempre corrispondenti ai bisogni dell'Azienda Sanitaria, così come espressi dalle esigenze dell'utenza, che richiedono flessibilità nella gestione del servizio, competenza del personale utilizzato e un processo di aggiornamento continuo dello stesso;
4. mancata partecipazione degli operatori esterni ad un progetto assistenziale, in altri termini definibili come 'assenza di identità aziendale' e carenza di motivazione: l'operatore esterno rimane un 'estraneo' al percorso, legato al suo 'mansionario' e non alle esigenze assistenziali, quando, invece, deve collaborare, cooperare e, in alcune precise situazioni, operare in autonomia;
5. situazioni di disservizio per le difficoltà da parte della Dirigenza della UU.OO. a gestire questo personale con ripetuti micro-conflitti e tensioni, che hanno generato disorganizzazione, un basso livello di qualità percepita, con varie e ripetute lamentele da parte degli utenti.

Chiarite sommariamente le criticità determinate da un modello, l'outsourcing, rivelatosi inconciliabile con le esigenze di una idonea gestione dei servizi prodotti ed erogati dall'azienda sanitaria, nella richiamata deliberazione n. 44/2010 sono brevemente illustrate le ragioni che militano per la costituzione della società in house. Succintamente, le seguenti:

- introdurre nel modello organizzativo elementi di forte innovazione e qualità nella erogazione del servizio da realizzare attraverso l'unitarietà delle diverse azioni che costituiscono il percorso di cura;

- perseguire l'obiettivo della convenienza economica ...e un significativo miglioramento dei costi e del rapporto costi-benefici per l'Azienda, il conseguimento di margini di utili non più riconosciuti in favore delle imprese terze e di riduzione di imposte;
- coinvolgere tutte le figure professionali interessate al percorso di cura in uno stabile e diretto rapporto con l'Azienda Sanitaria per il tramite della società in house providing;
- concentrare tali attività in un unico modello organizzativo finalizzato ad eliminare le attuali frammentazioni nella organizzazione dei servizi e il continuo turnover del personale che ne preclude l'effettiva e costante formazione professionale, fonti di danni nei confronti degli assistiti.

B- GLI ATTI

Le argomentazioni concisamente illustrate stanno alla base delle decisioni assunte dalla ASL LE.

- Con deliberazione n. 44 del 18 gennaio 2010, (**all.3**) l'Asl di Lecce disponeva di costituire una società a capitale interamente pubblico, avente come unico partecipante la stessa Asl di Lecce, denominata "Sanitaservice ASL LE s.r.l.", a cui affidare lo svolgimento *in house providing* delle prestazioni connesse alle proprie funzioni istituzionali. Queste le prestazioni indicate nell'art. 2 dello statuto (parte integrante dell'appena richiamata deliberazione):

1. La società, ai sensi della D. G. R. Puglia n.2477/2009 e art. 9 bis D. Lgs. n.502/92, ha per oggetto la gestione di servizi nel settore della assistenza alla persona e socio sanitario. In particolare i servizi di supporto strumentali alla cura della persona, i servizi di supporto strumentali ai servizi di emergenza (118), le attività socio assistenziali di supporto ai servizi di riabilitazione altre attività di supporto strumentali alle attività istituzionali da erogare presso le strutture sanitarie dell'ASL LE.
2. Le attività da svolgersi riguarderanno, specificamente, servizi e prestazioni strettamente collegate alle attività e servizi di supporto strumentali alle attività istituzionali, da individuarsi da parte dell'ASL LE in sede di affidamento, in ragione delle diverse tipologie, articolazioni e conformazioni dei servizi attualmente affidati a terzi nonché in considerazione delle peculiarità della organizzazione del lavoro, delle mansioni effettive degli operatori addetti e della loro attività funzionalmente collegata alle attività svolte dal personale dipendente dell'Azienda, con espressa esclusione di tutte le attività che costituiscono compito diretto di tutela della salute.
3. Potranno costituire oggetto di affidamento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le seguenti attività e servizi: attività di supporto ed integrazione dei servizi sanitari di emergenza urgenza resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria; attività socio sanitaria, assistenziale e rieducativa strettamente funzionale all'erogazione dei servizi della riabilitazione fisica, psichica e sensoriale; attività di ausilio a supporto dei servizi e delle prestazioni resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche.

Questi gli altri elementi essenziali contenuti nello statuto:

Denominazione: Sanitaservice ASL LE srl;
Forma giuridica: società a responsabilità limitata;
Capitale e Quote: capitale sociale euro 100 mila, quote da 1 euro;
Sede sociale: Lecce, presso Direzione Generale dell'ASL LE;
Durata: sino al 31 dicembre 2050;

Amministrazione e rappresentanza: Amministratore unico.

- Con atto n. 1140/DG del 22 aprile 2010 l'Asl deliberava, con riferimento alla propria società in house l'approvazione del Business Plan, affidamento dei servizi, determinazione del fabbisogno (**all.4**);
- Con atto n. 2304/DG del 28 luglio 2010 e n. 85/CS del 24 marzo 2011 l'Asl deliberava di affidare alla Sanitaservice la esecuzione delle prestazioni da ausiliariato relative ai servizi

sanitari, ai servizi socio-sanitari-assistenziali, ai servizi istituzionali e ai servizi a questi ultimi strumentali svolti dalla Asl LE nel proprio ambito territoriale (**all.5 e 6**);

- Con atto n. 793/DG del 23 dicembre 2011 la Asl deliberava di approvare il 'Business Plan 2012' relativo al servizio di ausiliario (effettivamente iniziato il giorno 1 maggio 2011) e ai futuri servizi affidabili: a) disinfezione e manutenzione del verde; b) supporto tecnico ed affiancamento operativo del personale aziendale e gestione del CUP (centro unificato prenotazioni). (**all.7**)

E' appena il caso di osservare che i servizi che la ASL LE decideva di auto-produrre per il tramite della propria società sono tutti ricompresi fra i servizi che la legge regionale e il relativo regolamento illustrano come servizi indispensabili per l'ordinato e corretto svolgimento del 'servizio sanitario' (cfr.all. 1 e 2), la *mission* delle aziende sanitarie pubbliche.

Da tanto consegue che la qualificazione di 'servizio di interesse generale', pacificamente attribuita al servizio sanitario, va logicamente estesa a tutte le attività (di natura medica e non) che lo integrano.

C- LA NATURA IN HOUSE DI SANITASERVICE

Dalla documentazione appena elencata risulta evidente che la ASL LE ha costituito la Sanitaservice per la autoproduzione dei servizi a supporto sia delle proprie attività istituzionali che strumentali alle stesse, nel rispetto delle norme che disciplinano la costituzione e il funzionamento delle società interamente partecipate dalla pubblica amministrazione e operanti *in house*.

In particolare risulta che la stessa è un soggetto *in house* e possiede tutte le caratteristiche, richieste dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia UE in materia, in quanto:

- a. è totalmente posseduto dalla ASL;
- b. può operare esclusivamente con la ASL e deve svolgere le proprie attività "*entro la sfera di competenza territoriale*" della stessa ASL;
- c. non può svolgere prestazioni in favore di altri soggetti, che non siano soci;
- d. ha oggetto sociale esclusivo e lo Statuto non consente la partecipazione di soggetti diversi dalle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 165/2001³;
- e. non ha vocazione commerciale, non può ampliare l'oggetto sociale, non può ricorrere all'acquisizione di capitali presso terzi;
- f. l'ASL - tramite l'assemblea dei soci di cui è l'unico partecipante - determina le strategie e le politiche aziendali - anche in materia di personale, svolgimento dei servizi e acquisto di beni, esercita il potere di controllo del bilancio, della qualità dell'amministrazione e ispettivo, nelle forme del *controllo analogo*.

A ulteriore riprova della natura *in house* di Sanitaservice, si evidenzia che gli affidamenti da parte della ASL sono avvenuti con delibere della stessa, senza stipulare appositi contratti, così come avviene all'interno della stessa struttura amministrativa, appunto *in house*. E tanto è stato fatto nel pieno rispetto dell'ordinamento e della giurisprudenza comunitarie.

Per il Giudice comunitario (e per l'intera dottrina che se ne è occupata) l'*in house*, nella definizione giurisprudenziale che se ne ricava dalle sentenze, fonda la propria esistenza sul

³ Ossia "[...] tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300. Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI."

principio di auto-organizzazione amministrativa (da sussumere sotto il più generale principio comunitario di autonomia istituzionale). Tale forma di affidamento nella fornitura di beni e servizi se rispettosa di determinate condizioni (controllo analogo e prevalenza) non offende l'altro fondamentale principio della tutela della concorrenza e del mercato.

Alla base dell'istituto dell'*in house*, vi è, infatti, una nozione sostanziale di contratto: la Corte di Giustizia ha avuto modo di chiarire che la nozione di contratto implica l'esistenza di una relazione intersoggettiva, implica cioè l'esistenza di almeno due soggetti che siano sostanzialmente distinti.

Non c'è pertanto contratto (e non si applicheranno allora le regole comunitarie a tutela della concorrenza nella scelta del contraente), laddove l'Amministrazione si rivolga per reperire una determinata prestazione ad un soggetto che, pur essendo formalmente dotato di personalità giuridica diversa dall'Amministrazione, è sottoposto tuttavia ad un controllo gerarchico così intenso da parte dell'Ente, che può essere assimilato al controllo che l'Amministrazione esercita sulle proprie strutture interne.

In presenza di tali condizioni, quindi, non c'è contratto perché manca una relazione intersoggettiva. C'è al contrario un rapporto organico (o di delegazione interorganica), venendo a mancare la qualità di terzo in capo al soggetto affidatario.

La delega interorganica e il conseguente rapporto di strumentalità dell'ente affidatario rispetto all'amministrazione aggiudicatrice rendono allora lo svolgimento della prestazione una vicenda tutta interna alla pubblica amministrazione.

Quanto appena evidenziato consente di capire perché la Sanitaservice abbia potuto beneficiare di affidamenti diretti, ossia senza gara: non si tratta di una fattispecie contrattuale che eccezionalmente è stata sottratta all'applicazione del diritto comunitario degli appalti e delle concessioni; si tratta, al contrario, di una fattispecie non contrattuale (perché manca la relazione intersoggettiva), che, come tale, per sua stessa natura, si sottrae al diritto comunitario degli appalti e delle concessioni e, quindi, all'applicazione delle regole che impongono la gara per la scelta del contraente.

Come bene affermato dalla Corte di Giustizia nella sentenza Stadt Halle *"un'autorità pubblica che sia una amministrazione aggiudicatrice, ha la possibilità di adempiere ai compiti di interesse pubblico ad essa incombenti mediante propri strumenti amministrativi, tecnici e di altro tipo, senza essere obbligata a far ricorso ad entità esterna non appartenente ai propri servizi. In tal caso, non si può parlare di contratto a titolo oneroso concluso con entità giuridicamente distinta dall'Amministrazione aggiudicatrice. Non sussistono quindi i presupposti per applicare le norme comunitarie in materia di appalti pubblici"*.

In breve, la elaborazione giurisprudenziale comunitaria non ritiene l'*in house* un istituto eccezionale rispetto al diritto comunitario degli appalti e delle concessioni, bensì l'espressione di un principio generale di auto-organizzazione o di autonomia istituzionale, in virtù del quale agli enti pubblici va riconosciuto il diritto di organizzarsi con forme e modalità ritenute più opportune per fornire i loro servizi o per acquisire la prestazioni necessarie alle proprie finalità istituzionali.

Principio generale ribadito in più occasioni dal Parlamento europeo (cfr. risoluzione del 14 gennaio 2004, risoluzione del 26 ottobre 2006) con la formulazione dell'auspicio che *"in ossequio al principio di sussidiarietà, venga riconosciuto il diritto degli enti locali e regionali di autoprodurre in modo autonomo servizi di interesse generale a condizione che l'operatore addetto alla gestione diretta non eserciti una concorrenza al di fuori del territorio interessato ...e chiede...che le autorità locali vengano autorizzate ad affidare i servizi a entità esterne senza procedure d'appalto qualora la loro supervisione sia analoga a quella esercitata da esse sui propri servizi"*.

Aggiungasi poi che la magistratura amministrativa, sia in sede di T.A.R. che di Consiglio di Stato, pronunciandosi sulla legittimità della sua costituzione e dei servizi ad essa affidati dall'Asl di Lecce, ha statuito che:

- lo statuto della società Sanitaservice dell'Asl di Lecce è conforme ai principi comunitari in tema di affidamento *in house*;

- la sua attività resa in favore dell' Asl di Lecce è rispettosa dell' art. 13 del decreto legge n. 223/2006 convertito con legge n. 248 del 2006 e dell' art. 3 comma 27 della L. n. 244 del 2007;

Appare quindi inoppugnabile che le attività di Sanitaservice si sono sempre concretizzate nella realizzazione di servizi così inestricabilmente connessi alle attività principali della ASL da costituire essi stessi funzioni amministrative dell'azienda sanitaria e servizi pubblici destinati all'utenza.

Tutto sommato, a ben rifletterci, si tratta dei servizi che solo fino ad un decennio fa, o poco più, le aziende sanitarie hanno sempre svolto con risorse interne, sia di personale che finanziarie e tecniche. La pratica della esternalizzazione delle attività amministrative "no core" delle aziende sanitarie va considerata essa stessa una eccezione.

Il ricorso a ditte esterne è frutto infatti di deroga alla gestione interna di tali attività. La legge 448/2001 (art.29) ha consentito che la gestione dei servizi strumentali potesse essere affidata (appaltata) ad imprese terze, previa analitica dimostrazione della convenienza rispetto alla gestione diretta. Le aziende sanitarie hanno insomma l'obbligo di illustrare che la gestione in appalto sia più vantaggiosa di quella diretta in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

Successivamente, il legislatore ha ribadito lo stesso concetto.

Con l'art.22 della Legge 18 giugno 2009, n.69, è stato introdotto l'art. 6-bis al D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 del seguente tenore letterale: "*Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni – 1. Le pubbliche amministrazioni...omissis...sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare su mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale e di dotazione organica*".

La necessità che il ricorso alla esternalizzazione debba essere appositamente autorizzato corrobora il convincimento della sua eccezionalità.

D-LA DEFINIZIONE DEI SERVIZI RESI DALLA SANITASERVICE

Da quanto si è venuti fin qui illustrando emerge che i servizi resi e posti in essere dalla società Sanitaservice sono, non solo strumentali all'attività dell' Asl di Lecce e strettamente necessari per le finalità istituzionali della stessa, ma anche un segmento dell'azione e dell'attività istituzionale dell'ente partecipante. Si impone a questo punto una breve indagine tesa a definire se i detti servizi possano o meno essere collocati nell'ambito :

a- dei "servizi di interesse generale";

b- dei servizi pubblici;

e si impone altresì una ulteriore indagine tesa a definire i rapporti tra la categoria dei servizi di interesse generale e dei servizi pubblici.

Detta indagine, circa la natura dei servizi resi dalla società Sanitaservice, non assume, ai fini del presente piano, veste di disputa meramente accademica e fine a se stessa, ma rileva ai fini di includere o meno la società Sanitaservice nell'ambito delle deroghe previste dall' art. 4 comma 3 della Legge 7 agosto 2012 n. 135, secondo cui "*Le disposizioni di cui al comma 1 del presente articolo (scioglimento o alienazione), non si applicano alle società che svolgono servizi di interesse generale...omissis...*".

Inoltre, ove i servizi posti in essere ed espletati dalla società Sanitaservice fossero qualificati come servizi pubblici, oppure la stessa nozione di servizi di interessi generali fosse identificata con il servizio pubblico, l' art. 4 comma 3 *sexies* della L. n. 135 del 2012 non troverebbe comunque applicazione nel caso in esame, per effetto della sentenza della Corte Costituzionale n. 199/2012 che ha abrogato l'art. 4 del D.l. del 2011 n.138 convertito, con modificazioni, in legge 14 settembre 2011 n. 148 e per effetto della sentenza della Corte n. 24 del 2011, secondo la

quale l'abrogazione della detta disciplina sui servizi pubblici conseguirebbe dall'applicazione immediata nell'ordinamento italiano della normativa comunitaria dalla stessa corte definita meno restrittiva rispetto alla legislazione nazionale, nella specie il detto art. 4 della L. n. 135 del 2012, atteso che l'ordinamento comunitario consente l'affidamento diretto dei servizi pubblici mediante l'istituto dell'*in house*, ossia a società completamente pubbliche partecipate dall'ente pubblico, sottoposte al controllo analogo e svolgenti attività solo ed esclusivamente in favore dell'ente pubblico partecipante.

In altri termini, rispetto ai servizi pubblici, secondo il dettato della Corte Costituzionale, espresso con sentenze nn. 325 del 2010, 24 del 2011 e 199/2012, l'affidamento diretto è espressione del principio di auto-organizzazione e quindi, come tale, salvo il rispetto delle condizioni imposte dall'ordinamento della UE, non ha carattere eccezionale ma è frutto di un'apposita e legittima opzione. In tal senso anche il Consiglio di Stato con sentenza n. 7080/2010.

E-DEFINIZIONE DI SERVIZIO DI INTERESSE GENERALE.

Al fine di pervenire ad una conclusione in merito, occorre procedere alle doverose premesse circa la nozione comunitaria di servizi di interesse generale.

L'espressione "servizi di interesse generale" (come pure quella di "servizi di interesse economico generale") è mutuata dal diritto comunitario dove è rinvenibile, in particolare, negli artt. 14 e 106 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE). Inoltre la stessa nozione è espressamente prevista dalla Commissione europea in specie, nelle Comunicazioni in tema di servizi di interesse generale in Europa del 26 settembre 1996 e del 19 gennaio 2001 nonché nel Libro verde su tali servizi del 21 maggio 2003.

Da dette fonti comunitarie, emerge con chiarezza che la nozione comunitaria di "servizi di interesse generale" riguarda anche i servizi sanitari e che "Le espressioni "servizio di interesse generale" e "servizio di interesse economico generale" non devono essere confuse con il termine "servizio pubblico".

In tal senso si esprime proprio e letteralmente il menzionato Libro Verde sui servizi. In particolare, la nozione comunitaria di servizio di interesse generale, fa riferimento ad un servizio che fornisce prestazioni considerate necessarie (dirette, cioè, a realizzare anche "fini sociali") nei confronti di una indifferenziata generalità di cittadini, a prescindere dalle loro particolari condizioni (Corte di giustizia UE, 21 settembre 1999, C-67/96,).

La Corte di Giustizia Europea (sentenza 10 novembre 2005 C/04) ha inoltre inferito dalla disposizione di cui 106 del TFUE la natura della concorrenza quale regola derogabile, che trova il proprio limite nella specifica missione alla quale devono tendere i servizi di interesse economico generale.

Anche la Corte dei conti, richiamando la giurisprudenza comunitaria, ha chiarito che rientrano nella categoria dei "servizi di interesse generale" i servizi offerti dalle grandi industrie di rete (energia, servizi postali, trasporti e telecomunicazione) nonché la sanità, l'istruzione ed i servizi sociali, e qualsiasi altra attività economica soggetta ad obblighi di servizio pubblico. Tali servizi devono rilevare nell'ambito dei livelli istituzionali di competenza dei soggetti partecipanti e partecipati ed avere un impatto immediato sulla collettività locale (Parere sez. regionale controllo Veneto 15 gennaio 2009 n. 5; parere sez. regionale controllo Lombardia 4 novembre 2010 n. 997).

F-DEFINIZIONE DI SERVIZIO PUBBLICO.

Passando all'esame della nozione di servizio pubblico, dalla copiosa elaborazione giurisprudenziale in tema di servizio pubblico locale è emerso che, a fronte di un orientamento di alcuni giudici amministrativi di merito diretto a far coincidere detta categoria di servizi con quelli in cui si individua un rapporto di utenza con il cittadino, ovvero con quelli i cui costi di gestione siano coperti, almeno nella parte più importante, dalla tariffa applicata agli utenti, l'orientamento diffuso e maggioritario ritiene che un servizio non smette di qualificarsi come pubblico e, a certe

condizioni, come servizio avente rilevanza economica, solo per il fatto di essere prestato in prima battuta in favore dell'amministrazione che provvede a remunerarlo, laddove questo sia comunque rivolto "a realizzare fini sociali ed a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali", secondo la definizione tuttora vigente di cui all'art. 112, comma 31, d.lgs. 267/00 (cfr. Consiglio di Stato 2010 n.8231).

La distinzione tra servizi rivolti alla (e remunerati dalla) Pubblica Amministrazione e servizi rivolti direttamente ai cittadini e remunerati con la tariffa, può incidere sulla natura giuridica del contratto, ricorrendo generalmente, e con tutte le approssimazioni del caso, nel primo caso una fattispecie di contratto d'appalto e, nel secondo, di concessione. Tale distinzione non è tuttavia decisiva ai fini della qualificazione dell'attività come "servizio pubblico".

In definitiva, il servizio deve qualificarsi come pubblico quando, a prescindere dalla modalità di gestione da parte della pubblica amministrazione o dei privati, sia diretto a soddisfare direttamente le esigenze dell'utenza; costituendo proprio il soddisfacimento diretto e immediato dei bisogni dell'utenza l'elemento che differenzia il servizio pubblico da ogni altra attività privata imprenditoriale.

Ne consegue una dose di inevitabile incertezza nella distinzione tra attività strumentali delle società di cui all'art. 13 del d.l. 223/06 e le attività di pubblico servizio.

G-RAPPORTO TRA LA CATEGORIA DEI SERVIZI DI INTERESSE GENERALE ED I SERVIZI PUBBLICI.

Come statuito dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 325/2010, in base alle interpretazioni elaborate al riguardo dalla giurisprudenza comunitaria (cfr., *ex multis*, Corte di giustizia UE, 18 giugno 1998, C-35/96,) e dalla Commissione europea (in specie, nelle Comunicazioni in tema di servizi di interesse generale in Europa del 26 settembre 1996 e del 19 gennaio 2001 nonché nel Libro verde su tali servizi del 21 maggio 2003), emerge con chiarezza che la nozione comunitaria di "servizi di interesse economico generale", ove limitata all'ambito locale, e quella utilizzata dal legislatore nazionale di "servizio pubblico locale di rilevanza economica" hanno contenuto omologo, come già riconosciuto dalla stessa Corte con la sentenza n. 272 del 2004.

H-SOLUZIONE CIRCA LA NATURA DEI SERVIZI SVOLTI DALLA SOCIETÀ SANITASERVICE DELL'ASL DI LECCE.

Alla luce di tali considerazioni, e quindi della corrispondenza tra la nozione di "servizi di interesse generale" e quella di "servizio pubblico locale", occorre valutare se i servizi resi dalla società Sanitaservice, oggetto di affidamento, possano essere riconducibili a quest'ultima categoria.

Considerati i canoni interpretativi di riferimento sopra citati, non vi è dubbio che i servizi resi dalla società Sanitaservice rientrino nella categoria del servizio pubblico locale e di interesse generale trattandosi di prestazioni svolte a favore del soddisfacimento diretto ed immediato delle esigenze di salute della collettività.

In particolare i servizi resi dalla società Sanitaservice rientrano *tout-court* nell'ambito del servizio pubblico (salute) al quale è preposta l'Asl di Lecce.

Tali servizi non sono solo accessori, pertinenziali, strumentali e necessari all'attività dell'Asl stessa ma fanno parte in via principale della sua missione e delle sue finalità istituzionali così come prescritto dalla L. 833/1978, dal D.lgs. 502/92, dalla L. R. n. 36/94, dalla L. n. 132/68, dal Decreto del Ministero della Salute del 10 febbraio 1984 (GU 15 febbraio 1984 n. 45) e dal D.P.R. n. 761 del 1979. Si tratta, infatti, dell'esecuzione di prestazioni sociosanitarie, rese dalla società Sanitaservice, intese come attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona, ossia di cura ed assistenza di persone assistite dal Servizio sanitario nazionale (art. 3-septies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 502/1992). In tal senso anche la giurisprudenza del Consiglio di Stato (cfr. Ad. Plen. 1/2008), secondo la quale, con riferimento ad attività sociosanitarie, rese da una società a mano pubblica partecipata ed in favore dell'Asl della Regione Piemonte, "la diretta erogazione delle prestazioni

(da parte del gestore del servizio) in favore della collettività, ossia degli utenti del Servizio sanitario nazionale, potrebbe indurre anche a configurare un servizio pubblico anziché un appalto di servizio”.

In altri termini detti servizi, costituendo un segmento dell'azione e dell'agire dell'Asl di Lecce e realizzando le finalità istituzionali della stessa, si presentano come servizi pubblici locali, ossia come servizi che forniscono prestazioni considerate necessarie dall'ordinamento giuridico italiano (L. 833/1978; D.lgs. 502/92; L. R. n. 36/94; L. n. 132/68; Decreto del Ministero della Salute del 10 febbraio 1984 e D.P.R. n. 761 del 1979) e come tali diretti a realizzare anche “fini sociali” nei confronti di una indifferenziata generalità di cittadini, a prescindere dalle loro particolari condizioni (Corte di giustizia UE, 21 settembre 1999, C-67/96.).

Quest'ultima valutazione è ulteriormente suffragata dalla definizione del contratto che si instaura fra l'azienda sanitaria e i propri utenti.

L'azienda sanitaria, infatti, accettando il paziente, assume l'obbligo di assicurare al paziente stesso la prestazione sanitaria. Tale obbligazione, tuttavia, si presenta strutturalmente e funzionalmente collegata ad una serie di ulteriori doveri di comportamento diretti alla realizzazione della prestazione principale (Cass. 577/2008).

L'oggetto dell'obbligazione assunta dall'azienda sanitaria non è quindi costituito semplicemente dalla prestazione medica resa dai propri dipendenti, ma da una più complessa prestazione, definita come **“assistenza sanitaria”**, oggetto di un contratto atipico, inquadrabile nella categoria della *locatio operis*. A carico della struttura sanitaria, afferma la Cassazione in numerosissime sentenze, gravano infatti prestazioni non solo di diagnosi e cura, ma anche di tipo organizzativo, connesse all'assistenza post-operatoria, alla sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, alla vigilanza ed alla custodia dei pazienti, oltre prestazioni più propriamente riconducibili al contratto d'albergo⁴). L'attività del medico costituisce quindi solo un momento di una più complessa prestazione ed il danno non sempre è conseguenza dell'errore del singolo operatore, ma talvolta anche del comportamento di più soggetti. Tanto comporta, oltre la responsabilità vicaria per il fatto del dipendente, altra diretta per la carente organizzazione, che può riguardare numerosi aspetti, quali la disponibilità di personale qualificato ed in numero sufficiente, la sorveglianza sul coordinamento dei servizi, la garanzia sulla salubrità degli ambienti. Il rapporto fra paziente e struttura trova quindi fondamento in un contratto autonomo ed atipico, definito come contratto di ospedalità o contratto di assistenza sanitaria, per il cui inadempimento si applicano le regole fissate dall'art. 1218 c.c. Sul punto la Suprema Corte si è pronunciata mantenendo una linea costante, qualificando la

⁴ Cass. SS.UU. n. 577/2008. “Il rapporto che si instaura fra l'ente ospedaliero e il ricoverato va qualificato “...come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di ospedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.. Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo, anticipato dalla giurisprudenza di merito, ha trovato conferma in una sentenza di queste Sezioni Unite (1.7.2002, n. 9556, seguita poi da altre delle sezioni semplici, Cass. n. 571 del 2005; Cass. n. 1698 del 2006) che si è espressa in favore di una lettura del rapporto tra paziente e struttura (anche in quel caso, privata) che valorizzi la complessità e l'atipicità del legame che si instaura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di “assistenza sanitaria”, che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori.

Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto di ospedalità, la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c.c., e, per quanto concerne le obbligazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1228 c.c..

Questa ricostruzione del rapporto struttura - paziente va condivisa e confermata. Ciò comporta che si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche ...omissis... della struttura stessa (insufficiente o inidonea organizzazione)”.

responsabilità dell'ente ospedaliero come contrattuale, derivante dal contratto atipico di ospedalità e sulla base dell'accettazione del paziente all'interno della struttura (cfr. Cass. sez. III, n. 589/99; id. n. 11488/2004; id. 12362/2006; Cass. sez. III, n. 8826/2007⁵).

Recentissime sentenze di Tribunali hanno chiarito in termini più espliciti quanto già rinvenibile nelle sentenze di Cassazione. Il paziente che viene "accettato" in una struttura, per essere ricoverato o comunque sottoposto a visita ambulatoriale al fine di ottenere assistenza sanitaria-ospedaliera, contrae a tutti gli effetti un contratto di prestazione d'opera atipico cosiddetto di ospedalità. Il rapporto che si instaura non si esaurisce, infatti, nelle prestazioni di cure mediche e chirurgiche, ma si estende anche alla messa a disposizione di personale paramedico, di personale ausiliario, di medicinali, di tutte le attrezzature necessarie, nonché di tutti i rapporti tipicamente alberghieri. (cfr. Tribunale di Potenza, Sentenza 19 gennaio 2011, n. 37; Tribunale di Ivrea, Sentenza 10 gennaio 2011, n. 9).⁶

⁵ Cass., sez. III civ., n. 8826/2007. "Quando un paziente si reca in ospedale conclude un contratto atipico di prestazione d'opera di ospedalità; l'ente ospedaliero, quindi, risponde in via contrattuale, trovando applicazione anche l'art. 1228 c.c.. La categoria dogmatica delle obbligazioni di mezzo e risultato è superata".

In tema di attività medica, si veda il contributo di G. Marseglia, Il principio di unicità del rapporto di lavoro del medico con il s. s. n. ha carattere assoluto ed oggettivo, diritto-in-rete.com, 2006.

In tema di responsabilità medica e perdita di chance, si veda Cassazione 4400/2004.

Si veda anche Cassazione 2042/2005, nonché in tema di danno non patrimoniale da inadempimento di prestazione medica Cassazione 1511/2007.

...omissis... "L'accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitaria-ospedaliera, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (v. Cassazione, 22390/06; Cassazione, 12362/06; Cassazione, 9085/06; Cassazione, 1698/06; 10297/04; Cassazione, 11316/03; 11001/03; Cassazione, 3492/02; Cassazione, 9198/99; Cassazione, 589/99; Cassazione, 12233/98; Cassazione, 7336/98; Cassazione, 4152/95; Cassazione, 5939/93; Cassazione, 6707/88; Cassazione, 2144/88; Cassazione, 1716/79; Cassazione, 6141/78) di prestazione d'opera atipico di ospedalità, essendo essa tenuta ad una prestazione complessa che non si esaurisce nella prestazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche (generali e specialistiche) già prescritte dall'articolo 2 legge 132/68, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quali la messa a disposizione di personale medico ausiliario e di personale paramedico, di medicinali, e di tutte le attrezzature tecniche necessarie, nonché di quelle lato sensu alberghiere (v. Cassazione, 1698/06; Cassazione, 13066/04; Cassazione, SS.UU., 9556/02; Cassazione 589/99; Cassazione, 6141/78). Ne consegue, a tale stregua, che la responsabilità dell'ente ospedaliero ha natura contrattuale sia in relazione a propri fatti d'inadempimento (ad es., in ragione della carente o inefficiente organizzazione relativa alle attrezzature o alla messa a disposizione di medicinali o del personale medico ausiliario e paramedico, o alle prestazioni di carattere alberghiero) sia per quanto concerne il comportamento in particolare dei medici dipendenti, trovando nel caso applicazione la regola posta dall'articolo 1228 cc, secondo cui il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro (v. Cassazione, 12362/06; Cassazione, 4400/04; Cassazione, 103/99) ancorché non siano alle sue dipendenze (v. Cassazione, 1883/98; Cassazione, 1855/89)".

⁶ Assistenza ospedaliera - Contratto di prestazione d'opera atipico di ospedalità - Prestazioni accessorie - Attrezzature adatte alla patologia del paziente - Inadempimento - Responsabilità.

Il rapporto che si instaura tra la struttura deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera ed il soggetto che, ivi accettato, vi si ricovera o sia solo soggetto a visita ambulatoriale, integra un contratto atipico di prestazione d'opera di ospedalità che comporta tutta una serie di prestazioni accessorie rispetto a quelle strettamente mediche e chirurgiche. In particolare, la struttura citata, oltre a dover fornire servizi di natura alberghiera, quali il vitto e l'alloggio, è tenuta a mettere a disposizione medicinali, personale medico ausiliario ed attrezzature funzionali alla situazione patologica del singolo paziente. In tale ottica, in riferimento al caso di specie, è qualificabile come inadempimento contrattuale la mancata prestazione di assistenza continua a soggetto, affetto da demenza cognitiva, che, lasciato solo su di una barella senza sponde, sia dalla stessa caduto procurandosi una frattura. Atteso che, come detto, è onere della struttura approntare tutte le cautele necessarie al fine di garantire una consona fruizione del servizio sanitario offerto al singolo paziente, tenendo in debito conto, necessariamente, delle esigenze di cui è portatore, la struttura deve essere ritenuta responsabile per i danni che lo stesso si sia involontariamente provocato in quanto lasciato privo della necessaria assistenza oltre che sistemato su attrezzatura non idonea alle sue condizioni psicofisiche. (Tribunale di Ivrea, Sentenza 10 gennaio 2011, n. 9)

Struttura sanitaria - Paziente - Contratto di ospedalità - Obbligazioni di natura complessa - Responsabilità contrattuale - Esclusione - Presupposto - Diligente adempimento della prestazione medica - Onere probatorio - Rapporto di causalità.

Il contratto concluso dal paziente con la struttura sanitaria, pubblica o privata, deputata a fornire assistenza sanitaria e/o ospedaliera ai fini di una visita ambulatoriale o di un ricovero, deve essere ricondotto alla fattispecie del contratto di ospedalità, determinante la insorgenza di obbligazioni di natura complessa, che vanno dalla prestazione di diagnosi e

Nel caso in questione non può escludersi la natura di servizio pubblico e di servizio di interesse generale della società Sanitaservice, atteso che il servizio in esame solo in apparenza è reso in favore dell'Asl di Lecce e non della utenza pubblica. Invero, sul punto si osserva che, come sopra rappresentato, un servizio non smette di qualificarsi come pubblico e, a certe condizioni, come servizio avente rilevanza economica, solo per il fatto di essere prestato in prima battuta in favore dell'amministrazione che provvede a remunerarlo, là dove questo sia comunque rivolto "a realizzare fini sociali ed a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali", secondo la definizione tuttora vigente di cui all'art. 112, comma 3 1, d.lgs. 267/00. (cfr. Consiglio di Stato 2010 n.8231)

La distinzione tra servizi rivolti alla (e remunerati dalla) pubblica amministrazione e servizi rivolti direttamente ai cittadini e remunerati con tariffa, si ripete, può incidere sulla natura giuridica del contratto, ricorrendo generalmente, e con tutte le approssimazioni del caso, nel primo caso una fattispecie di contratto d'appalto e, nel secondo, di concessione. Tale distinzione non è tuttavia decisiva ai fini della qualificazione dell'attività come "servizio pubblico avente rilevanza economica".

Nella specie, inoltre, ai fini della qualificazione del servizio in esame come servizio pubblico, non rileva nemmeno la distinzione tra servizi finali e servizi strumentali. I primi (servizi finali considerati servizi pubblici) sono prestazioni indirizzate ai cittadini e al soddisfacimento dei loro bisogni come utenti individuali (es. servizio idrico, trasporto pubblico) o come membri della collettività locale (es. spazzamento delle strade, illuminazione pubblica, ecc.). I servizi strumentali, invece, non qualificati come servizi pubblici, sono prestazioni di cui beneficiano uno o più settori o uffici dell'ente stesso (es. pulizia dell'immobile sede comunale, manutenzione e assistenza ai computer, ecc.).

Nel caso in esame detta distinzione non è calzante ed è impraticabile, atteso che sia i servizi finali, realizzabili tramite l'istituto della concessione amministrativa, che i servizi strumentali, eseguiti tramite appalto pubblico, essendo entrambi forme contrattuali, presuppongono la diversità non soltanto formale ma anche sostanziale fra i contraenti, mentre nell'affidamento diretto in house vi è un unico soggetto contrante verso l'utenza, ovverosia l'ente pubblico, considerato che la società a mano pubblica è una mera articolazione del detto ente pubblico.

A tal riguardo occorre considerare che, per ormai consolidata giurisprudenza, l'espressione *in house* individua un modello organizzativo interno all'amministrazione pubblica, nel quale una società privata, totalmente partecipata da un ente pubblico, si caratterizza per una totale o comunque rilevante aderenza organizzativa rispetto all'amministrazione controllante, tale da implicare che detta società sia priva di una propria autonomia imprenditoriale e di capacità decisionali distinte, costituendo in sostanza una sorta di *longa manus* dell'amministrazione pubblica. Per tali ragioni, lo status di *in house* legittima -- nello specifico settore degli affidamenti pubblici -- l'affidamento di

cura a quelle latu senso alberghiere, nonché di sicurezza ed organizzative. In tal senso, pertanto, quello della prestazione medica in senso stretto diventa un momento del complesso sviluppo contrattuale composto da una serie di prestazioni variegate, il cui diligente adempimento costituisce presupposto per la esclusione di qualsivoglia tipo di responsabilità. Il ricorso di una ipotesi di responsabilità contrattuale incide, naturalmente, sul profilo dell'onere probatorio e del rapporto di causalità. All'uopo deve, in particolare, rilevarsi che ad una impostazione tradizionale, la quale accollava al paziente, oltre che alla prova del danno e del nesso causale, anche la dimostrazione in ordine alla difettosa esecuzione della prestazione del professionista, tenuto, tuttavia, unicamente ad allegare e provare la impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazione, se ne è affiancata una più recente. Questa, proponendo un'attenta rilettura degli artt. 1218 e 2697 c.c. e rielaborando i principi in tema di onere della prova in ordine all'inadempimento ed all'inesatto adempimento, è giunta alla individuazione di una regola di carattere generale, secondo cui il creditore, ovvero il paziente, è chiamato ad allegare l'inadempimento, incombendo sul medico debitore la prova di aver assolto alla diligenza necessaria nell'adempimento della propria prestazione e, dunque, la non imputabilità dell'inadempimento. Quanto al nesso di causalità tra la prestazione del medico non conforme alle regole dell'arte e l'evento danno, l'onere di dimostrare la sussistenza del legame eziologico sulla base dei principi generali è posto a carico del paziente, indipendentemente dal grado di difficoltà dell'intervenuto eseguito dal professionista. (Tribunale di Potenza, Sentenza 19 gennaio 2011, n. 37).

commesse pubbliche, al di fuori del sistema della gara. La giurisprudenza comunitaria, in particolare, ha utilizzato l'espressione *in house providing* per identificare il fenomeno di "autoproduzione" di beni, servizi o lavori da parte della pubblica amministrazione, la quale acquisisce un bene o un servizio attingendoli all'interno della propria compagine organizzativa senza ricorrere a "terzi" tramite gara (c.d. esternalizzazione) e dunque al mercato (a partire da C. giust. CE, 18 novembre 1999, C-107/98, Teckal). Si è, quindi, in presenza di un modello di organizzazione meramente interno, che non implica un rapporto di delegazione intersoggettiva tra l'ente pubblico e la società – formalmente privata, ma sostanzialmente pubblica – bensì una relazione meramente interorganica tra i due soggetti, in quanto la società *in house* si pone in rapporto di completa subordinazione gerarchica e funzionale rispetto all'ente che la controlla, di cui costituisce sostanzialmente una struttura organizzativa interna (requisito del controllo analogo).

Atteso pertanto che la società *in house* si pone quale una sorta di prolungamento organizzativo dell'amministrazione pubblica, tra i due soggetti non sussiste un rapporto di autonomia ed alterità, ma è piuttosto riscontrabile un *unicum* soggettivo e tale peculiarità non può non rilevare anche ai fini di ritenere che il servizio svolto dalla società pubblica sia rivolto solo ed unicamente all'utenza pubblica.

L- ANALISI NORMATIVA “SPENDING REVIEW” DI CUI ALL’ ART. 4 DELLA L.N. 135/2012.

Chiarita la natura *in house* della Sanitaservice e definita la natura dei servizi ad essa affidati (e affidabili) è ora opportuno procedere ad un rapido *excursus* della normativa introdotta con la Legge n. 135/2012 (“*Spending Review 2*”).

Analisi normativa: la *Spending Review 2*

1. Per inquadrare correttamente se le norme relative alla *Spending Review* siano applicabili a Sanitaservice, occorre, in primo luogo, stabilire quali siano le attività soggette alle norme in materia di razionalizzazione della spesa pubblica - nella fattispecie, l'art. 4 della *Spending review* (l'“Art. 4”) - e quali, invece, sfuggano a tale disciplina.
Tale esame è necessario sia al fine di verificare la correttezza dell'inquadramento delle attività affidate a Sanitaservice come appena illustrato, sia per accertare la legittimità di proseguire nell'attuale modalità di affidamento dei servizi da parte della ASL, alla luce del nuovo quadro normativo.
2. La *ratio* della norma è - come evidenziato dalla sua stessa intestazione, ossia “*Riduzione di spese, messa in liquidazione e privatizzazione di società pubbliche*” - di ridurre la spesa pubblica sia in termini di partecipazioni societarie, sia di acquisto di servizi. A tale scopo, è prevista l'eliminazione – salvo eccezioni – delle società strumentali e, al contempo, l'obbligo di esternalizzazione, mediante gare d'appalto, dei relativi servizi, da parte delle amministrazioni e delle altre stazioni appaltanti, in modo da ottenere risparmi di spesa tramite la maggiore apertura alla concorrenza.
3. In estrema sintesi, il comma 1 dell'Art. 4 delinea un quadro che prescrive la dismissione delle società strumentali da parte di tutte le amministrazioni pubbliche.
Il comma in esame si applica a:
 - a) società. Restano fuori tutti gli altri enti, organismi, ecc. che, pur avendo caratteristiche simili, non hanno la forma giuridica di società;
 - b) controllate, direttamente, o indirettamente. Restano, quindi, escluse dall'ambito di applicazione dell'articolo tutte le partecipazioni non di controllo;
 - c) che abbiano realizzato, nel 2011, più del 90% del proprio fatturato complessivo nei confronti delle amministrazioni.

⁷ La norma non specifica se il fatturato debba essere stato realizzato unicamente nei confronti dell'amministrazione controllante, o anche di altre amministrazioni pubbliche, ma sembra conforme alla sua *ratio* un'interpretazione ampia,

4. Detto comma prevede, inoltre, che le società, come sopra definite, siano, alternativamente, liquidate entro il 31 dicembre 2013, o privatizzate, con procedure di alienazione da avviarsi entro il 30 giugno 2013. Nel primo caso, le operazioni sono sottratte all'imposizione fiscale. Nel secondo caso, la norma specifica che l'alienazione deve:
 - a) riguardare l'intera partecipazione dell'amministrazione,
 - b) essere svolta con procedura ad evidenza pubblica⁸.
5. Il comma 3 dell'Art. 4 prevede le eccezioni all'applicazione del comma 1. Sono escluse dall'ambito di applicazione del comma 1 dell'Art. 4:
 - a) le società attive nel settore dei servizi d'interesse generale e d'interesse economico generale. Questo settore era stato recentemente disciplinato - per quanto concerne i servizi pubblici locali ("SPL") e regionali - dall'art. 4 del D.L. 13 agosto 2011 n. 138 convertito, con modificazioni, in legge 14 settembre 2011 n. 148, e ss.mm.ii., il quale, però, è stato dichiarato incostituzionale con sentenza della Corte costituzionale del 20 luglio 2012 n. 199. Pertanto, alle società attive nell'ambito dei SPL si applicano, attualmente, le discipline di settore previgenti⁹;
 - b) le società che svolgono "prevalentemente" funzioni di centrale di committenza. La precisazione sulla prevalenza delle attività di centrale di committenza fa propendere per la possibilità di affidare, alle società suddette, anche funzioni - purché non prevalenti - di regolazione, consulenza, o altri servizi che possono fungere da corollario al servizio di centrale di committenza puro, così come preconizzata dall'art. 33 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii. (il "Codice appalti").
Si noti, peraltro, che, ai sensi dell'art. 3, comma 34, del Codice appalti, le centrali di committenza possono sia lanciare le procedure per conto delle amministrazioni, sia acquistare beni e servizi per conto proprio da destinare alle amministrazioni¹⁰. Inoltre, le centrali di committenza non devono necessariamente avere una forma giuridica specifica: l'essenziale è che siano "amministrazioni aggiudicatrici", ai sensi del Codice appalti, e, dunque, abbiano le caratteristiche relative ivi previste. Nulla vieta, pertanto, che abbiano forma societaria;
 - c) società di cui all'art. 23-*quinquies*, commi 7 e 8, della *Spending review*, ossia Consip e Sogei;

che comprenda anche eventuali altre amministrazioni. Di fatto, ciò significa che le società c.d. strumentali, ai sensi dell'art. 3, commi 27 e seguenti della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, e ss.mm.ii. (la "Legge finanziaria 2008") sono contemplate, ma non vi rientrano tutte quelle disciplinate dall'art. 13 del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito nella Legge 4 agosto 2006, n. 248, il c.d. "Decreto Bersani", che include anche società non controllate.

⁸ La disposizione in esame prevede che questa procedura comprenda anche l'affidamento del servizio - precedentemente svolto dalla società strumentale - per cinque anni, non rinnovabili, a partire dal 1° gennaio 2014. Pertanto, la stessa dovrà essere strutturata come gara "a doppio oggetto", ossia avente ad oggetto l'affidamento di un appalto di servizi, contestualmente all'alienazione delle quote societarie. Tuttavia, non sembra potersi escludere la possibilità, per le amministrazioni, di optare per una mera asta per la vendita della partecipazione, senza contestuale affidamento del servizio. In ogni caso, è, comunque, previsto che il bando inserisca, obbligatoriamente, tra gli elementi di valutazione dell'offerta, le modalità di tutela dell'occupazione.

⁹ Il D.L. n. 179/2012, c.d. "Decreto Sviluppo bis", ancora non convertito in legge, prevede, tuttavia, alcune disposizioni in materia di SPL a rilevanza economica, all'art. 34, tra cui, in particolare:

1. obbligo di pubblicare una relazione sul sito *internet* dell'ente affidante, che dà conto delle ragioni e della sussistenza dei requisiti previsti dall'ordinamento europeo per la forma di affidamento prescelta e definisce i contenuti specifici degli obblighi di servizio pubblico e servizio universale, indicando le compensazioni economiche se previste;
2. obbligo di inserire nei contratti di affidamento in essere che non hanno una data di scadenza, un termine, pena la cessazione dell'affidamento medesimo alla data del 31 dicembre 2013.

¹⁰ Il comma citato recita: "La «centrale di committenza» è un'amministrazione aggiudicatrice che:

- acquista forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori, o
- aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori."

- d) società finanziarie partecipate dalle regioni¹¹;
- e) società che gestiscono banche dati strategiche per il conseguimento di obiettivi economico-finanziari, individuate, in relazione alle esigenze di tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati, nonché all'esigenza di assicurare l'efficacia dei controlli sulla erogazione degli aiuti comunitari del settore agricolo, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri;
- f) società costituite al fine della realizzazione dell'Expo a Milano.

6. Inoltre, il comma 3 prevede un'esenzione in caso di particolari caratteristiche che rendano impossibile *"un efficace e utile ricorso al mercato"*. Questa eccezione - che richiama il testo del vecchio art. 23-bis della L. 133/2008 per i SPL, abrogato con *referendum* - impone un'analisi di mercato, svolta in tempo utile, ossia ben prima della scadenza dei termini di cui al comma 1 dell'articolo - segnatamente, il 3 giugno o il 31 dicembre 2013 - da sottoporre, per un parere obbligatorio e vincolante¹², all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (l'"AGCM").

Tuttavia, per quanto riguarda i servizi attualmente svolti dalle società strumentali, che, quindi, sono rivolti alle amministrazioni - e non ai cittadini, come accade per i servizi d'interesse economico generale -, tale analisi di mercato appare particolarmente complessa e, soprattutto, difficilmente possono essere determinanti, a tal fine, le condizioni *"economiche, sociali, ambientali e geomorfologiche"* del contesto territoriale di riferimento. Meglio sarebbe stato richiedere di dimostrare che un determinato servizio nei confronti di una determinata amministrazione non sia sufficientemente remunerativo per le caratteristiche dello stesso servizio o dell'amministrazione.

7. **Il comma 3-sexies inserisce una nuova eccezione**, omnicomprensiva, rispetto agli obblighi di cui al comma 1 dell'Art. 4, sostanzialmente consentendo alle amministrazioni di evitare le liquidazioni e privatizzazioni attraverso un riordino delle proprie società controllate.

In particolare, le amministrazioni, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione - quindi, entro il 14 novembre 2012 - possono evitare di adottare i provvedimenti previsti al comma 1 predisponendo un piano di riordino delle proprie partecipate. Il comma 3-sexies non contiene alcun orientamento in merito a tale piano e alle sue caratteristiche, ma si evince, dal tenore complessivo della norma, che lo stesso debba comportare una sostanziale riduzione delle spese. Gli unici elementi certi sono che il piano deve:

- a) prevedere la riorganizzazione, e/o l'accorpamento, di attività connesse esclusivamente allo svolgimento di funzioni amministrative, di cui all'art. 118 della Costituzione;
- b) essere sottoposto - con modalità non specificate - al Commissario straordinario per il parere 'vincolante'. Ove ciò avvenga, la sua attuazione deve avvenire nei tempi previsti, con conseguente proroga dei termini di cui al comma 1 dell'articolo, adottata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri;
- c) riorganizzare le società risultanti secondo le caratteristiche dell'*in house*. Dunque, non è sufficiente che siano controllate, ma devono essere totalmente partecipate da una, o più, amministrazioni ed essere sottoposte a *"controllo analogo"*, ai sensi della giurisprudenza della Corte di Giustizia UE¹³.

¹¹ La definizione di società finanziarie non è ancorata a una specifica norma, ad esempio il D.Lgs. 385/93 e ss.mm.ii. (il Testo Unico Bancario, ossia "TUB"), pertanto, non è chiaro se possano considerarsi tali anche i soggetti iscritti all'elenco di cui all'art. 106 del TUB - vecchio testo -, oltre a quelli di cui all'elenco speciale ex art. 107 del TUB, vecchio testo.

¹² Il parere che era richiesto ai sensi dell'art. 23-bis della L. 133/2008 non era vincolante.

¹³ Vedi, *ex multis*, sentenza Teckal causa C-107/98, in cui la Corte ha stabilito che *"Relativamente all'esistenza di un contratto, il giudice nazionale deve verificare se vi sia stato un incontro di volontà tra due persone distinte."*

A questo proposito [...], basta, in linea di principio, che il contratto sia stato stipulato, da una parte, da un ente locale e, dall'altra, da una persona giuridicamente distinta da quest'ultimo. Può avvenire diversamente solo nel caso in cui, nel contempo, l'ente locale eserciti sulla persona di cui trattasi un controllo analogo a quello da esso esercitato sui propri servizi e questa persona realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente o con gli enti locali che la controllano."

8. Il comma 7 dell'Art. 4 ribadisce l'obbligo per tutte le amministrazioni - comprese quelle che non rientrano nell'ambito di applicazione dell'articolo qui commentato perché non facenti parte dell'elenco di cui all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 165/2001 -, nonché per tutti i soggetti comunque tenuti, ai sensi dell'art. 32 del Codice appalti, di ricorrere alle procedure di cui al Codice appalti per l'acquisto di beni e servizi strumentali. Ciò significa che gli affidamenti diretti sono vietati. Inoltre, da un'interpretazione testuale del presente comma, sembrerebbe vietata anche l'autoproduzione, che, però, è espressamente prevista dal comma 2¹⁴.
9. Dal divieto di affidamenti diretti sono esclusi alcuni tipi di servizi di valore sociale, quali quelli previsti dalle leggi sulle associazioni di promozione sociale, sulle organizzazioni di volontariato, sulle cooperative sociali, sulle società e associazioni sportive dilettantistiche e sulle ONG.
10. Il comma 8 dell'Art. 4 costituisce una parziale deroga al comma 7. In particolare, è consentito - in questo caso la norma non distingue tra amministrazioni ai sensi del D.Lgs. 165/2001 e altre stazioni appaltanti - il ricorso all'affidamento diretto *in house* per contratti di acquisto di beni, o servizi, di importo fino a 200.000 euro. Questa previsione non è chiara, visto che, a norma del comma 1 dell'Art. 4 le società *in house*, teoricamente, dovrebbero sparire - attraverso la liquidazione o privatizzazione -, oppure dovrebbero essere riorganizzate ai sensi del comma 3-sexies, oppure rientrare nelle eccezioni di cui al comma 3. Nel caso delle due ultime ipotesi, il limite di cui al comma 8 non potrebbe applicarsi, pena lo svuotamento di significato dell'eccezione. L'illogicità di una interpretazione letterale del comma 8, ove applicabile anche alle società esentate - ai sensi del comma 3 - o riorganizzate - ai sensi del comma 3-sexies - è palese, poiché ne renderebbe ardua l'attuazione concreta e priverebbe di senso ed effettività le esenzioni suddette. Pertanto, in base ad una interpretazione teleologica dell'Art. 4, si ritiene che il limite economico per l'affidamento diretto di cui al comma 8 dell'Art. 4 non si applichi alle società *in house*. Una diversa conclusione si porrebbe, peraltro, in contrasto con le recenti pronunce della Corte Costituzionale, ossia la n. 199/2012 - e la n. 325/2010, ivi richiamata - che si conformano alla normativa comunitaria, che consente¹⁵ - anche se non impone - la gestione diretta del servizio da parte dell'ente locale.
11. Sono, poi, previste ulteriori eccezioni, che qui non rilevano, per le società quotate e le loro controllate e per le società di gestione del risparmio a totale partecipazione pubblica.

Delineato il quadro normativo, occorre verificare se, ed eventualmente in che misura, lo stesso sia applicabile a Sanitaservice.

A tal fine vanno tenute presenti le considerazioni prima illustrate in materia di definizione dei servizi svolti dalla società: **servizi di interesse generale**.

Per tali servizi opera la deroga di cui al comma 3 dell'Art. 4, poiché, è d'uopo rimarcare, si tratta servizi resi mediante prestazioni considerate necessarie - dirette, cioè, a realizzare anche fini sociali

¹⁴ Il comma 2, secondo periodo, recita "*I servizi già prestati dalle società, ove non vengano prodotti nell'ambito dell'amministrazione, devono essere acquisiti nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale.*" (enfasi aggiunta).

¹⁵ In particolare, la sentenza n. 199 del 2012 ha ritenuto che l'art. 4 del D.L. 138/2011 violasse il divieto di ripristino della normativa abrogata dal referendum relativo al precedente art. 23-bis del D.L. 112/2008, in quanto contraddistinta dalla medesima ratio della norma abrogata, poiché "*opera una drastica riduzione delle ipotesi di affidamenti in house, al di là di quanto prescritto dalla normativa comunitaria*", e anche letteralmente riproduttiva della stessa, nonché per il fatto di rendere ancora più remota l'ipotesi dell'affidamento diretto dei servizi, "*a prescindere da qualsivoglia valutazione dell'ente locale, in difformità rispetto a quanto previsto dalla normativa comunitaria, che consente, anche se non impone*" (sentenza n. 325 del 2010) *la gestione diretta del servizio pubblico da parte dell'ente locale, allorché l'applicazione delle regole di concorrenza ostacoli, in diritto o in fatto, la «speciale missione» dell'ente pubblico (art. 106 TFUE), alle sole condizioni del capitale totalmente pubblico della società affidataria, del cosiddetto controllo «analogo» [...] ed infine dello svolgimento della parte più importante dell'attività dell'affidatario in favore dell'aggiudicante.*"

nei confronti di una indifferenziata generalità di cittadini, a prescindere dalle loro particolari condizioni¹⁶.

A questa conclusione si giunge anche se la definizione di che cosa sia un servizio d'interesse generale non sia prescritta in alcun atto normativo¹⁷. Ciò detto, e richiamando le diverse indicazioni della Commissione UE, nelle sue numerose comunicazioni in materia alle quali si è già fatto cenno - ossia, Comunicazione sui servizi d'interesse generale in Europa¹⁸, seguita da una seconda Comunicazione, con lo stesso titolo, nel 2000¹⁹, dal Libro verde sui servizi di interesse generale²⁰ e dal Libro Bianco²¹, fino ad arrivare alle comunicazioni più recenti, sempre più incentrate sui servizi sociali²² - delineano un concetto ampio, che comprende anche i servizi di interesse economico generale e, quindi, sia i servizi che si svolgono in un contesto di mercato, sia quelli che non si svolgono in un contesto di mercato, ma che le autorità pubbliche ritengono che debbano essere garantiti, anche qualora il mercato non sia sufficientemente incentivato a provvedervi da solo. In altre parole, si tratta di servizi che le autorità pubbliche ritengono di dover fornire in ogni caso. Tali documenti fanno riferimento ai bisogni essenziali che devono essere soddisfatti a livello nazionale, o regionale, menzionando espressamente settori quali sanità e assistenza sociale - compresi i servizi sanitari, l'assistenza a lungo termine, i servizi di soccorso sanitario, ecc. -, istruzione, acqua o alloggi.

¹⁶ Si veda, *ex multis*, Corte Costituzionale, sentenza 3 novembre 2012, n. 325, in cui la Corte, per definire l'ambito dei SPL, ha rilevato che la nozione di SPL di rilevanza economica ha "un significato corrispondente a quello di «servizi di interesse generale in ambito locale» di rilevanza economica, di evidente derivazione comunitaria. Entrambe le suddette nozioni, interna e comunitaria, fanno riferimento infatti ad un servizio che: a) è reso mediante un'attività economica (in forma di impresa pubblica o privata), intesa in senso ampio, come «qualsiasi attività che consista nell'offrire beni o servizi su un determinato mercato» (come si esprimono sia la citata sentenza della Corte di giustizia UE, 18 giugno 1998, C-35/96, Commissione c. Italia, sia le sentenze della stessa Corte 10 gennaio 2006, C-222/04, Ministero dell'economia e delle finanze, e 16 marzo 2004, cause riunite C-264/01, C-306/01, C-354/01 e C-355/01, AOK Bundesverband, nonché il Libro verde sui servizi di interesse generale del 21 maggio 2003, al paragrafo 2.3, punto 44); b) fornisce prestazioni considerate necessarie (dirette, cioè, a realizzare anche "fini sociali") nei confronti di una indifferenziata generalità di cittadini, a prescindere dalle loro particolari condizioni (Corte di giustizia UE, 21 settembre 1999, C-67/96, Albany International BV). Le due nozioni, inoltre, assolvono l'identica funzione di identificare i servizi la cui gestione deve avvenire di regola, al fine di tutelare la concorrenza, mediante affidamento a terzi secondo procedure competitive ad evidenza pubblica."

¹⁷ Si veda, tuttavia, il Protocollo n. 26 allegato al Trattato sull'Unione europea, sui servizi d'interesse generale, nel quale si dichiara che "I valori comuni dell'Unione con riguardo al settore dei servizi di interesse economico generale ai sensi dell'articolo 14 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea comprendono in particolare:

1. il ruolo essenziale e l'ampio potere discrezionale delle autorità nazionali, regionali e locali di fornire, commissionare e organizzare servizi di interesse economico generale il più vicini possibile alle esigenze degli utenti;
2. la diversità tra i vari servizi di interesse economico generale e le differenze delle esigenze e preferenze degli utenti che possono discendere da situazioni geografiche, sociali e culturali diverse;
3. un alto livello di qualità, sicurezza e accessibilità economica, la parità di trattamento e la promozione dell'accesso universale e dei diritti dell'utente."

e che "Le disposizioni dei trattati lasciano impregiudicata la competenza degli Stati membri a fornire, a commissionare e ad organizzare servizi di interesse generale non economico.". Si noti che, di converso, i servizi di interesse economico generale siano espressamente contemplati dal Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea, cfr. art. 14 e art. 106.

¹⁸ Comunicazione della Commissione sui servizi d'interesse generale, COM (1996) 443 def, in GUCE C 281 del 26.9.1996.

¹⁹ Comunicazione della Commissione sui servizi d'interesse generale, COM (2000) 580 def, in GUCE C 17 del 19.1.2001.

²⁰ Libro Verde della Commissione del 21 maggio 2003, COM (2003) 270 def, in GUCE C 76 del 25.3.2004. Il Libro Verde è un documento di discussione, ossia un documento che serve per lanciare un dibattito a livello europeo finalizzato ad individuare le esigenze che i vari soggetti rilevanti in ambito europeo, avvertono su un determinato tema.

²¹ Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale, europeo e al Comitato delle Regioni, del 12 maggio 2004, COM (2004) 374 def.

²² In particolare: Comunicazione della Commissione "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea", del 26 aprile 2006, COM(2006) 177 def. e Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni che accompagna la comunicazione "Un mercato unico per l'Europa del XXI secolo" "I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo", del 20 novembre 2007, COM(2007) 725 def.

Alla luce delle considerazioni che precedono si può razionalmente (e legittimamente) concludere che Sanitaservice, stante la deroga espressa portata dal comma 3 dell'Art.4, è esentata dall'applicazione del comma 1 dell'Art. 4 della Legge n. 135/2012 e, secondo l'interpretazione fornita sopra, anche del comma 8 dello stesso – in quanto attiva nell'ambito dei servizi d'interesse generale. La conclusione esclude altresì che la ASL LE sia assoggettabile alle prescrizioni contenute nel comma 3-sexies del citato articolo 4 e debba quindi approntare il cd piano di razionalizzazione e ristrutturazione.

M- PREDISPOSIZIONE PIANO.

In subordine a quanto si è sin qui rappresentato, la ASL LE ritiene, in via meramente prudenziale, di sottoporsi alle prescrizioni contenute nel comma 3-sexies dell'art. 4 della Legge 135/2012.

La norma prescrive che “...*omissis*... le pubbliche amministrazioni di cui al comma 1 possono predisporre appositi piani di ristrutturazione e razionalizzazione delle società controllate. Detti piani...*omissis*... prevedono l'individuazione delle attività connesse esclusivamente all'esercizio di funzioni amministrative di cui all'articolo 118 della Costituzione, che possono essere riorganizzate e accorpate attraverso società che rispondono ai requisiti della legislazione comunitaria in materia di in house providing...omissis...”.

Va in proposito osservato che:

- 1) la ASL LE ha la totale partecipazione solo nella società Sanitaservice. Non ha altre partecipazioni. Non ha altre “società controllate” da accorpate alla prima;
- 2) Sanitaservice è affidataria dello svolgimento di servizi che in precedenza erano appannaggio di una pletera di imprese appaltatrici. Ha già da tempo provveduto a riorganizzare ed accorpate diverse attività (supporto alle attività svolte nei presidi ospedalieri, nei distretti socio-sanitari, nei dipartimenti aziendali e nelle aree);
- 3) dalla costituzione della società *in house* e fino ad oggi la ASL LE ha conseguito significativi benefici: servizi efficientemente organizzati ed efficaci per gli utenti, benefici economici, sia in termini di riduzione dei costi da parte della ASL che di utili realizzati dalla società.

Venendo al ‘piano’, questo deve individuare le attività connesse esclusivamente all'esercizio di funzioni amministrative di cui all'articolo 118 della Costituzione, da esercitare con una società che sia in possesso dei requisiti dell'*in house providing*.

Cominciamo dai requisiti.

Per tale aspetto valgono le considerazioni già illustrate alle quali si rinvia: la società è totalmente posseduta dalla ASL; può operare esclusivamente con la ASL e deve svolgere le proprie attività “entro la sfera di competenza territoriale” della stessa ASL; non può svolgere prestazioni in favore di altri soggetti, che non siano soci; ha oggetto sociale esclusivo e lo Statuto non consente la partecipazione di soggetti diversi dalle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 165/2001; non ha vocazione commerciale, né può ampliare l'oggetto sociale, non può ricorrere all'acquisizione di capitali presso terzi; l'ASL - tramite l'assemblea dei soci di cui è l'unico partecipante - determina le strategie e le politiche aziendali - anche in materia di personale, svolgimento dei servizi e acquisto di beni, esercita il potere di controllo del bilancio, della qualità dell'amministrazione e ispettivo.

La società possiede insomma tutti i requisiti richiesti. Circostanza confermata, come già detto, da sentenze del Tar Puglia e del Consiglio di Stato.

Sulla connessione esclusiva si è anche già detto, allorché ci si è intrattenuti sulla natura di ‘servizi di interesse generale’ delle attività svolte da Sanitaservice.

Ad ogni buon conto, ove mai non si condividesse tale opinione, non può dubitarsi che tutte le prestazioni eseguite dalla società si risolvano quantomeno in 'attività connesse' alle funzioni amministrative della ASL.

In tema di puntuale definizione delle 'attività esclusivamente connesse...' è utile prendere le mosse dalla definizione di *attività accessorie*, di attività cioè che non sono nemmeno ipotizzabili in assenza di attività principali (le funzioni amministrative, nel caso di specie).

I parametri di riferimento per stabilire tale intima ed esclusiva connessione devono essere necessariamente rigorosi, in armonia sia con la lettera del comma 3-sexies, sia di quanto affermato dalla Corte Costituzionale in materia e sia con le puntuali definizioni fornite dall'Agenzia delle Entrate in materia di 'attività accessorie'.

La giurisprudenza della Corte Costituzionale ha da tempo ed efficacemente illustrato le attività da considerare lesive del mercato. Lo ha fatto con riferimento alle due norme fondamentali che riguardano i servizi strumentali (decreto Bersani e Legge Finanziaria 2008). Le definizioni sono state oggetto di due note sentenze della Corte Costituzionale (n.326/2008 e n. 148/2009), da considerare punto di partenza ineludibile per esaminare il tema in questione.²³

²³ (Corte costituzionale, sentenza n.326/2008), stralcio.

Le disposizioni impugnate mirano a separare le due sfere di attività per evitare che un soggetto, che svolge attività amministrativa, eserciti allo stesso tempo attività d'impresa, beneficiando dei privilegi dei quali esso può godere in quanto pubblica amministrazione. Non è negata né limitata la libertà di iniziativa economica degli enti territoriali, ma è imposto loro di esercitarla distintamente dalle proprie funzioni amministrative, rimediando a una frequente commistione, che il legislatore statale ha reputato distorsiva della concorrenza.

L'obiettivo delle disposizioni impugnate è quello di evitare che soggetti dotati di privilegi operino in mercati concorrenziali. Dunque, la disciplina delle società con partecipazione pubblica dettata dalla norma statale è rivolta ad impedire che dette società costituiscano fattori di distorsione della concorrenza. Essa rientra, quindi, nella materia - definita prevalentemente in base al fine - della «tutela della concorrenza».

Vengono in considerazione, in primo luogo, quelle che impediscono alle società in questione di operare per soggetti diversi dagli enti territoriali soci o affidanti, imponendo di fatto una separazione societaria, e obbligandole ad avere un oggetto sociale esclusivo. Esse mirano ad assicurare la parità nella competizione, che potrebbe essere alterata dall'accesso di soggetti con posizioni di privilegio in determinati mercati. Da questo punto di vista, esse non appaiono irragionevoli, né sproporzionate rispetto alle esigenze indicate.

Va valutato, in secondo luogo, il divieto di detenere partecipazioni in altre società o enti. Esso è complementare rispetto alle altre disposizioni considerate. È volto, infatti, a evitare che le società in questione svolgano indirettamente, attraverso proprie partecipazioni o articolazioni, le attività loro precluse. La disposizione impugnata vieta loro non di detenere qualsiasi partecipazione o di aderire a qualsiasi ente, ma solo di detenere partecipazioni in società o enti che operino in settori preclusi alle società stesse. Intesa in questi termini, la norma appare proporzionata rispetto al fine di tutela della concorrenza.

(Corte costituzionale, sentenza n. 148/2009), stralcio.

In proposito, va osservato che la Relazione al disegno di legge poi divenuto legge n. 244 del 2007, dopo avere indicato che «la creazione di enti e società per lo svolgimento di compiti di rilevanza pubblica è e rimane uno strumento utilissimo per perseguire maggiore efficienza a vantaggio della collettività», espone che «scopo della norma è quello di evitare forme di abuso (la cui esistenza è verosimile, tenuto conto che sono circa tremila, ad esempio, le società partecipate dalle pubbliche amministrazioni, che sottraggono l'agire amministrativo ai canoni della trasparenza e del controllo da parte degli enti pubblici e della stessa opinione pubblica)» e di «tutelare la concorrenza e il mercato».

In coerenza con questo obiettivo, le norme censurate, come già accaduto in passato con disposizioni di contenuto omologo, che pure hanno costituito oggetto di scrutinio da parte di questa Corte (sentenza n. 326 del 2008), definiscono il proprio ambito di applicazione esclusivamente in relazione all'oggetto sociale delle società e mirano, da un canto, a rafforzare la distinzione tra attività amministrativa in forma privatistica (posta in essere da società che operano per una pubblica amministrazione) ed attività di impresa di enti pubblici, dall'altro, ad evitare che quest'ultima possa essere svolta beneficiando dei privilegi dei quali un soggetto può godere in quanto pubblica amministrazione.

Questa essendo la finalità delle norme, la disciplina in esame va ricondotta alla materia «tutela della concorrenza», attribuita alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, secondo comma, lettera e, Cost.), anziché, come sostenuto dalla ricorrente, alla materia dell'organizzazione e del funzionamento della Regione, ai sensi dell'art. 117, quarto comma, Cost. (sentenza n. 159 del 2008).

Secondo la giurisprudenza di questa Corte la prima di dette materie comprende, infatti, «le misure legislative di tutela in senso proprio, che hanno ad oggetto gli atti ed i comportamenti delle imprese che incidono negativamente sull'assetto concorrenziale dei mercati e ne disciplinano le modalità di controllo, eventualmente anche di sanzione» e quelle «di promozione, che mirano ad aprire un mercato o a consolidarne l'apertura, eliminando barriere all'entrata, riducendo o eliminando vincoli al libero esplicarsi della capacità imprenditoriale e della competizione tra imprese, in generale i vincoli alle modalità di esercizio delle attività economiche» (sentenze n. 63 del 2008 e n. 430 del 2007).

La Corte Costituzionale ha riservato alle due disposizioni un approccio identico, attesa la stessa dichiarata finalità del legislatore di voler garantire il corretto funzionamento del mercato (l'incipit delle due norme è pressoché identico. Art.13 "Al fine di evitare alterazioni o distorsioni della concorrenza e del mercato...". Art.3, co.27 "Al fine di tutelare la concorrenza e il mercato...").

Secondo la Corte, le due norme si fondano sulla distinzione tra "attività amministrativa in forma privatistica" e "attività di impresa di enti pubblici".

Testualmente: "Le disposizioni impugnate mirano a separare le due sfere di attività per evitare che un soggetto, che svolge attività amministrativa, eserciti allo stesso tempo attività d'impresa, beneficiando dei privilegi dei quali esso può godere in quanto pubblica amministrazione". E immediatamente dopo si legge: "Non è negata né limitata la libertà di iniziativa economica degli enti territoriali, ma è imposto loro di esercitarla distintamente dalle proprie funzioni amministrative, rimediando a una frequente commistione, che il legislatore statale ha reputato distorsiva della concorrenza."

In estrema sintesi, è opportuno ribadirlo: la PA può organizzarsi in forme privatistiche per perseguire proprie finalità (esercizio di attività amministrativa in forma privatistica), ma non può, con queste forme, competere nel mercato, non può cioè perseguire finalità di ordine economico-imprenditoriale, alla stregua di un qualsiasi operatore economico (integrando tale ipotesi una attività di impresa di enti pubblici).

Nel caso in questione non può dubitarsi che le attività affidate alla Sanitaservice altro non sono che attività amministrative che le Asl pugliesi hanno inteso esercitare in forma privatistica, quelle stesse attività che per decenni tutte le aziende sanitarie pubbliche hanno svolto al proprio interno, organizzando risorse personali, finanziarie e tecniche.

Se di tanto si tratta (e di tanto si tratta) le attività sono per definizione "esclusivamente connesse alle attività amministrative delle Asl". Non si offende alcuna norma, non si ravvisa alcun *vulnus* al 'mercato'.

La definizione più restrittiva di 'attività accessorie' è poi indubbiamente quella fornita dall'Agenzia delle Entrate la cui prassi (circolari e risoluzioni) ne ha fissati i punti-cardine.

L'Agenzia, con riferimento a qualsivoglia attività, ha costantemente affermato che la prestazione va considerata accessoria quando è legata alla prestazione principale da determinate funzionalità (cd elemento oggettivo) e dalla identità del soggetto che pone in essere ambedue i tipi di prestazione (cd elemento soggettivo).

Va in sostanza verificata l'esistenza delle seguenti condizioni:

1) funzionalità necessaria o nesso di causalità necessaria (la prestazione accessoria deve assumere una *posizione subordinata* rispetto a quella principale e *non può prescindere dall'esistenza* di quest'ultima);

Ed è questo lo scopo delle norme censurate, le quali, in considerazione del loro contenuto, sono appunto dirette ad evitare che soggetti dotati di privilegi svolgano attività economica al di fuori dei casi nei quali ciò è imprescindibile per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali, ovvero per la produzione di servizi di interesse generale (casi compiutamente identificati dal citato art. 3, comma 27), al fine di eliminare eventuali distorsioni della concorrenza, quindi sono preordinate a scongiurare una commistione che il legislatore statale ha reputato pregiudizievole della concorrenza (sentenza n. 326 del 2008). Inoltre, esse mirano a realizzare detta finalità con modalità non irragionevoli, siccome il divieto stabilito dalle disposizioni censurate e l'obbligo di dismettere le partecipazioni possedute in violazione del medesimo non hanno carattere di generalità, ma riguardano esclusivamente i casi nei quali non sussista una relazione necessaria tra società, costituite o partecipate dalle amministrazioni pubbliche, e perseguimento delle finalità istituzionali.

Ricondotte le norme in esame all'ambito della tutela della concorrenza, il legislatore statale aveva titolo a porre in essere una disciplina dettagliata (sentenze n. 411 e n. 320 del 2008); inoltre, in virtù del criterio della prevalenza, è anche palese l'appartenenza a detta materia del nucleo essenziale della disciplina dalle stesse stabilita (sentenze n. 411, n. 371 e n. 326 del 2008), con conseguente infondatezza della denuncia di violazione del principio di leale collaborazione.

- 2) funzionalità strumentale (la prestazione accessoria è lo strumento per integrare, completare o rendere possibile l'operazione principale);
- 3) funzionalità di scopo (la prestazione accessoria deve convergere a realizzare un unico obiettivo, in simbiosi con la prestazione principale);
- 4) identità soggettiva (identità ravvisabile, alternativamente: a) nel caso di coincidenza del soggetto che pone in essere le due prestazioni: quella principale e quella accessoria; b) nel caso in cui il soggetto che effettua la prestazione accessoria operi per conto e a spese del prestatore principale (mandato senza rappresentanza).

La definizione delle 'prestazioni accessorie o connesse in campo sanitario'

Resta ora da definire il concetto di 'prestazioni in campo sanitario', al fine di stabilire se le prestazioni rese da Sanitaservice possano essere sussunte nella categoria delle prestazioni accessorie.

A tal fine è indispensabile affrontare due questioni:

la prima: descrivere le prestazioni principali alle quali le prestazioni ausiliarie sono connesse;

la seconda: verificare che tali prestazioni ausiliarie-accessorie-connesse rispettino le condizioni prima definite (funzionalità necessaria, funzionalità strumentale, funzionalità di scopo e identità soggettiva).

Circa la prima questione. Le prestazioni principali alle quali ci si riferisce sono quelle poste in essere dalle aziende sanitarie e rientranti fra quelle descritte dall'art. 10 del decreto iva ("Art. 10 - Operazioni esenti dall'imposta"). Sono:

(punti da 1 a 17...omissis...)

18) le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione, rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministero della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze;

19) le prestazioni di ricovero e cura rese da enti ospedalieri o da cliniche e case di cura convenzionate nonché da società di mutuo soccorso con personalità giuridica o da ONLUS, compresa la somministrazione di medicinali, presidi sanitari e vitto, nonché le prestazioni di cura rese da stabilimenti termali;

27-ter) le prestazioni socio sanitarie, di assistenza domiciliare o ambulatoriale, in comunità e simili, in favore degli anziani e inabili adulti, di tossicodipendenti e di malati di AIDS, degli handicappati psicofisici, dei minori anche coinvolti in situazioni di disadattamento e di devianza, di persone migranti, senza fissa dimora, richiedenti asilo, di persone detenute, di donne vittime di tratta a scopo sessuale e lavorativo, rese da organismi di diritto pubblico, da istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, previste dall'art. 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, o da enti aventi finalità di assistenza sociale e da ONLUS.

Circa la seconda questione, è opportuno che la disamina sia distinta in due fasi, quella riguardante la sussistenza dell'elemento oggettivo (integrata dal rapporto fra le due prestazioni, principale e ausiliaria, della funzionalità necessaria o nesso di causalità, funzionalità strumentale e funzionalità di scopo) e dell'elemento soggettivo (la identità soggettiva).

Circa l'elemento oggettivo non può revocarsi in dubbio che, nel caso in questione, si riscontrano tutte e tre le funzionalità richieste. E' sufficiente che si analizzino i compiti che integrano le attività svolte dalle Sanitaservice per immediatamente concludere che le stesse, svolte in campo sanitario (ospedali, ambulatori, centri di riabilitazione, etc.), non hanno ragion d'essere senza le prestazioni principali, senza cioè quelle prestazioni che le aziende sanitarie sono obbligate a produrre ed erogare in virtù di norme nazionali e regionali.

Per concludere, la ASL LE, per il tramite della propria società *in house*, ha prodotto ed erogato e potrà continuare a produrre ed erogare attività, in aggiunta a quelle già esercitate, esclusivamente

connesse alle proprie funzioni istituzionali, senza mai ledere il principio della libera concorrenza, senza mai operare sul *Mercato*.

Pertanto, la Asl di Lecce, attraverso il detto piano, intende rappresentare che costituzione della propria e richiamata società a mano pubblica, costituisce per i servizi gestiti dalla stessa società, la più efficiente e razionale gestione. A tal conclusione si perviene anche, come di seguito si dirà, dai risultati economici conseguita dalla società Sanitaservice.

N- I RISULTATI ECONOMICI CONSEGUITI

La ASL LE ha dato vita alla Sanitaservice per conseguire, tra l'altro, risparmi nella propria gestione. Ha posto in essere dal 2011 una '*spending review domestica*'. E ci è riuscita, come attestano i risultati di bilancio.

Si allega al presente atto il bilancio relativo all'anno 2011 (stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa, **all. 8**), i cui dati salienti sono di seguito riportati:

Stato patrimoniale	2011
Attivo	
Immobilizzazioni immateriali	2.429
Immobilizzazioni materiali	97.616
Attivo circolante	3.605.042
Ratei e risconti attivi	-
Totale Attivo	3.705.087
Passivo	
Fondi per rischi e oneri	
Trattamento di fine rapporto	
Debiti	3.605.384
Totale Passivo	3.605.384
Patrimonio Netto	
Capitale sociale	100.000
Riserve	
Perdite a nuovo	526
Utile netto d'esercizio	229
Totale Patrimonio netto	99.703

Conto economico	2011
Componenti positivi	
Ricavi dalle prestazioni	8.488.605
Altri ricavi e proventi	5.692
Rimanenze attive finali	10.766
Proventi finanziari	610
Proventi straordinari	
Totale componenti positivi	8.505.673
Componenti negativi	
Materie prime, sussidiarie e di consumo	277.365
Servizi	165.617
Personale dipendente	7.817.964
Ammortamenti e svalutazioni	8.499
Oneri diversi di gestione	8.286
Oneri finanziari	1.041
Oneri straordinari	
Totale componenti negativi	8.278.772
Utile di esercizio	226.901
Imposte	226.672
Utile di esercizio al netto di imposte	229

Per determinare i benefici economici conseguiti dalla ASL vanno comparati i costi dalla stessa sostenuti nell'anno 2011 con quelli sostenuti nell'anno 2010 per gli stessi servizi. Il confronto va naturalmente eseguito fra dati omogenei. A tal fine vanno fatte le due seguenti precisazioni:

1) la produzione in house dei servizi di ausiliario (pulizia, sanificazione) ha avuto effettivo inizio dal 1° maggio 2011. Le fatture emesse dalla Sanitaservice e contabilizzate dalla ASL riguardano perciò solo 7 dei 12 mesi dell'anno;

2) Parte dei servizi di ausiliario (pulizia, sanificazione), anche dopo la loro re-internalizzazione, è stato svolto da imprese terze (per contratti ancora in essere).

Tanto precisato, questi i dati dal cui raffronto emerge la indiscutibile convenienza economica della gestione in house (il tutto è più dettagliatamente illustrato nella relazione che qui si allega, all. 9)

- Costo dei servizi anno 2010	€ 17.659.266,11
- Costo dei servizi anno 2011	€ 17.330.674,94
<u>Risparmio conseguito dalla ASL LE anno 2011</u>	<u>€ 328.591,17</u>

Dall'esame comparativo fra i costi dei servizi in questione *pre e post* affidamento in house emerge che l'attuale modello di gestione in house, oltre ad essere efficiente e conseguire efficaci risultati, è economicamente vantaggioso.

Inoltre, sempre nell'ottica di una razionalizzazione delle spese, non va sottaciuto che l'affidamento mediante procedure di evidenza pubblica comporta spese di gestione non sempre prevedibili in sede di pianificazione e di bilancio di previsione, considerata la forte incidenza sul prezzo dell'appalto dell'istituto, inderogabile, della revisione prezzi di cui all'art. 115 del D.lgs. n. 163 del 2006.

La gestione in house si è rivelata insomma la migliore forma con il quale si è proceduto a ristrutturare e razionalizzare l'organizzazione dei servizi sociosanitari di competenza della ASL e svolti per il tramite della Sanitaservice. La dismissione di detto modello comporterebbe per la ASL una sconfessione dei principi ai quali deve ispirarsi l'azione della PA, di efficienza, di efficacia e di economicità.

O- CONCLUSIONI

In conclusione, il piano di ristrutturazione e razionalizzazione posto già in essere dalla ASL LE - che si sottopone al parere del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi di cui all'articolo 2 del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 luglio 2012 n. 94 - va consolidato e proseguito in modo che i servizi gestiti dalla società Sanitaservice per conto dell'Asl di Lecce, restino in capo alla detta società e non siano dismessi in favore della gestione a favore di imprese terze e private, atteso che detto modello gestorio di internalizzazione, rappresenta la forma più efficiente, ottimale e razionale di gestione della spesa relativa ai servizi prodotti dalla società in house.

Infatti, attraverso la conservazione e la vigenza della società in house, per tutte le ragioni sopra rappresentate, si razionalizza la spesa relativa ai servizi prodotti dall'Asl per mezzo della sua società pubblica, nel senso che si spende meno e nello stesso tempo si assicura un corretto rapporto tra risorse da impiegare rispetto ai risultati da perseguire e perseguiti (efficacia), e soprattutto tra risorse impiegate e risultati infine raggiunti (efficienza).

Tanto premesso, considerato e rappresentato,

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario d'Azienda

DELIBERA

per le motivazioni in premessa esplicitate e che si intendono integralmente riportate:

- 1) di approvare la relazione riportata in narrativa, da considerare, con gli allegati, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di considerare le attività auto-prodotte ed erogate dalla ASL LE per il tramite della propria società *in house* denominata 'Sanitaservice ASL LE s.r.l.' quali attività integranti la propria funzione amministrativa (attività sanitaria) e, pertanto, costituenti 'servizio di interesse generale' come definito dalla legislazione sia nazionale che comunitaria, dalla prassi e dalla giurisprudenza comunitarie;
- 3) di ritenere che per la 'Sanitaservice ASL LE s.r.l.', giusta comma 3 dell'art. 4 del dl n. 95/2012, convertito con modificazioni e integrazioni in legge n. 135/2012, siano inapplicabili le disposizioni di cui al comma 1 dell'art. 4 del dl n. 95/2012, trattandosi di società che svolge servizi di interesse generale;

In subordine ai primi tre punti che precedono

- 4) di ritenere che sussistano le condizioni per l'adozione del piano di razionalizzazione e di ristrutturazione di cui al comma 3-sexies dell'art. 4 del dl 95/2012. In particolare:
 - Sanitaservice ASL LE srl risponde ai requisiti della legislazione e della giurisprudenza comunitarie in materia di *in house providing*;
 - Sanitaservice ASL LE srl espleta attività connesse esclusivamente all'esercizio delle funzioni amministrative di competenza della ASL LE;
- 5) di adottare, per l'effetto, il 'piano di razionalizzazione e di ristrutturazione', teso alla permanenza del modello di gestione *in house* dei servizi gestiti dalla società Sanitaservice, illustrato nella parte narrativa e per tutte le ragioni rappresentate nel presente atto, da sottoporre al parere del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi di cui all'articolo 2 del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 luglio 2012 n. 94;
- 6) di chiedere la proroga dei termini di cui al comma 1 dell'art. 4 del dl n. 95/2012, giusta disposizione portata dal comma 3-sexies dell'art. 4 del dl n. 95/2012, ultima frase.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Vigna

FIRMATO
Dott. Antonio VIGNA

Il Direttore Sanitario
Dott. Ottavio Narracci

FIRMATO
(Dott. Ottavio NARRACCI)

Il Direttore Generale
Dott. Valdo Mellone

FIRMATO
Dott. Valdo MELLONE

AZIENDA SANITARIA LOCALE
LECCE

n. _____ Reg. pubbl.

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio di quest'Azienda e sul Sito Web aziendale www.sanita.puglia.it per 15 giorni consecutivi

dal **12 NOV.2012** al **26 NOV.2012**

Lecce, li **12 NOV.2012**

Il Responsabile dell'Ufficio
FIRMATO
Dott.ssa Lulgia Sonia Cioffi

La presente Deliberazione è trasmessa al Collegio Sindacale.



ASL LECCE

Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce
Via Miglietta, 5 73100 Lecce

Deliberazione DG N. 1861 del - 9 NOV. 2012

OGGETTO - Art. 4, co. tre-sexies, d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - Adozione piano di ristrutturazione e razionalizzazione della società unipersonale della ASL LE denominata "Sanitaservice ASL LE srl" - Richiesta di acquisizione del parere favorevole del Commissario straordinario, di cui all' art. 2 del decreto legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni nella L. n. 94 del 2012, al fine della definitiva approvazione del piano.

ALLEGATI:

- ALL. 1 Regione Puglia: L.R. 28 dicembre 1994, n.36
- ALL. 2 Regione Puglia: Deliberazione G.R. 16 febbraio 1996, n. 229
- ALL. 3 ASL LE: Deliberazione DG n. 44 del 18 gennaio 2010
- ALL. 4 ASL LE: Deliberazione DG n. 1140 del 22 aprile 2010
- ALL. 5 ASL LE: Deliberazione DG n. 2304 del 28 luglio 2010
- ALL. 6 ASL LE: Deliberazione CS n. 85 del 24 marzo 2011
- ALL. 7 ASL LE: Deliberazione DG n. 793 del 23 dicembre 2011
- ALL. 8 SANITASERVICE ASL LE S.R.L.: Bilancio anno 2011
- ALL. 9 SANITASERVICE ASL LE S.R.L.: Nota dello 'Studio Professionisti Associati Tributario e Societario' del 10 luglio 2012.

Lecce, - 9 NOV. 2012

Il direttore generale
dott. Valdo Mellone

FIRMATO Dott. Valdo MELLONE
--



ASL LECCE

Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce
Via Miglietta, 5 73100 Lecce

Deliberazione DG N. 1861 del 12 novembre 2012

OGGETTO - Art. 4, co. tre-sexies, d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - Adozione piano di ristrutturazione e razionalizzazione della società unipersonale della ASL LE denominata "Sanitaservice ASL LE srl" - Richiesta di acquisizione del parere favorevole del Commissario straordinario, di cui all' art. 2 del decreto legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni nella L. n. 94 del 2012, al fine della definitiva approvazione del piano.

ALLEGATI:

- ALL. 1 Regione Puglia: L.R. 28 dicembre 1994, n.36
- ALL. 2 Regione Puglia: Deliberazione G.R. 16 febbraio 1996, n. 229
- ALL. 3 ASL LE: Deliberazione DG n. 44 del 18 gennaio 2010
- ALL. 4 ASL LE: Deliberazione DG n. 1140 del 22 aprile 2010
- ALL. 5 ASL LE: Deliberazione DG n. 2304 del 28 luglio 2010
- ALL. 6 ASL LE: Deliberazione CS n. 85 del 24 marzo 2011
- ALL. 7 ASL LE: Deliberazione DG n. 793 del 23 dicembre 2011
- ALL. 8 SANITASERVICE ASL LE S.R.L.: Bilancio anno 2011
- ALL. 9 SANITASERVICE ASL LE S.R.L.: Nota dello 'Studio Professionisti Associati Tributario e Societario' del 10 luglio 2012.

Lecce, 12 novembre 2012

Il direttore generale
dott. Valdo Mellone

FIRMATO Dott. Valdo MELLONE
--

L.R. 28 dicembre 1994, n. 36⁽¹⁾.

Norme e principi per il riordino del Servizio, sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

Pubblicata nel B.U. Puglia 30 dicembre 1994, n. 146.

Epigrafe

Art. 1 - Oggetto e finalità della legge.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo I

Art. 2 - Soggetti istituzionali.

Art. 3 - Soggetti concorrenti.

Art. 4 - Regione.

Art. 5 - Unità sanitaria locale.

Art. 6 - Università.

Art. 7 - Comuni.

Art. 8 - Province, Comunità montane e organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo II - Processo di programmazione

Art. 9 - Strumenti della programmazione.

Art. 10 - Azioni strumentali della programmazione.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo III - Integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali

Art. 11 - Servizi socio-assistenziali.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo IV - Ordinamento

Art. 12 - Organi delle Unità sanitarie locali.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo V - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 13 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo I - Organizzazione generale

Art. 14 - Direttive di organizzazione.

Art. 15 - Articolazione dell'Unità sanitaria locale.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo II - Direzione generale

Art. 16 - Direttore generale.

Art. 17 - Direttore sanitario.

Art. 18 - Direttore amministrativo.

Art. 19 - Coordinatore dei servizi sociali.

Art. 20 - Consiglio dei sanitari.

Art. 21 - Unità controllo di gestione.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo III - Strutture operative

Art. 22

Art. 23 - Assistenza ospedaliera.

Art. 24 - Dipartimento di prevenzione.

Art. 25 - Dipartimento di salute mentale.

Art. 26 - Distretto socio-sanitario.

Art. 27 - Programmi di intervento di area specifica a tutela della salute.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo IV - Controllo di qualità

Art. 28 - Controllo di qualità.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo V - Finanziamento del Servizio sanitario regionale

Art. 29 - Principi per la ripartizione delle risorse finanziarie.

TITOLO VI

Norme finali e transitorie

Capo I - Temporalizzazione del processo di riordino del Servizio sanitario regionale

Art. 30 - Disposizioni per il primo funzionamento.

Art. 31 - Disposizioni in materia di gestione dei servizi socio-assistenziali.

Art. 32 - Riorganizzazione assistenza ospedaliera.

Art. 33 - Riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera.

Art. 34 - Ospedali al di sotto di 120 posti letto.

Art. 35 - Organizzazione nelle aree funzionali - Dipartimenti).

Art. 36 - Istituti di ricovero e cura obbligatoriamente convenzionati con il Servizio sanitario regionale.

Art. 37 - Case di cura private accreditate.

Art. 1 *Oggetto e finalità della legge.*

1. La presente legge disciplina il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, così come modificato dal *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

Capo I

Art. 2 *Soggetti istituzionali.*

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale:

- a) la Regione;
- b) i Comuni;
- c) le Unità sanitarie locali-aziende;
- d) le Università;
- e) le Aziende ospedaliere.

(2) La presente legge è stata pubblicata nel B.U. priva del Titolo I.

Art. 3 *Soggetti concorrenti.*

1. Concorrono alle finalità del Servizio sanitario regionale le Comunità montane, le Province, nonché le istituzioni sanitarie pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari - e private e i professionisti convenzionati.

2. Gli enti assistenziali pubblici e gli organismi di volontariato e di privato sociale e le associazioni di tutela dei cittadini concorrono alle medesime finalità con le modalità previste dalle leggi regionali.

Art. 4 Regione.

1. La Regione svolge funzioni legislative, di programmazione, di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti delle Aziende sanitarie.
2. La Regione definisce i rapporti fra le Unità sanitarie locali e le istituzioni sanitarie pubbliche e private e i professionisti convenzionali attraverso gli strumenti, le procedure e i vincoli della programmazione regionale.
3. La Giunta regionale vigila sull'osservanza delle disposizioni in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici dell'assistenza e controlla che la gestione produca i risultati quantitativi e qualitativi prefissati nel piano sanitario regionale e nelle azioni programmatiche.
4. La Giunta regionale trasmette la proposta di piano sanitario regionale alle Università e ai Comuni. Le relative osservazioni sono rimesse alla Giunta regionale entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione.

Art. 5 Unità sanitaria locale.

1. L'Unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
2. L'Unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano sanitario regionale, avvalendosi delle proprie strutture, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'*articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, così come modificato dall'*articolo 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, delle istituzioni sanitarie pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari - o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. A questo scopo ogni Unità sanitaria locale può stipulare apposite convenzioni con altre Unità sanitarie locali e quindi avvalersi delle strutture delle stesse.
3. L'Unità sanitaria locale esercita la propria autonomia aziendale nell'ambito degli indirizzi di programmazione del piano sanitario regionale, delle norme di organizzazione e funzionamento di cui alla presente legge, delle norme e dei principi di contabilità della normativa regionale, nonché delle norme e delle disposizioni della Regione.
4. L'Unità sanitaria locale, nell'ambito degli indirizzi stabiliti dal piano sanitario regionale e sulla base delle linee di indirizzo regionale, elabora il piano generale attuativo triennale.
5. L'Unità sanitaria locale fornisce alla Regione, nei tempi e con le modalità stabiliti dal sistema informativo regionale, tutti gli indicatori di sintesi funzionali all'attività di controllo che la Regione svolge ai sensi del precedente art. 4.

Art. 6 Università.

1. Le Università contribuiscono, per quanto di competenza, al processo di elaborazione del piano sanitario regionale.
2. La Giunta regionale e le Università, ai sensi dell'*art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, così come modificato dall'*articolo 7 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*, stipulano appositi protocolli d'intesa:
 - a) per regolamentare l'apporto delle Facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del Servizio sanitario;
 - b) per la realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale connessi alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale;
 - c) per l'espletamento dei corsi di formazione, per il conseguimento del diploma universitario di 1° livello, di cui all'*art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341*.
3. La Giunta regionale, per le Aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina e chirurgia, istituisce la Commissione

paritetica Regione- Università con compiti propositivi in fase di programmazione e con funzioni di composizione in caso di contenzioso tra le suddette istituzioni.

4. La Commissione paritetica è costituita da n. 3 rappresentanti della Regione e da n. 3 rappresentanti della Università. Alle riunioni della Commissione paritetica partecipa, a titolo consultivo, un rappresentante dell'Azienda ospedaliera interessata.

Art. 7 Comuni.

1. I Comuni partecipano in via consultiva al processo di programmazione regionale.

2. La Giunta regionale, entro il 10 settembre dell'ultimo anno di vigenza del piano sanitario precedente, trasmette la proposta di piano sanitario regionale alla consultazione dei Comuni. Il parere deve essere espresso entro e non oltre i successivi trenta giorni dalla data di trasmissione. Nel caso di inosservanza del termine indicato, il parere si intende acquisito favorevolmente a tutti gli effetti.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta un regolamento tipo per disciplinare le modalità organizzative, di convocazione e di funzionamento della Conferenza dei sindaci o dei Presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, nonché della propria rappresentanza di cui all'art. 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'articolo 4, lettera 1), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

4. La rappresentanza della Conferenza dei sindaci è l'organismo attraverso il quale i Comuni interessati esprimono alla Regione il proprio parere in merito al piano sanitario regionale e alle proposte programmatiche. Nel caso in cui l'ambito territoriale della Unità sanitaria locale coincida con quello del Comune, provvede direttamente il Sindaco.

5. Spetta al Sindaco o alla rappresentanza della Conferenza dei sindaci o dei Presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale:

- a) definire, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività delle Unità sanitarie;
- b) definire le linee di indirizzo dei piani di zona dei servizi sociali;
- c) esaminare il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio;
- d) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità sanitaria locale;
- e) trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità sanitaria locale e alla Regione.

Art. 8 Province, Comunità montane e organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali.

1. Le Province, le Comunità montane, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, gli organismi di volontariato e di privato sociale e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini partecipano, in via consultiva, al processo di programmazione regionale.

2. La Giunta regionale trasmette la proposta di piano sanitario regionale per la consultazione delle Comunità montane, delle Province, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, degli organismi di volontariato e di privato sociale e delle associazioni di tutela dei diritti dei cittadini entro il 10 settembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente.

Capo II - Processo di programmazione

Art. 9 Strumenti della programmazione.

1. Sono strumenti della programmazione sanitaria, di competenza del Consiglio regionale:

- a) il piano sanitario regionale;
- b) i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute;
- c) i piani settoriali;
- d) le azioni programmatiche.

2. Sono strumenti attuativi della programmazione regionale:

- a) i piani generali attuativi delle Unità sanitarie locali, nonché i loro aggiornamenti annuali;
 - b) i singoli programmi d'intervento.
3. Il piano sanitario regionale definisce, coerentemente con le indicazioni del piano sanitario nazionale, gli obiettivi della programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standards dei servizi.
4. I programmi di intervento di area specifica a tutela della salute e i piani settoriali costituiscono gli strumenti per l'attuazione degli obiettivi previsti dalla legge di piano sanitario regionale e fissano, per i periodi non superiori al triennio, i contenuti delle azioni finalizzate a tale situazione, le condizioni organizzative e le risorse necessarie con la previsione delle relative fonti di finanziamento.
5. Entro il 30 settembre di ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sulla spesa sanitaria e sullo stato sanitario della Regione che evidenzii il grado di raggiungimento degli obiettivi.
6. I piani generali attuativi delle Unità sanitarie locali nonché i loro aggiornamenti annuali e i singoli programmi di intervento di cui al precedente comma 2, lettera b), sono approvati dalla Giunta regionale.

Art. 10 Azioni strumentali della programmazione.

1. Le azioni strumentali contribuiscono al perseguimento degli obiettivi di efficacia e di efficienza del sistema socio-sanitario regionale in attuazione del piano sanitario regionale.
2. Sono azioni strumentali della programmazione:
- a) la realizzazione del sistema informativo;
 - b) l'attivazione e lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica;
 - c) le attività di sperimentazione;
 - d) la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo di qualità;
 - e) la formazione permanente del personale.
3. Il sistema informativo sanitario è l'insieme coordinato di strutture, strumenti e procedure finalizzate all'acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni utili all'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo.
4. A tal fine la Regione promuove prioritariamente:
- a) l'estensione della rete informativa;
 - b) la qualificazione delle basi informative;
 - c) lo sviluppo di metodologie per il monitoraggio e la verifica dei risultati delle attività sanitarie;
 - d) l'ottimizzazione dell'accesso da parte degli utenti ai servizi, anche per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 14, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
5. L'Osservatorio epidemiologico regionale, di cui alla *legge regionale 5 aprile 1985, n. 14* e successive modifiche, provvede alla realizzazione del sistema di osservazione epidemiologica.
6. La Giunta regionale può promuovere sperimentazioni gestionali e organizzative, nella ricerca di più efficienti modelli di governo per l'uso delle risorse finalizzate a conseguire gli obiettivi prefissati nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.
7. Il controllo di qualità è organizzato ai livelli regionali, di azienda e per singola unità operativa. La Giunta regionale individua il sistema di controllo definendo, tra l'altro: indicatori di strutture, di procedure e di risultati, necessari, anche ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1993, n. 517, e tali da garantire un costante miglioramento della qualità dei servizi sanitari forniti.

Capo III - Integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali

Art. 11 Servizi socio-assistenziali.

1. La Regione, nell'ambito della programmazione, persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e, a tal fine, promuove la delega da parte degli Enti locali alle Unità sanitarie locali della gestione dei servizi socio-assistenziali.

2. Le funzioni sanitarie e socio-assistenziali si integreranno attraverso accordi di programma, così come previsto dall'*art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142*; definiranno altresì il rapporto tra personale da utilizzare e il relativo fabbisogno finanziario. Nei suddetti accordi saranno indicate:
- a) le funzioni di supporto indispensabili all'attuazione di programmi di prevenzione e riabilitazione;
 - b) le funzioni socio-assistenziali delle unità operative;
 - c) le altre funzioni socio-assistenziali delegate dai Comuni.
3. La Conferenza dei sindaci approva il piano dei servizi sociali, attraverso intese di programma o convenzioni e lo trasmette all'Unità sanitaria locale.
4. Le Unità sanitarie locali assumono per delega la gestione dei servizi sociali da attuarsi attraverso i distretti, con contabilizzazione specifica.

Capo IV – Ordinamento

Art. 12 Organi delle Unità sanitarie locali.

1. Sono organi dell'unità sanitaria locale:
- a) il Direttore generale;
 - b) il Collegio dei revisori.
2. Il Direttore generale delle Aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina è nominato d'intesa con il Rettore delle rispettive Università; il Direttore generale stipula appositi accordi con la rispettiva Università al fine di regolare i rapporti in attuazione dei protocolli d'intesa di cui al precedente art. 6, comma 2.
3. Al Collegio dei revisori, nominato dal Direttore generale, si applicano le norme di cui al *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modifiche.
4. Spetta al Collegio dei revisori:
- a) vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, anche mediante verifiche periodiche sulla base di indagini campionarie;
 - b) accertare almeno ogni trimestre la consistenza di cassa;
 - c) vigilare sulla gestione economico-finanziaria e patrimoniale, anche attraverso valutazioni sul grado di realizzazione degli obiettivi di budget e sull'efficienza ed efficacia della gestione;
 - d) controllare il bilancio di esercizio e la relazione annuale, esprimendo pareri su tali documenti e sui criteri di formazione degli stessi.
5. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma precedente, tutti gli atti adottati dal Direttore generale sono notificati al Collegio dei revisori all'atto della pubblicazione nell'albo dell'Azienda. Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio dei revisori notifica al Direttore generale gli eventuali rilievi.
6. Entro dieci giorni dalla nomina, il Direttore generale provvede alla prima convocazione del Collegio dei revisori. In tale seduta il Collegio provvede all'elezione, tra i propri componenti, del Presidente, ai sensi dell'*art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, così come modificato dall'*art. 4, lettera i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*. Nei casi di decadenza, dimissione o decesso del Presidente del Collegio dei revisori, le sue funzioni sono esercitate dal membro più anziano per età fino all'elezione di un nuovo Presidente. Entro dieci giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza, il Direttore generale provvede a chiedere all'Amministrazione competente una nuova designazione e a ricostituire il Collegio entro trenta giorni dalla data di designazione.
7. Qualora si verificassero ripetute ingiustificate assenze o altre anomalie gravi di funzionamento, il Direttore generale le segnala ai soggetti che hanno proceduto alle designazioni dei revisori per dichiarare la conseguente decadenza e provvedere alla sostituzione, ai sensi dell'*art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, così come modificato dall'*art. 4, lett. i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* e nei termini di cui al precedente comma 6.

Capo V - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 13 Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e della legge 7 agosto 1990, n. 241.
2. L'Unità sanitaria locale concorda con gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini le modalità e i tempi di raccolta e valutazioni delle loro osservazioni in merito alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni.
3. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale convoca, almeno una volta all'anno, l'apposita Conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi, ai sensi dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento della Conferenza dei servizi.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo I - Organizzazione generale

Art. 14 Direttive di organizzazione.

1. L'Unità sanitaria locale, sulla base di un apposito regolamento approvato dalla Giunta regionale ⁽³⁾, deve essere organizzata secondo le seguenti direttive:
 - a) a ciascuna struttura e unità operativa devono essere assegnati compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità ed omogeneità;
 - b) per ciascuna struttura e unità operativa deve essere individuato un unico responsabile, in possesso di titoli specifici per le funzioni da svolgere, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati alla struttura o unità operativa;
 - c) ciascuna struttura e unità operativa deve essere individuata come centro di attività e di costo e deve essere assegnataria sia di specifici obiettivi in termini quantitativi e qualitativi, sia un definito budget. Il Dirigente della struttura è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget;
 - d) devono essere previsti meccanismi che assicurino il coordinamento tra strutture o unità operative che, pur nell'ambito della propria autonomia, devono necessariamente agire in maniera integrata.

(3) Vedi, al riguardo, il regolamento di organizzazione approvato con *Delib.G.R. 16 febbraio 1996, n. 229*.

Art. 15 Articolazione dell'Unità sanitaria locale.

1. L'Unità sanitaria locale si articola in:
 - a) direzione generale;
 - b) direzione operative.
2. La direzione generale dell'Unità sanitaria locale è composta dal Direttore generale, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Spetta alla direzione generale assicurare i livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano regionale.
3. Costituiscono le direzioni operative dell'Unità sanitaria locale le aree e le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

4. Nell'azienda USL e nell'azienda ospedaliera sono previste obbligatoriamente le seguenti strutture complesse:

- a) struttura burocratico-legale;
 - b) gestione tecnica;
 - c) gestione del personale;
 - d) gestione delle risorse finanziarie;
 - e) gestione del patrimonio;
 - f) unità operativa per le attività di statistica ed epidemiologia ⁽⁴⁾;
 - g) unità controllo di gestione ⁽⁵⁾;
 - h) centrale operativa provinciale del sistema di emergenza "118" ⁽⁶⁾;
 - i) servizi di radiologia territoriali, uno per ciascuna AUSL, purché dotati di TAC, Risonanza magnetica nucleare e Senologia presenti nella stessa struttura poliambulatoriale ⁽⁷⁾;
 - l) servizi di pneumotisiologia, istituiti, alla data del 31 dicembre 2003, dalle aziende sanitarie sulla base delle direttive regionali emanate con Delib.G.R. 23 luglio 1996, n. 3227 e con Delib.G.R. 16 maggio 2000, n. 614, a seguito della soppressione dei Consorzi provinciali antitubercolari (CPA) ⁽⁸⁾.
- Nell'azienda USL sono previste obbligatoriamente le seguenti strutture complesse e dipartimentali:

- a) il dipartimento di prevenzione;
- b) i distretti;
- c) la struttura complessa farmaceutica territoriale;
- d) il dipartimento di salute mentale;
- e) la struttura complessa servizio socio-sanitario;
- f) i presidi ospedalieri ⁽⁹⁾.

5. Le strutture e le aree dell'Unità sanitaria locale sono dirette da un dirigente apicale nominato dal Direttore generale e si articola in unità operative sulla base dei criteri stabiliti dal precedente art. 14.

6. I dirigenti delle strutture operative sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario; i dirigenti delle aree gestione del personale, gestione delle risorse finanziarie e gestione del patrimonio sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo; i dirigenti delle aree gestione tecnica e coordinamento dei servizi sociali sono scelti tra i dipendenti appartenenti rispettivamente al ruolo professionale e tecnico. I dirigenti dell'area gestione del servizio farmaceutico sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario.

(4) Lettera aggiunta dall'art. 30, L.R. 4 agosto 2004, n. 14.

(5) Lettera aggiunta dall'art. 30, L.R. 4 agosto 2004, n. 14.

(6) Lettera aggiunta dall'art. 30, L.R. 4 agosto 2004, n. 14.

(7) Lettera aggiunta dall'art. 30, L.R. 4 agosto 2004, n. 14.

(8) Lettera aggiunta dall'art. 21, L.R. 12 gennaio 2005, n. 1.

(9) Comma così sostituito dall'art. 30, comma 1, lettera A), L.R. 7 gennaio 2004, n. 1, poi così modificato come indicato nelle note che precedono. Il testo originario era così formulato: «4. Sono strutture operative dell'Unità sanitaria locale:

- l'Ospedale organizzato in forma dipartimentale e unificato ai fini funzionali nel caso in cui più presidi insistono nella stessa Unità sanitaria locale;
- il Dipartimento di prevenzione;
- il Dipartimento di salute mentale;
- il Distretto socio-sanitario.

Sono aree:

- la gestione del personale;
- la gestione delle risorse finanziarie;
- la gestione tecnica;
- la gestione del servizio farmaceutico;
- la gestione del patrimonio;
- il coordinamento dei servizi sociali.».

Ai sensi del primo comma dell'art. 1, L.R. 6 settembre 1999, n. 27, ad integrazione del comma sostituito (soprariportato), in ciascuna Azienda unità sanitaria locale (A.U.S.L.) è istituito il «Dipartimento delle dipendenze patologiche».

Capo II - Direzione generale

Art. 16 Direttore generale.

1. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale esercita le funzioni di governo complessivo e di rappresentanza ai fini del raggiungimento degli obiettivi generali assegnati dalla Giunta regionale; è responsabile del raggiungimento dei suddetti obiettivi ed in particolare della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.
2. Il Direttore generale è coadiuvato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.
3. Il Direttore generale è inoltre coadiuvato dal Consiglio dei sanitari e dall'Unità controllo di gestione.
- 3-bis. Può essere nominato direttore generale, amministrativo o sanitario di un'azienda sanitaria locale della Regione anche il titolare di un rapporto di lavoro dipendente con la stessa azienda sanitaria locale. In tal caso il provvedimento di nomina determina l'applicazione del regime di aspettativa senza assegni nei termini previsti dall'articolo 3-bis, comma 11, del D.Lgs. n. 502/1992. In caso di inadempienza il direttore generale decade dall'incarico ⁽¹⁰⁾.
4. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta medesima, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del Direttore generale nei casi previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

(10) Comma aggiunto dall'art. 3, comma 27, quarto periodo, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40.

Art. 17 Direttore sanitario.

1. Il Direttore sanitario è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
2. Il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico-sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda e al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Il Direttore sanitario, in particolare, assicura l'integrazione tra servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali.
3. Per giustificati motivi, il Direttore sanitario può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

Art. 18 Direttore amministrativo.

1. Il Direttore amministrativo è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
2. Il Direttore amministrativo coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi, nonché collaborando al controllo di gestione dell'Azienda.

3. La Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative secondo le quali articolare i servizi, nonché le modalità di raccordo funzionale, all'interno dell'Unità sanitaria locale stessa, tra tutti gli operatori che operano nei servizi e nelle strutture dell'Azienda.

4. Per giustificati motivi, il Direttore amministrativo può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

Art. 19 Coordinatore dei servizi sociali.

1. Il Coordinatore dei servizi sociali è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e nominativo.

2. Il Coordinatore dei servizi sociali coadiuva il Direttore generale nel governo dell'Unità sanitaria locale fornendo Pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo e supporto nei confronti dei responsabili delle Unità operative dell'Azienda per i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

3. Per giustificati motivi il Coordinatore dei servizi sociali può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

Art. 20 Consiglio dei sanitari.

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario. Fanno parte del Consiglio dei sanitari:

a) medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati: chimici, fisici, biologi, psicologi, farmacisti e sociologi, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica ai sensi dell'art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

b) un medico veterinario;

c) una rappresentanza del personale infermieristico;

d) una rappresentanza del personale tecnico-sanitario.

2. Nella composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il funzionamento del Consiglio dei sanitari.

4. Il Consiglio dei sanitari fornisce i pareri di cui all'art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

Art. 21 Unità controllo di gestione.

1. L'Unità controllo di gestione opera alle dirette dipendenze del Direttore generale e collabora con la direzione generale.

2. All'Unità controllo di gestione compete l'applicazione di metodica di budget in stretta integrazione con il controllo di gestione al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e di evidenziare il principio di responsabilità economica.

3. L'Unità controllo di gestione è individuata dal Direttore generale con provvedimento che motivi il numero e le competenze degli operatori assegnati all'Unità in relazione alle attività attribuite alla stessa.

4. Sono, altresì, alle dirette dipendenze del Direttore generale la struttura burocratica legale per l'assunzione del patrocinio e la consulenza, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense, e l'Unità operativa per le attività di statistica e di epidemiologia.

Capo III - Strutture operative

Art. 22

1. In applicazione dell'art. 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e dell'art. 2, comma 5, della legge n. 549 del 1995, l'organizzazione interna degli ospedali deve osservare il modello dipartimentale.
2. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale, su proposta del Direttore sanitario, sentito il Consiglio dei sanitari, provvede alla definizione dei Dipartimenti ospedalieri.
3. Sono finalità del Dipartimento ospedaliero:
 - a) la gestione integrata degli spazi delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
 - b) la sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
 - c) il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca e di studio e sulla qualità delle prestazioni;
 - d) il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del Dipartimento con particolare riferimento alla tutela dei diritti dei cittadini, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso e al confort degli utenti.
4. Il Dipartimento ospedaliero è diretto da uno dei dirigenti delle Divisioni e dei Servizi interessati, nominato dal Direttore generale, con provvedimento motivato, su proposta del Direttore sanitario. Il responsabile del Dipartimento assicura il raggiungimento delle finalità di cui al comma 3 e, in particolare, il coordinamento fra le unità operative che lo compongono e il rispetto del budget.
5. I Dipartimenti vengono individuati nell'ambito dell'assistenza ospedaliera quale funzione unica dell'Azienda USL di cui all'art. 23, comma 1, della legge regionale n. 36 del 1994.
6. La Giunta regionale detta principi sull'organizzazione dei Dipartimenti mediante l'emanazione di apposite linee-guida, a norma dell'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni ⁽¹¹⁾.

(11) Articolo così modificato dal primo comma dell'art. 62, L.R. 6 maggio 1998, n. 14.

Art. 23 Assistenza ospedaliera.

1. L'assistenza ospedaliera è funzione unica dell'Unità sanitaria locale anche se erogata da più Presidi.
2. Nei Presidi ospedalieri quali risultano dal riordino della rete ospedaliera è previsto un dirigente medico, in possesso della idoneità di cui all'art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, su delega del Direttore sanitario della U.S.L., e un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del Direttore generale e del Direttore amministrativo della U.S.L.
3. All'Ospedale è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità sanitaria locale.

Art. 24 Dipartimento di prevenzione.

1. Il Dipartimento di prevenzione è la struttura dell'Unità sanitaria locale preposta all'organizzazione e alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio.
2. Sono finalità del Dipartimento di prevenzione:
 - a) assicurare la qualità e l'efficienza degli interventi di prevenzione;
 - b) assicurare l'omogeneità degli interventi di prevenzione;
 - c) ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione;
 - d) promuovere programmi di educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
3. Il Dipartimento di prevenzione è articolato almeno nei seguenti Servizi:
 - a) igiene e sanità pubblica;

- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
 - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
4. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria sono trasferite al Dipartimento di prevenzione. Ferme restando le attribuzioni, quali autorità sanitarie, del Sindaco e del Presidente della Giunta regionale, sono abrogate le norme incompatibili con la presente legge.
5. [Il Direttore generale nomina sentiti il Direttore sanitario amministrativo, il responsabile del Dipartimento di prevenzione, scelto fra il personale della Unità sanitaria locale avente qualifica dirigenziale, prioritariamente tra i responsabili dei Servizi di cui al precedente comma 3. In quest'ultima ipotesi, il responsabile del Dipartimento di prevenzione può conservare la direzione del proprio Servizio] ⁽¹²⁾.
6. Al responsabile del Dipartimento di prevenzione spetta:
- a) il coordinamento dell'assetto organizzativo;
 - b) la gestione del budget;
 - c) la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale;
 - d) la pianificazione e il controllo.
7. [I Dipartimenti di prevenzione individuati a tal fine dal piano sanitario regionale svolgono funzioni multizonali nelle materie indicate dal piano stesso, sulla base di accordi e programmi concordati dai Direttori generali delle Unità sanitarie locali interessate] ⁽¹³⁾.
8. [La Giunta regionale disciplina:
- il raccordo funzionale, all'interno dell'Unità sanitaria locale, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;
 - i rapporti tra Unità sanitarie locali, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;
 - i rapporti tra le Unità sanitarie locali per quelle attività attribuite ad alcuni Dipartimenti di prevenzione con funzioni multizonali, di cui al precedente comma 7.
- Il regolamento, infine, disciplinerà i rapporti tra Dipartimenti di prevenzione e Istituti zooprofilattici, Province e Agenzia regionale, di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1993, n. 496, convertito con modificazioni nella legge 21 gennaio 1994, n. 61, alla quale afferiscono i Presidi multizonali di prevenzione] ⁽¹⁴⁾.

(12) Comma abrogato dall'art. 30, comma 1, lettera B), L.R. 7 gennaio 2004, n. 1.

(13) Comma abrogato dall'art. 30, comma 1, lettera B), L.R. 7 gennaio 2004, n. 1.

(14) Comma abrogato dall'art. 30, comma 1, lettera B), L.R. 7 gennaio 2004, n. 1.

Art. 25 Dipartimento di salute mentale.

- 1. Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative dell'Unità sanitaria locale.
- 2. Il Dipartimento di salute mentale svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello ambulatoriale, domiciliare e ospedaliero.
- 3. Il Dipartimento di salute mentale è il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
- 4. Ogni Dipartimento è dotato delle seguenti unità operative:
 - a) Centro salute mentale;
 - b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.
- 5. Il Dipartimento di salute mentale è coordinato da un medico psichiatra di II livello, nominato dal Direttore generale tra quelli in servizio nel Dipartimento in relazione ai risultati conseguiti e verificati annualmente.

Art. 26 Distretto socio-sanitario.

- 1. Il Distretto assicura la tutela della salute nel territorio di competenza e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali, se delegati dai Comuni.

2. Il Distretto è, altresì, il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
3. Il Distretto, in collaborazione anche con i medici e i pediatri di base, assicura un efficace filtro della domanda e orienta la stessa garantendo la continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento. Il Distretto indirizza e coordina in particolare le prescrizioni in tema di assistenza ospedaliera, assistenza specialistica e assistenza protesica e termale. Funge da centro ordinatore per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative di cui al successivo comma 4 e dalle aziende e dagli istituti ed enti di cui all'art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'art. 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dalle istituzioni sanitarie pubbliche o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dai professionisti convenzionati.
4. Al responsabile di Distretto spetta la gestione del budget e la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nel distretto vengono assicurate le seguenti prestazioni, di norma strutturate in unità operative:
 - a) l'informazione, la prenotazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini per l'utilizzazione dei vari servizi sanitari e sociali;
 - b) l'educazione sanitaria sociale;
 - c) l'assistenza medico-generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, con servizi di guardia permanente;
 - d) l'assistenza domiciliare-integrata;
 - e) l'assistenza consultoriale;
 - f) l'assistenza residenziale e semi-residenziale;
 - g) le attività socio-assistenziali delegate dagli enti locali;
 - h) l'assistenza specialistica poliambulatoriale, organizzata nel presidio poliambulatoriale;
 - i) l'assistenza riabilitativa e protesica;
 - l) l'assistenza psicologica;
 - m) la tutela della salute degli anziani;
 - n) l'assistenza farmaceutica.
5. A livello distrettuale sono altresì svolte attività proprie del Dipartimento di prevenzione.
6. Il Direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il responsabile del Distretto, sentiti il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.
7. [L'incarico di direttore di distretto, struttura complessa della disciplina 'Organizzazione dei servizi sanitari di base', è attribuito dal Direttore generale con le procedure di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484* (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanità aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale di ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale). Possono partecipare alla procedura di selezione i dirigenti medici e medici convenzionati di medicina generale e pediatri di libera scelta, entrambi dell'azienda USL, previsti dall'*articolo 3-sexies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modificazioni. In caso di incarico a medico convenzionato è congelato un corrispondente posto di organico della dirigenza medica. È istituito l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, ai sensi dell'*articolo 3-sexies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992*, composto da figure professionali operanti nel distretto. Il direttore di distretto si avvale di detto Ufficio] ⁽¹⁵⁾.
8. La Giunta regionale disciplina il raccordo tra Ospedale e Distretti. Il Consiglio regionale disciplina l'organizzazione dei servizi aventi natura sovradistrettuale e in particolare gli interventi in materia di salute mentale, di prevenzione delle tossicodipendenze e di assistenza riabilitativa salvaguardando la continuità terapeutica.

(15) Comma così sostituito dall'art. 30, comma 1, lettera C), L.R. 7 gennaio 2004, n. 1, poi abrogato dall'art. 1, comma 2, lettera a), L.R. 7 febbraio 2006, n. 1. Il testo originario era così formulato: «7. Il responsabile del Distretto è scelto fra il personale sanitario avente qualifica dirigenziale dell'Unità

sanitaria locale. La Regione, sentite le Province interessate e l'ANCI regionale, articola il territorio dell'azienda USL in distretti, di norma sulla base dei seguenti criteri:

- a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;
- b) coincidenza dell'area distrettuale, ove possibile, con quella complessiva di una o più Circoscrizioni comunali o uno o più Comuni.

All'ambito territoriale del Distretto di area urbana possono essere aggregati Comuni limitrofi, per motivate ragioni di vincoli o potenzialità socio-economiche, di viabilità e consolidata mobilità della popolazione. È consentita deroga al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili in realtà montane o rurali con particolare dispersione della popolazione. Il Direttore generale della Unità sanitaria locale, entro sessanta giorni dalla nomina delibera la costituzione dei Distretti.».

Art. 27 Programmi di intervento di area specifica a tutela della salute.

1. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale, su proposta del Direttore sanitario, nomina i dirigenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, individuati con il piano sanitario nazionale e regionale.
2. Ai dirigenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute spetta coadiuvare il Direttore sanitario ed il Coordinatore dei servizi sociali nello svolgimento delle loro funzioni di sovraordinazione alla realizzazione dei programmi.
3. Il Direttore generale individua i dirigenti di cui al comma 1 del presente articolo, scegliendo fra il personale dell'Unità sanitaria locale avente qualifica dirigenziale.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

Capo IV - Controllo di qualità

Art. 28 Controllo di qualità.

1. La Regione, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, adotta in via ordinaria il metodo della rettifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo.
2. La Giunta regionale, al fine di valutare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, definisce un sistema di indicatori e di parametri di riferimento.
3. Il Direttore generale dell'Unità sanitaria locale assicura l'attivazione del sistema di indicatori di cui al precedente comma 2, ferma restando la possibilità di integrarli per ulteriori analisi a livello di Unità sanitaria locale.

Capo V - Finanziamento del Servizio sanitario regionale

Art. 29 Principi per la ripartizione delle risorse finanziarie.

1. La ripartizione della quota destinata al finanziamento delle spese necessarie per la gestione delle Unità sanitarie locali avviene, con provvedimento della Giunta regionale, in base a parametri su base capitaria riscritti alla popolazione residente, tenendo conto di particolari condizioni ambientali ed aspetti organizzativi, per il conseguimento dei livelli uniformi di assistenza.
2. In sede di ripartizione della quota destinata al finanziamento delle Unità sanitarie locali viene accantonata una quota di riserva destinata al graduale conseguimento del riequilibrio territoriale.
3. Le prestazioni sanitarie rese a cittadini residenti in altri ambiti territoriali sono compensate tra le Unità sanitarie locali, sulla base di certificazioni definite dalla Giunta regionale, in sede di assegnazione regionale delle quote di finanziamento.
4. La ripartizione della quota destinata al finanziamento degli investimenti avviene con provvedimento della Giunta regionale, che procede all'approvazione dei programmi e dei progetti di massima presentati da ciascuna Unità sanitaria locale, in relazione alle previsioni della programmazione sanitaria regionale. I programmi ed i progetti di massima presentati dalle Unità sanitarie locali devono essere accompagnati da una dettagliata analisi costo-beneficio.

5. La Giunta regionale provvede altresì a definire le quote di finanziamento ammesse per ciascun anno e per ciascun programma approvato.

TITOLO VI

Norme finali e transitorie

Capo I - Temporalizzazione del processo di riordino del Servizio sanitario regionale

Art. 30 Disposizioni per il primo funzionamento.

1. I Direttori generali delle Unità sanitarie locali sono immessi nelle funzioni alla data del 1° gennaio 1995. Gli stessi, in sede di prima nomina, esercitano anche le funzioni di Commissari liquidatori delle Unità sanitarie locali. Contestualmente decadono gli amministratori straordinari.
2. I Direttori generali delle Unità sanitarie locali, in via preliminare, individuano le strutture operative e definiscono le piante organiche delle stesse, previa verifica dei carichi di lavoro, nell'ambito dei contenuti della presente legge e degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale. I provvedimenti di definizione delle piante organiche sono sottoposti al controllo della Giunta regionale secondo le modalità dell'art. 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.
3. Entro sessanta giorni dalla data di adozione del regolamento di organizzazione dell'Unità sanitaria locale, il Direttore generale provvede alla definitiva assegnazione del personale e comunque entro i limiti qualitativi e quantitativi della pianta organica definitiva. Il Direttore generale, per comprovate e motivate esigenze di servizio, può disporre la mobilità del personale in conformità alle disposizioni legislative e contrattuali che disciplinano la materia.
4. Il personale del Servizio sanitario regionale in servizio al momento della costituzione delle Unità sanitarie locali è trasferito alle medesime ed è utilizzato nell'Unità operativa di appartenenza.
5. La Giunta regionale, informate le Organizzazioni sindacali, prima della immissione nella funzione dei Direttori generali, provvede a disciplinare:
 - a) i criteri per la gestione delle piante organiche provvisorie;
 - b) la formazione dei piani distributivi del personale tra le costituenti Aziende;
 - c) l'attuazione delle prime misure concernenti l'assetto organizzativo e funzionale aziendale e l'attribuzione delle connesse responsabilità dirigenziali.
6. All'atto del suo insediamento, il Direttore generale indice l'elezione del Consiglio dei sanitari.

Art. 31 Disposizioni in materia di gestione dei servizi socio-assistenziali.

1. Il personale dipendente degli enti locali, messo a disposizione per lo svolgimento di attività sociali nelle preesistenti Unità sanitarie locali, continua a svolgere le funzioni assegnate fermo restando quanto previsto dall'art. 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

Art. 32 Riorganizzazione assistenza ospedaliera.

1. Entro e non oltre trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, anche a stralcio del piano sanitario regionale, il Consiglio regionale approva la riorganizzazione della rete ospedaliera, nel rispetto delle disposizioni contenute nella legge 30 dicembre 1991, n. 412 e nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, emanato ai sensi della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e della legge 24 dicembre 1993, n. 537. Entro lo stesso termine il Consiglio regionale individua le Aziende ospedaliere destinate a centri di riferimento della rete dei servizi di emergenza. I Direttori generali delle Aziende ospedaliere di cui al presente articolo sono immessi nella funzione alla data del 1° gennaio 1995.
2. La riorganizzazione della rete ospedaliera deve perseguire:
 - a) la razionalizzazione e la riqualificazione dei servizi ospedalieri, ai fini di una più equilibrata distribuzione degli stessi sul territorio regionale, in relazione al fabbisogno della popolazione e all'ottimale utilizzazione delle risorse;

b) l'organizzazione di una rete di servizi conforme, anche per tipologia, alla normativa vigente, finalizzata a fornire ai cittadini le risposte più adeguate, in rapporto alle loro diverse esigenze assistenziali;

c) l'eliminazione dei ricoveri impropri per ricondurre la rete ospedaliera alla funzione propria;

d) la riconversione o la riduzione delle unità operative che nell'ultimo quinquennio presentano dati di funzionalità inferiori a quelli indicati dalla normativa di cui al primo comma del presente articolo;

e) la riconversione o la soppressione delle strutture ospedaliere che nell'ultimo quinquennio presentano una dotazione funzionale inferiore a n. 120 posti letto.

3. Il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è diretto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi e agli standards previsti dalla vigente normativa, con particolare riguardo alla dotazione complessiva dei posti letto nonché agli standards di attività e di efficienza;

b) riconduzione dell'Ospedale alle sue proprie funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie acute e di risposta alle emergenze sanitarie;

c) integrazione funzionale delle strutture ospedaliere tra di loro e con i servizi del territorio;

d) rimozione negli Ospedali delle cause di disfunzione sul piano organizzativo, al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse, anche tecnologiche, esistenti e riordino, su base omogenea e secondo parametri funzionali, delle piante organiche;

e) riconversione delle strutture ospedaliere, non rispondenti a criteri di funzionalità, efficienza ed economicità, in strutture extraospedaliere residenziali o non residenziali, nell'ambito delle tipologie previste dalla vigente normativa;

f) dimensionamento e razionalizzazione della rete delle case di cura accreditate, in relazione al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale programmato.

Art. 33 Riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera.

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, in attuazione delle linee programmatiche e di indirizzo e in conformità alle prescrizioni della presente legge, provvede, previa verifica della situazione esistente, alla quantificazione dei posti letto complessivi, distinti per area funzionale e disciplina, delle singole Unità sanitarie locali, così come risultanti a seguito del riassetto previsto dall'art. 3, comma 5, lett. a), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di ciascun complesso ospedaliero individuato per essere costituito in Azienda ospedaliera in attuazione del decreto legislativo stesso.

2. La Giunta regionale, nel definire l'assetto organizzativo degli Ospedali, accorpa, di norma ai fini funzionali e tenuto conto del bacino di utenza e della specificità del territorio, quelli ubicati nell'ambito della stessa Unità sanitaria locale, che non siano destinati ad essere costituiti in Aziende ospedaliere, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. Nell'ambito dei provvedimenti di cui ai commi precedenti, sono stabiliti i tempi di realizzazione della riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, assegnando priorità ai servizi connessi alle emergenze sanitarie.

Art. 34 Ospedali al di sotto di 120 posti letto.

1. Le strutture ospedaliere gestite direttamente dalle Unità sanitarie locali, con una dotazione di posti letto inferiore a 120 nell'ultimo quinquennio, sono riconvertite come segue:

a) accorpamento, previa eventuale trasformazione, anche parziale, dei relativi servizi, nell'ambito del presidio ospedaliero di Unità sanitaria locale, ridefinendo la distribuzione complessiva dei servizi e dei posti letto e favorendo la realizzazione delle strutture polyvalenti di cui alla successiva lettera b), anche con riferimento ai bacini di utenza e tenuto conto della fluttuazione della popolazione;

b) variazione del tipo di destinazione ai fini sanitari mediante trasformazione in strutture extraospedaliere poliambulatoriali, in residenze sanitarie assistenziali o in altre strutture

residenziali o semiresidenziali non ospedaliere, privilegiando la realizzazione di strutture polivalenti;

c) disattivazione ai fini della variazione di destinazione per usi non sanitari per quei presidi che risultino non utilizzabili ai fini sanitari, avuto riguardo allo stato e qualità delle strutture edilizie, nonché alla funzionalità ed economicità della gestione e che si trovino in ambiti territoriali che dispongono dei previsti standard di posti letto.

Art. 35 Organizzazione nelle aree funzionali - Dipartimenti.

1. Le Unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, ove costituite, nonché le istituzioni di cui agli articoli 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro sessanta giorni dalla data di comunicazione dei provvedimenti regionali di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, presentano alla Regione, assessorato sanità, una proposta per attuare, nell'ambito delle strutture ospedaliere di competenza, il modello organizzativo delle aree funzionali omogenee di cui al comma 3 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con presenza obbligatoria del day hospital e di spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e posti letto per le camere a pagamento. L'istituzione del day hospital è effettuata attraverso la riconversione di una quota parte dei posti letto complessivi. I posti letto da destinare alla istituzione delle camere a pagamento, nonché quelli riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non sono compresi nello standard dei posti letto per mille abitanti.

2. Il modello organizzativo di cui al precedente comma 1 deve prevedere l'organizzazione dell'Ospedale in Dipartimenti, collegati funzionalmente anche con le strutture extraospedaliere.

3. Le proposte di cui al comma 1 del presente articolo sono approvate con deliberazione della giunta regionale, previa verifica della loro compatibilità con la programmazione regionale e della loro rispondenza alle direttive della Regione. Nella stessa deliberazione sono indicati, per ogni presidio, i tempi di realizzazione del modello organizzativo delle aree funzionali omogenee, in funzione delle risorse effettivamente a disposizione.

4. I provvedimenti della Giunta regionale sono adottati sentita la competente Commissione consiliare permanente] ⁽¹⁶⁾.

(16) Articolo abrogato dal secondo comma dell'art. 62, L.R. 6 maggio 1998, n. 14.

Art. 36 Istituti di ricovero e cura obbligatoriamente convenzionati con il Servizio sanitario regionale.

1. I rapporti convenzionali con le istituzioni indicate agli articoli 39, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 vengono ridefiniti sulla base delle linee di programmazione e di indirizzo di cui alla presente legge.

2. L'istituzione di nuove Divisioni e Servizi universitari, ivi compresi quelli connessi ad esigenze didattiche e di ricerca, che comportino nuovi oneri a carico del Servizio sanitario regionale, è attuata d'intesa tra Regione e Università, nell'ambito del fabbisogno complessivo di Servizi ospedalieri definito ai sensi del precedente art. 32, nel rispetto della normativa contenuta nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. L'istituzione di nuove Divisioni e Servizi ospedalieri da parte degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale, tenuto conto dell'attività di ricerca scientifica biomedica svolta dagli stessi. È altresì soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale l'istituzione di nuove Divisioni di cui all'art. 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché le variazioni di organico che comportino nuovi oneri di spesa ovvero modificazioni dell'assetto organizzativo della struttura.

4. La Giunta regionale, ai fini dell'adozione dei provvedimenti di cui ai precedenti commi, è tenuta ad acquisire il parere della competente Commissione permanente del Consiglio regionale, che si esprime entro il termine perentorio di trenta giorni dal ricevimento della richiesta.

5. L'eventuale riconoscimento quale presidio dell'Unità sanitaria locale delle strutture di cui al secondo comma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 potrà, essere previsto nell'ambito

del piano sanitario regionale, da emanarsi a norma dell'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 37 Case di cura private accreditate.

1. Le convenzioni con le Case di cura private decadono alla data di entrata in vigore della presente legge. Le stesse continuano a produrre effetti fino al termine indicato nei provvedimenti di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera nei quali è indicato il fabbisogno di attività ospedaliere da accreditare, distinte per disciplina in conformità ai criteri di seguito indicati e comunque non oltre il 31 dicembre 1996:

- a) complementarietà ed integrazione delle attività svolte dalle Case di cura private rispetto a quelle dei presidi ospedalieri pubblici;
- b) accreditamento delle Case di cura private per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti strutturali organizzativi e funzionali previsti dalle leggi vigenti;
- c) accreditamento delle Case di cura che, per l'insieme delle tecnologie sanitarie e la presenza di più specialità, offrano migliori garanzie di assistenza in rapporto alle patologie da trattare.

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli artt. 127 della Costituzione 58 e 60 dello Statuto ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Delib.G.R. 16 febbraio 1996, n. 229⁽¹⁾.

Regolamento organizzazione generale art. 14 L.R. 28 dicembre 1994, n. 36. (1) Pubblicato nel B.U. Puglia 13 settembre 1996, n. 98.

La Giunta

Udita la relazione dell'Assessore:

Omissis

Delibera

Di approvare il regolamento di organizzazione delle Aziende UU.SS.LL. e delle Agenzie ospedaliere, ai sensi dell'art. 14 della L.R. 28 dicembre 1994, n. 36, allegato al presente atto e che costituisce parte integrante dello stesso quale atto vincolante per le stesse;
di riservarsi eventuali modificazioni e/o integrazioni che potranno scaturire dalla sua sperimentazione;
di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P. ai sensi dell'art. 6 della L.R. 12 aprile 1994, n. 13.

Allegato

Regolamento di organizzazione delle aziende UU.SS.LL.

Introduzione e riferimenti normativi

Il presente Regolamento è emanato a sensi dell'art. 14 della L.R. 28 dicembre 1994, n. 36 e stabilisce il modello organizzativo delle Aziende USL nel rispetto delle direttive di cui all'articolo sopra citato e nell'ambito della autonomia organizzativa e programmatica delle Regioni derivata dal D.Lgs. n. 502/92 così come modificate dal D.Lgs. n. 517/93.

Il presente Regolamento è finalizzato a dare alle Aziende USL un assetto organizzativo che consenta di erogare l'insieme di prestazioni alle quali è necessario garantire uguali opportunità di Accesso per i cittadini -utenti al fine di assicurare i livelli uniformi di Assistenza sanitaria così come definiti dal PSN 1994/96.

Inoltre, il modello organizzativo previsto tende a garantire l'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 517/93 nonché dell'art. 13 della L.R. n. 36/1994 anche considerando come prioritaria la partecipazione dei cittadini-utenti alla valutazione della qualità delle prestazioni rese.

Organizzazione della Direzione Generale

Ferme restando la composizione della Direzione Generale e le attribuzioni funzionali del Direttore Generale, del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Coordinatore dei Servizi Sociali dell'Azienda USL così come previste dal D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni nonché dalla L.R. n. 36/1994, sono alle dirette dipendenze del Direttore Generale, ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 36/1994, "l'Unità controllo di gestione", la "Struttura burocratica legale per l'assunzione del patrocinio e la consulenza" e "L'Unità operativa per le attività di statistica e di epidemiologia".

Inoltre, a livello di staff della Direzione Generale della Azienda è collocato l'Ufficio relazioni con il pubblico.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Coordinatore dei Servizi Sociali, nell'espletamento delle attività inerenti l'attuazione delle relative competenze, sono coadiuvati da una segreteria con competenze in materia di protocollo/archivio, segreteria telefonica, confezione e smistamento della corrispondenza, agenda degli appuntamenti, filtro e selezione delle attività, gestione degli aspetti relazionali, istruttoria degli atti secondo modelli di rapporto che, al di là di aspetti più marcatamente esecutivi, privilegiano quelli della partecipazione e del coinvolgimento.

Nei compiti sono altresì compresi la tenuta dei registri delle deliberazioni, la pubblicazione degli atti, la trasmissione dei provvedimenti al competente organo di controllo.

1. Unità controllo di gestione

L'unità controllo di gestione è composta da operatori dipendenti dalla Azienda USL scelti dal Direttore Generale che esercitano la funzione agli stessi attribuita, per tutta la durata dell'incarico del Direttore Generale. L'incarico di che trattasi può essere revocato in qualsiasi momento. L'incarico viene conferito con provvedimento motivato che giustifichi il numero e le competenze degli operatori. Con lo stesso provvedimento viene conferito il coordinamento dell'attività.

L'Unità controllo di gestione assicura il supporto operativo e tecnico adeguato alle attività di valutazione e controllo, dei rendimenti e dei risultati dell'attività sanitaria, nonché delle attività di verifica dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. A tal fine coadiuva il Direttore Generale nella definizione di:

- convalida e certifica le caratteristiche quali-quantitative delle risorse impegnate nei processi operativi posti sotto controllo;
- analizza i processi operativi finalizzati alla ottimizzazione delle pratiche sanitarie e amministrative;
- monitorizza i risultati dell'attività aziendale in riferimento allo stato di salute della popolazione, ai livelli di rendimento del sistema, ai costi delle prestazioni e alla qualità delle medesime;
- redige i rapporti periodici sullo stato di avanzamento del budget;
- redige il rapporto annuale finale con il sistematico confronto tra i dati di budget e di consuntivo per evidenziare gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello delle strutture operative dell'Unità sanitaria locale;
- valuta la qualità delle prestazioni sanitarie e dei servizi attraverso un sistema di indicatori relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'esistenza, del diritto di informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento dell'attività di prevenzione delle malattie individuato dalla A.S.U.L. secondo il metodo indicato dalla "Carta dei servizi pubblici sanitari" di cui al D.P.C.M. 19 maggio 1995.

A tal fine l'unità di controllo di gestione opera in stretta collaborazione con gli Uffici Relazioni con il pubblico.

2. Struttura burocratica legale

Alla "Struttura burocratica legale" è preposto un avvocato in possesso dei requisiti per ottenere l'iscrizione negli elenchi speciali dell'albo professionale.

La Struttura burocratica legale:

- concorre alla formazione delle strategie di conduzione dell'Azienda quando richiedano studio ed interpretazione del diritto in tutta la gamma delle sue espressioni;
- fornisce attività di consulenza interna nelle materie giuridiche assicurando la propria collaborazione anche in materia di elaborazione di regolamenti inerenti all'attività dell'Azienda;
- individua le scelte necessarie alla composizione del contenzioso;
- assume il patrocinio.

3. Unità operativa per l'attività statistica ed epidemiologica

Il Direttore Generale individua come referente per l'Unità Operativa per l'attività statistica ed epidemiologica un medico dell'Area di Prevenzione e Sanità Pubblica con priorità per gli specializzati in discipline dell'area di cui sopra ad indirizzo statistico-epidemiologico o, in mancanza, in possesso di specializzazione ricompresa nell'area di prevenzione e sanità pubblica.

L'Unità operativa "Attività statistica ed epidemiologica" costituisce la struttura di statistica e di epidemiologia dell'Azienda - ai sensi del D.Lgs. 6 settembre 1989, n. 322 - e il riferimento funzionale dell'Osservatorio epidemiologico regionale - ai sensi della L.R. 1° aprile 1985, n. 14.

A tal fine:

- promuove e realizza la rilevazione, l'elaborazione, la diffusione e l'archiviazione dei dati che interessano l'unità sanitaria locale di competenza, nell'ambito del programma statistico nazionale e regionale;
- predispone il programma annuale di attività del sistema informativo;
- ho accesso a tutti i dati statistici in possesso delle "direzioni operative" dell'unità sanitaria locale di appartenenza;
- fornisce i dati informativi per il programma statistico nazionale, per la programmazione regionale ed aziendale;
- collabora con le altre amministrazioni, in specie provinciali e comunali, per l'esecuzione delle rilevazioni necessarie per il programma statistico nazionale, per la programmazione regionale ed aziendale;
- contribuisce alla promozione e allo sviluppo informatico ai fini statistici degli archivi gestionali e delle raccolte di dati amministrativi;
- attua l'interconnessione ed il collocamento del sistema informativo dell'unità sanitaria locale di appartenenza con il sistema statistico nazionale e regionale;
- promuove e realizza la rilevazione, l'elaborazione, la diffusione e l'archiviazione delle informazioni sullo stato e sulla domanda di salute della popolazione che interessano l'unità sanitaria locale di competenza, secondo le tecniche della statistica, della sociologia della salute e dell'epidemiologia;
- elabora i dati raccolti attinenti a problemi di carattere socio-sanitario, per il loro utilizzo nella programmazione regionale ed aziendale;
- fornisce all'Osservatorio Epidemiologico regionale le informazioni relative alle indagini epidemiologiche promosse dalla Regione;
- predispone la relazione annuale sullo stato sanitario della popolazione dell'ambito territoriale della USL anche in funzione della programmazione regionale ed aziendale.

4. Ufficio relazioni con il pubblico (URP)

L'URP, di cui all'*art. 12 del D.Lgs. n. 29/93* ed alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994, è istituito come organismo che promuove la partecipazione e assicura la tutela dei diritti del cittadino-utente.

All'URP è assegnato, nell'ambito della dotazione organica dell'Azienda USL, personale con idonea qualificazione ed elevata capacità di avere contatti con il pubblico, approfondita conoscenza dell'amministrazione di appartenenza, adeguatamente formato ai temi della comunicazione, delle dinamiche relazionali, della conoscenza e della gestione delle informazioni e dotato di idonei strumenti di raccolta e consultazione dei dati.

All'Ufficio è proposto un Responsabile in possesso di qualifica dirigenziale.

Funzionalmente l'URP fa capo al Direttore Amministrativo.

L'URP è articolato in "punti d'informazione" nella misura di almeno uno per ciascuna struttura operativa.

L'URP e i "punti d'informazione" sono ubicati in locali facilmente accessibili e ben individuabili (anche attraverso la predisposizione di apposita segnaletica) in assenza di barriere architettoniche e dotati di spazi che garantiscano la riservatezza delle richieste dell'utenza.

L'URP anche attraverso "i punti d'informazione" adempie a tutti i compiti previsti dall'*art. 12 del D.Lgs. n. 29/93* in tema di applicazione della *L. 241/90* nonché a quanto previsto dall'*art. 14 del D.Lgs. n. 502/92* come modificato dal *D.Lgs. n. 517/93* e dall'*art. 13 della L.R. n. 36/1994* in tema di partecipazione e di tutela del cittadino-utente.

In particolare, l'URP, anche attraverso i "punti d'informazione":

- assicura in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso e sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e partecipazione ai sensi della *L. n. 241/90*;
- promuove la realizzazione di materiale informativo, divulgativo e di rilevazione delle informazioni compresa la "Carta dei servizi" di cui alla *L. 11 luglio 1995, n. 273* realizzata secondo le linee guida n. 2/95 emanale dal Ministero della Sanità;

- provvede al monitoraggio della domanda dei cittadini e alla rilevazione del gradimento dei servizi, anche ai fini della valutazione del livello qualitativo delle prestazioni secondo il metodo indicato dalla "Carta dei Servizi pubblici sanitari".

A tal fine l'URP:

- predispone almeno annualmente relazione sull'attività di monitoraggio svolta e la porta a conoscenza della cittadinanza;

- secondo le modalità previste dagli artt. 2, 3, 4 e 5 del "Regolamento di Pubblica Tenuta" di cui all'allegato 1 della "Carta dei Servizi Pubblici sanitari", riceve le osservazioni, le opposizioni, le denunce e i reclami presentati da utenti, parenti o affini, organismi di volontariato o di tutela dei diritti, ne garantisce l'istruzione provvedendo a dare tempestiva risposta per le segnalazioni complesse alla direzione della USL, tornando il relativo parere, per la decisione di merito.

Il personale del "punto d'informazione" opera in stretta collaborazione con il dirigente della struttura operativa presso la quale è istituito.

I "punti d'informazione" del presidio ospedaliero oltre alle funzioni proprie dell'URP assolvono anche alla funzione di "accoglienza".

A tale scopo viene individuato personale del ruolo sanitario o tecnico del presidio presso il quale l'URP è istituito e che opera:

- instaurando relazioni con l'utente tali da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;

- collaborando con le Associazioni di Volontariato e con gli Organismi di tutela dei cittadini;

- curando l'accoglienza dell'utente, soprattutto per quanto attiene i ricoveri improvvisi, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della struttura;

- educando l'utente ad un corretto utilizzo dei Servizi Sanitari.

L'URP si avvale dell'attività della "Commissione mista Conciliativa" nelle forme e secondo le modalità di cui all'art. 8 del suddetto "Regolamento di Pubblica Tutela".

Organizzazione delle Direzioni Operative

Le Direzioni operative di cui all'art. 15 della L.R. n. 36/1994 sono dirette da un dirigente apicale nominato dal Direttore Generale sulla base dei criteri di cui all'art. 14 della stessa L.R. n. 36/1994 come di seguito precisato, tenendo conto di quanto previsto dall'art. 26 del D.Lgs. n. 29/93 e dagli artt. 15 e 18 del D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 517/93 relativamente all'inquadramento nella qualifica dirigenziale del personale dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo e del ruolo sanitario.

Le Direzioni operative sono articolate al loro interno in unità operative e queste in uffici.

Il Responsabile di unità operativa è nominato dal Direttore Generale su proposta del Dirigente di struttura o di area tra il personale dirigenziale in possesso di titoli specifici per le funzioni da svolgere, nel rispetto degli inquadramenti per disciplina per quanto riguarda i responsabili medici.

Aree

1. Area gestione del personale

Il Dirigente dell'area "Gestione del Personale" è nominato tra i dirigenti apicali del ruolo amministrativo

L'area "Gestione del Personale" assolve ai seguenti compiti:

- gestisce le procedure concorsuali ed il reclutamento del personale dipendente, nonché l'instaurazione e la gestione del rapporto di lavoro del personale convenzionato;

- cura lo stato giuridico ed economico del personale dipendente;

- provvede alle cessazioni del rapporto di lavoro ed al trattamento di quiescenza e previdenza;

- cura gli affari attinenti il contratto di lavoro del personale;

- svolge attività in materia di organizzazione generale, procedure di metodi di lavoro,

- cura i rapporti con le Organizzazioni Sindacali

L'area è articolata nelle seguenti unità operative:

- U.O. assunzioni, concorsi e gestione del ruolo;
- U.O. trattamento giuridico, economico e previdenziale;
- U.O. contrattazione e rapporti con le OO.SS.;
- U.O. gestione amministrativa del personale convenzionato.

2. Area "Gestione delle risorse finanziarie"

Il Dirigente dell'Area "Gestione delle risorse finanziarie" è nominato tra i dirigenti apicali del ruolo amministrativo.

L'area "Gestione risorse finanziarie" assolve ai seguenti compiti:

- provvede all'impostazione ed alla redazione dei bilanci;
- provvede alla tenuta della contabilità, ivi compresi i rendiconti trimestrali ed annuali e le denunce tributarie annuali;
- provvede alla raccolta ed alla elaborazione dei dati relativi alle previsioni delle entrate;
- provvede agli adempimenti connessi agli impegni di spesa, assunti dalle direzioni operative e ne certifica la capienza negli stanziamenti di bilancio;
- predispone i mandati di pagamento e gli ordinativi di incasso;
- provvede alla tenuta delle scritture e dei libri contabili;
- cura i rapporti con il tesoriere dell'azienda;
- svolge attività di studio, ricerca; documentazione ed elaborazione in materia di programmazione della spesa.

L'area è articolata nelle seguenti unità operative:

- U.O. contabilità e riscontro;
- U.O. impegni e liquidazioni.

Sino alla chiusura delle gestioni pregresse delle disciolte unità sanitarie locali, è aggiunta una O.U. per i conseguenti adempimenti di liquidazione delle gestioni stralcio ivi compresa la predisposizione conti consuntivi.

3. Area gestione tecnica

Il dirigente dell'Area "Gestione Tecnica" è nominato tra i dirigenti apicali del ruolo professionale ingegneri.

L'Area gestione tecnica sotto la diretta responsabilità, del Dirigente la gestione tecnica, assolve ai seguenti compiti:

- Cura la manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni immobili e mobili, garantendo il corretto esercizio dell'impiantistica di servizio;
- provvede in particolare alle operazioni di stima, alle perizie tecniche, alla progettazione, alla direzione ed esecuzione di nuove costruzioni ed impianti;
- cura i procedimenti di attuazione di ogni singolo intervento per le fasi della progettazione, dell'affidamento e dell'esecuzione dello stesso; in particolare, il Dirigente dell'Area svolge le funzioni di coordinatore unico di cui all'art. 7 della L. 11 febbraio 1994, n. 109, Legge quadro in materia di lavori pubblici, come modificata dalla L. 216/95;
- provvede ad ogni altro adempimento anche di natura amministrativa collegato alla gestione tecnica del patrimonio mobiliare ed immobiliare;
- cura la manutenzione delle apparecchiature medicali;
- tiene e aggiorna annualmente l'inventario dei beni immobili, ai sensi dell'art. 50 e seguenti della L.R. n. 38/1994;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di adeguamento tecnologico degli impianti.

L'organizzazione dell'area gestione tecnica si articola nelle seguenti unità operative:

- U.O. manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture edilizie e degli impianti tecnologici;
- U.O. costruzioni ristrutturazioni, adeguamenti (Progettazioni, Direzione lavori, accatastamenti, inventario);

- U.O. manutenzione apparecchiature elettromedicali (verifica di rispondenza a norme C.E.I. funzionalità apparecchiature).

4. Area "Gestione servizio farmaceutico"

Il Dirigente dell'Area "Gestione Servizio Farmaceutico" è nominato tra i dirigenti apicali del ruolo sanitario, profilo professionale "Farmacisti".

L'area "Gestione Servizio Farmaceutico" ha competenze territoriali ed assolve ai seguenti compiti:

- predispone piani di educazione ed informazione sul farmaco;
- vigila sulla corretta applicazione delle convenzioni nazionali in materia di assistenza farmaceutica;
- garantisce il funzionamento della commissione di vigilanza sulla farmacie;
- svolge tutte le attività istruttorie in tema di farmacia extraospedaliera, inclusi gli aspetti amministrativi;
- coordina l'assistenza farmaceutica integrativa a livello di strutture extraospedaliere;
- svolge attività di monitoraggio della spesa farmaceutica extraospedaliera e ne attua i correttivi per il suo contenimento;
- svolge attività di studio, di analisi e di controllo quali-quantitativo nei confronti delle prescrizioni farmaceutiche;

L'area "Gestione del Servizio Farmaceutico" si articola nelle seguenti unità operative;

- U.O. farmacosorveglianza e controllo spesa farmaceutica;
- U.O. vigilanza su farmacie pubbliche e private convenzionate;

5. Area "Gestione del patrimonio"

Il Dirigente dell'Area "Gestione del Patrimonio" è nominato tra i Dirigenti apicali del ruolo amministrativo.

L'area "Gestione del Patrimonio" assolve ai seguenti compiti:

- tiene ed aggiorna annualmente l'inventario dei beni mobili, con l'indicazione dei relativi consegnatari, ai sensi dell'art. 50 e seguenti della L.R. n. 38/1994;
- cura gli adempimenti relativi all'acquisto ed alla fornitura di beni e servizi, predispone i capitolati, di appalto, cura gli adempimenti conseguenti, procede agli appalti ed alla redazione dei contratti;
- controlla la regolare esecuzione dei contratti;
- svolge attività di studio, ricerca, documentazione ed elaborazione in materia di acquisizione di beni e servizi, anche in "economia".

L'area "Gestione del Patrimonio" è articolata nelle seguenti unità operative:

- U.O. inventario beni mobili;
- U.O. appalti e contratti.

6. Area "Coordinamento servizi sociali"

All'area "Coordinamento Servizi Sociali" compete la gestione delle attività socio-assistenziali delle Unità Sanitarie Locali ed in particolare:

- a) interventi in favore della popolazione anziana, in attuazione della Delib.G.R. 22 aprile 1994, n. 848 "Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani".
- b) attività di sostegno al reinserimento sociale e lavorativo dei portatori di disagio psichico, dei tossicodipendenti e degli alcolisti;
- c) attività a tutela della famiglia e della popolazione minorile;
- d) attività di informazione e consulenza sulle prestazioni erogate dall'Unità sanitaria locale e dai Comuni.

Il Dirigente dell'Area di coordinamento dei Servizi Sociali viene scelto tra i dipendenti appartenenti al ruolo tecnico.

In caso di assunzione di delega da parte delle Unità Sanitarie locali di funzioni socio-assistenziali di competenza dei Comuni ai sensi dell'art. 11 della L.R. n. 36/1994, coadiuverà il Coordinatore dei Servizi Sociali di cui all'art. 19 della richiamata L.R. n. 36/1994 nello svolgimento delle attività di

indirizzo e supporto nei confronti dei responsabili delle Unità operative dell'Azienda per i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Strutture

1. Ospedale

L'Ospedale garantisce l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera attraverso il ricovero urgente, il ricovero ordinario, il ricovero programmato, anche in day-hospital, nonché le prestazioni medico specialistiche ambulatoriali, comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio.

L'ospedale ha autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda USL, basata sui principi dei preventivi e dei consuntivi dell'attività e dei costi per centri di responsabilità.

Nelle aziende sanitarie locali, in riferimento alla rete ospedaliera di cui al *Reg. reg. n. 18/2010*, al *Reg. reg. n. 19/2011* e al *Reg. reg. n. 11/2012* le unità operative complesse sanitarie ed amministrative di ospedale devono essere rimodulate, prevedendo:

- a) istituzione di una struttura complessa di Direzione Medica di Presidio per ogni ospedale;
- b) istituzione di una unità operativa complessa amministrativa negli ospedali dotati di almeno 600 p.l. ovvero per l'espletamento delle funzioni proprie in riferimento a più ospedali la cui aggregazione comporti il raggiungimento di almeno 600 p.l.
- c) azzeramento delle strutture complesse di Direzione Medica di Presidio e struttura complessa amministrativa negli ospedali classificati plessi aggregati ad ospedali di base, di livello intermedio e di riferimento;

Il diciannovesimo capoverso, quarta alinea è soppresso ed è sostituito dal seguente:

Le funzioni delle uu.oo. complesse amministrative sono le seguenti:

- a) predisposizione e revisione del bilancio e predisposizione del conto consuntivo all'interno del bilancio dell'Azienda Sanitaria Locale, tenuta della contabilità, gestione delle entrate e delle uscite;
- b) la gestione economica (tenuta degli inventari, controllo delle merci ricevute, statistica dei consumi, predisposizione dei relativi atti di liquidazione);
- c) gestione amministrativa del personale;
- d) accettazione amministrativa dei ricoveri, azioni di rivalsa, controllo dei ROD ⁽²⁾.

Le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito dell'Atto aziendale per le suddette uu.oo. complesse individuano le articolazioni organizzative nel rispetto dei limiti numerici di cui alla *Dellb.G.R. n. 1388/2011* ⁽³⁾.

Ai sensi dell'art. 4, comma 9, del *D.Lgs. n. 502/92* come modificato dal *D.Lgs. n. 517/93*, nonché dell'art. 23, comma 2, della *L.R. n. 36/1994* il dirigente medico è un medico del 2° livello dirigenziale in possesso dell'idoneità nazionale alle funzioni direttive di cui all'art. 17 del *D.Lgs. n. 502/92* come modificato dal *D.Lgs. n. 517/93*.

Fino alla pubblicazione dell'elenco dei candidati che hanno superato i primi esami di idoneità di cui sopra, l'incarico di dirigente medico del presidio ospedaliero può essere conferito ad un direttore sanitario di ruolo in possesso dell'idoneità nazionale nella disciplina "Igiene ed organizzazione dei servizi ospedalieri" che presenti maggiori titoli da valutare secondo i criteri previsti, per il relativo concorso, dal *D.M. 30 gennaio 1982*, pubblicato sul supplemento ordinario della GU. n. 51 del 22 febbraio 1982.

Il Dirigente medico fa parte di diritto del Consiglio dei sanitari.

Il Dirigente amministrativo è un dirigente apicale del ruolo amministrativo.

Al dirigente medico ed al dirigente amministrativo sono attribuite le funzioni di cui al 2° comma dell'art. 23 della *L.R. n. 36/1994*. Essi concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale.

Essi inoltre, secondo le rispettive competenze, provvedono:

- alla gestione dei servizi generali della struttura;
- alla tenuta ed all'aggiornamento dell'inventario di struttura di cui sono consegnatari e dell'elenco dei sub-consegnatari;

- nell'ambito dei poteri di spesa e nei limiti del bilancio, alle provviste dei beni e servizi, sulla base dei contratti stipulati dall'area del patrimonio; agli acquisti in economia sulla base del relativo regolamento, al riscontro delle fatture dei fornitori ed alla proposta di liquidazione;
- ad effettuare le piccole spese d'urgenza.

Ai sensi dell'art. 22 della L.R. n. 36/1994 l'Ospedale è organizzato in Dipartimenti dotati di budget prefissato. Ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 517/93, all'interno dei Presidi Ospedalieri sono riservati adeguati spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria, nonché una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% di posti letto per l'istituzione di camere a pagamento.

Il ricovero nelle camere a pagamento è soggetto a particolari tariffe comprendenti:

- a) particolari comfort alberghieri aggiuntivi;
- b) prestazioni sanitarie in regime di attività libero-professionale in costanza di ricovero.

L'utente può optare anche per i soli comfort alberghieri: le relative tariffe (a e b), al fine di garantire una piena attuazione del diritto di scelta, sono portate alla sua conoscenza prima del ricovero.

Ai sensi dell'art. 3, comma 8, della legge n. 724/94 ciascun Ospedale predispone il "Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio" contenente l'elenco delle prestazioni eseguibili, il codice numerico di ciascuna di esse, la sede di erogazione, i tempi medi di attesa per la loro fruizione e l'ammontare della somma da pagare da parte dell'assistito a tariffa intera, per ticket proporzionale o per quota fissa.

I dati sopra elencati contenuti nel registro, ferma restando la salvaguardia della riservatezza della persona, devono essere messi a disposizione del pubblico.

Ai sensi dell'art. 3, comma 8, della L. n. 724/94 ciascun ospedale predispone il "Registro dei ricoveri ospedalieri ordinari", contenente l'elenco delle attività svolte ed i tempi massimi di attesa per reparto e per le principali patologie.

Tali dati, ferma restando la salvaguardia della riservatezza della persona, dovranno essere messi a disposizione del pubblico presso l'URP del presidio ospedaliero.

Il Dirigente Medico di Presidio è responsabile dei registri suddetti e della gestione delle liste di attesa in ordine cronologico, salvo patologie di particolare gravità.

Il Presidio Ospedaliero si articola nelle seguenti unità operative:

- U.O. Direzione Sanitaria.

Costituisce l'U.O. della quale si serve il dirigente medico di presidio per l'espletamento dei compiti connessi alle funzioni di:

- a) organizzazione e sorveglianza igienico-sanitaria delle attività di diagnosi, cura e riabilitazione e gestione del relativo personale medico e sanitario ausiliario, tecnico ed infermieristico (destinazione, turni di servizio, pronte disponibilità, lavoro straordinario, ecc.) anche relativamente all'aggiornamento ed alla vigilanza disciplinare;
- b) valutazione delle trasformazioni edilizie e delle innovazioni impiantistiche e tecnologiche, sulle quali esprime parere ai fini sanitari;
- c) rilevazioni statistiche, flussi informativi e controlli delle SDO;
- d) vigilanza sugli approvvigionamenti necessari per il funzionamento sanitario dell'Ospedale e per il mantenimento dell'infermo;
- e) promozione dell'educazione sanitaria, dell'attività culturale, scientifica e didattica dell'Ospedale;
- f) vigilanza sulla biblioteca medica e sull'archivio delle cartelle cliniche e sul rilascio delle cartelle cliniche e delle certificazioni sanitarie;
- g) gestione sanitaria del budget di concerto con la Direzione Amministrativa.

La Direzione Sanitaria dei presidi ospedalieri individuati ai sensi della L.R. n. 36/1994 si articola nei seguenti Uffici, previo parere della Giunta regionale;

- 1) Segreteria;
- 2) Ufficio statistica ed organizzazione sanitaria;
- 3) Archivio cartelle cliniche e biblioteca medica;
- 4) Ufficio assistenza sanitaria e sociale;

5) Ufficio per l'organizzazione dei servizi e del personale sanitario, sanitario ausiliario, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari al quale è preposto personale infermieristico con mansioni di coordinamento diretto da operatori professionali dirigenti;

6) Ufficio di dietetica ove non esista una unità operativa autonoma di dietologia.

- U.U.OO. di diagnosi, cura, riabilitazione delle varie discipline così come individuate dal piano di riordino della rete ospedaliera regionale ciascuna diretta da un medico del 2° livello dirigenziale della disciplina considerata in possesso di apposita idoneità nazionale;

- U.O. "Farmacia Ospedaliera", diretta da un farmacista del 2° livello dirigenziale, con i seguenti compiti:

a) approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario di competenza; la predisposizione degli atti di liquidazione; la gestione del magazzino dei farmaci e del materiale sanitario; la distribuzione dei farmaci, dei disinfettanti, diagnostici, reattivi, presidi medico-chirurgici, materiale di medicazione, materiali protesici e dialitici;

b) controllo analitico, secondo le norme della farmacopea ufficiale, delle sostanze medicamentose usate e del materiale di medicazione, nonché controllo sulla corretta conservazione dei farmaci;

c) informazione al personale sanitario sulle sostanze ed i materiali usati nel trattamento dei malati e nell'uso dei disinfettanti.

- Le U.U.OO. di diagnosi, cura e riabilitazione operano secondo forme di integrazione dipartimentale ai sensi dell'art. 22 della L.R. n. 36/1994.

- U.U.O.O. Direzione Amministrativa.

Costituisce l'U.O., della quale si serve il dirigente amministrativo di presidio per l'espletamento dei compiti connessi alle funzioni di:

a) predisposizione e revisione del bilancio e predisposizione del conto consuntivo all'interno del bilancio della USL. tenuta della contabilità, gestione delle entrate e delle uscite;

b) la gestione economica (tenuta degli inventari; controllo delle merci ricevute; statistica dei consumi; predisposizione dei relativi atti di liquidazione);

c) gestione-amministrativa del personale;

d) accettazione amministrativa dei ricoveri, azioni di rivalsa controllo dei ROD.

Per l'espletamento dei compiti di cui sopra la Direzione Amministrativa si articola in uffici in relazione alla dimensione della struttura.

2. Dipartimento di prevenzione

Oltre alle funzioni di cui al 6° comma dell'art. 24 della L.R. n. 36/1994 il Dirigente del Dipartimento di prevenzione provvede:

- alla gestione dei servizi generali della struttura;

- alla tenuta e all'aggiornamento dell'inventario di struttura del quale è consegnatario;

- nell'ambito dei poteri di spesa e nei limiti del budget, alle provviste dei beni e servizi, sulla base dei contratti stipulati dall'area del patrimonio; agli acquisti in economia sulla base del relativo regolamento; al riscontro delle fatture dei fornitori ed alla proposta di liquidazione;

- ad effettuare le piccole spese di urgenza.

Il Dipartimento svolge funzioni di prevenzione, controllo e vigilanza in materia di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti, di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di igiene veterinaria, che non trovano e non possono trovare altra collocazione che nelle Strutture pubbliche con riferimento alla normativa statale a tutela della salute collettiva.

L'organizzazione della struttura è quella riportata nell'allegato A al presente regolamento.

3. Distretto socio-sanitario

Il Distretto socio-sanitario è diretto da un Dirigente individuato tra il personale sanitario avente qualifica dirigenziale.

Le attribuzioni del Dirigente del Distretto socio-sanitario sono quelle indicate al comma 4 dell'art. 26 della L.R. n. 36/1994.

Egli, inoltre, provvede:

- alla gestione dei servizi generali della struttura;
- alla tenuta e all'aggiornamento dell'inventario di struttura del quale è consegnatario;
- nell'ambito dei poteri di spesa e nei limiti del budget, alle provviste dei beni e servizi, sulla base dei contratti stipulati dall'area del patrimonio agli acquisti in economia sulla base del relativo regolamento; al riscontro delle fatture dei fornitori ed alla proposta di liquidazione;
- ad effettuare le piccole spese di urgenza.

Nel distretto vengono assicurate tutte le prestazioni di cui all'art. 26 della L.R. n. 36/1994 da parte di unità operative identificate dal Direttore Generale su proposta del Dirigente del distretto che le individua sulla base dell'analisi epidemiologica del bisogno di salute della popolazione servita e delle caratteristiche demografiche di questa nonché sulla base delle peculiarità orografiche del territorio di pertinenza di ciascun distretto.

Il Dirigente del distretto è coadiuvato da un ufficio di segreteria di supporto amministrativo.

I Dirigenti dei distretti si riuniscono nella Conferenza dei Dirigenti di distretto per stabilire le direttive comuni per garantire livelli uniformi di assistenza e di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini-utenti nell'ambito degli obiettivi stabiliti dal Direttore Generale.

Di norma l'organizzazione della struttura distretto socio-sanitario si articola nelle seguenti unità operative:

- U.O. Affari Generali per l'informazione, le prenotazioni l'assistenza amministrativa ai cittadini per l'utilizzazione dei vari servizi sanitari e sociali: per l'educazione sanitaria;
- U.O. per l'assistenza medico generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, con servizi di guardia permanente;
- U.O. per l'assistenza domiciliare integrata la tutela della salute degli anziani; l'assistenza residenziale e semiresidenziale; le attività socio-assistenziali delegate dagli enti locali;
- U.O. per l'assistenza specialistica, psicologica e per la medicina dei servizi;
- U.O. per l'assistenza riabilitativa e protesica;
- U.O. per l'assistenza farmaceutica;
- U.O. per l'assistenza consultoriale.

Il Responsabile del distretto socio-sanitario può proporre una diversa organizzazione in base alle necessità del distretto.

Servizi sovradistrettuali in materia di salute mentale, di prevenzione delle tossicodipendenze di assistenza riabilitativa e di medicina scolastica.

La relativa organizzazione sarà disciplinata con successivo provvedimento del Consiglio Regionale ai sensi dell'art. 26 comma 8. della L.R. n. 36/1994.

(2) Gli attuali terzo e quarto capoverso sono stati introdotti dall'articolo unico, *Reg. reg. 20 agosto 2012, n. 20*, in sostituzione dell'originario terzo capoverso, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario del capoverso sostituito era il seguente: «Nei presidi Ospedalieri, quali risultano dal riordino della rete ospedaliera sono previsti un dirigente medico ed un dirigente amministrativo.».

(3) Gli attuali terzo e quarto capoverso sono stati introdotti dall'articolo unico, *Reg. reg. 20 agosto 2012, n. 20*, in sostituzione dell'originario terzo capoverso, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario del capoverso sostituito era il seguente: «Nei presidi Ospedalieri, quali risultano dal riordino della rete ospedaliera sono previsti un dirigente medico ed un dirigente amministrativo.».

Allegato A

Compiti del direttore generale

Il Direttore generale dell'azienda provvede a:

- costituire i Servizi di Dipartimento di cui al terzo comma dell'art. 24 della legge regionale n. 36/1994, le Unità operative e gli eventuali uffici comuni e di staff;
- conferire gli incarichi di direzione dei servizi su proposta motivata del Direttore di Dipartimento;
- assegnare il personale ai Servizi e al Dipartimento in quanto tale;

- nominare il responsabile del Dipartimento secondo le modalità previste dal quinto comma dell'art. 24 della legge regionale;
- assegnare il budget di struttura.
- nominare i Responsabili delle unità operative su proposta motivata del Direttore del Dipartimento.

Finalità e criteri di funzionamento del dipartimento

Il Dipartimento è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di fondo che consistono nel:

- migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
- assicurare omogeneità agli interventi;
- facilitare l'accesso del cittadino utente ai servizi.

A tale scopo, sono compiti della Direzione Dipartimentale:

- il coordinamento delle funzioni generali di integrazione organizzativa anche in rapporto al migliore utilizzo del personale;
- il coordinamento delle attività di carattere generale e delle relazioni esterne riferite ad enti di riferimento;
- il coordinamento dei piani mirati di rilievo aziendale che interessano più servizi;
- il coordinamento delle attività di programmazione;
- la verifica (per gli aspetti di valenza generale) e la promozione della qualità, relativamente al funzionamento dei diversi Servizi del territorio;
- la direzione operativa di tutte quelle attività che rivestono connotazione di possibili emergenze ambientali e igienico-sanitarie;
- la definizione di protocolli e standards operativi volti ad omogeneizzare i comportamenti connessi alle funzioni di prevenzione, vigilanza e verifica di apparecchiature ed impianti nelle diverse realtà del territorio.

Compiti del responsabile del dipartimento

Le attribuzioni del responsabile di Dipartimento sono quelle indicate dal sesto comma dell'art. 24 della legge regionale n. 36/1994:

- a) il coordinamento dell'assetto organizzativo;
- b) la gestione del budget;
- c) la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore Generale;
- d) la pianificazione e il controllo.

Egli è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget.

Quanto sopra indicato si realizza attraverso appositi progetti definiti negli obiettivi, nelle modalità, nei tempi e nei costi. I progetti obiettivi di dipartimento vengono formulati sulla base di proposte di piani di settore e piani comuni di intervento elaborati dai responsabili dei Servizi.

Il responsabile del Dipartimento verifica il raggiungimento degli obiettivi, anche in relazione alle risorse assegnate, attraverso riunioni periodiche con i responsabili dei servizi.

Il responsabile del Dipartimento si avvale per il funzionamento della direzione dipartimentale di un ufficio con compiti di segreteria, affari economici, rapporti con il pubblico e protocollo.

Il responsabile del Dipartimento si raccorda con la Direzione della USL e le aree amministrative.

Per la pianificazione degli interventi il responsabile del Dipartimento deve raccordarsi altresì con il responsabile dei distretti socio-sanitari.

È strumento di integrazione organizzativa del Dipartimento il Comitato di Direzione quale organismo di consultazione che è costituito dal responsabile del Dipartimento e dai responsabili dei servizi.

Il Comitato di Direzione provvede preliminarmente alla programmazione dell'attività e successivamente alla verifica del raggiungimento degli obiettivi prestabiliti e si riunisce con frequenza almeno mensile.

Compiti dei responsabili di servizio

Il Dipartimento di prevenzione si articola nei tre servizi medici e nel servizio veterinario di cui all'*art. 24, terzo comma, della legge regionale n. 36/1994*, dotati di autonomia tecnico-organizzativa e alla cui direzione sono preposti dirigenti sanitari apicali della disciplina specifica.

Per la nomina dei responsabili di Servizio nella fase di avvio delle nuove aziende USL, in assenza di dirigenti sanitari apicali della disciplina, il Direttore Generale può individuare un coadiutore sanitario della disciplina specifica in possesso di maggiori titoli da valutarsi secondo i criteri per il relativo concorso di cui al *D.M. 30 gennaio 1982*.

Per quanto attiene i servizi di nuova costituzione previsti dall'*art. 24 della legge regionale n. 36/1994* deve intendersi per disciplina specifica di igiene e igiene e medicina preventiva e discipline equipollenti per il Servizio di igiene degli alimenti, quella di medicina del lavoro e discipline equipollenti per il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

I responsabili dei servizi assicurano le seguenti Funzioni principali:

- funzione tecnica;
- funzione di supervisione;
- funzione gestionale.

In particolare ai responsabili dei Servizi competono;

- la programmazione delle attività di servizio;
- l'organizzazione del Servizio e l'individuazione dei responsabili delle unità operative e di progetti interni;
- l'analisi e la gestione delle informazioni di competenza del servizio;
- la direzione del personale assegnato;
- la supervisione tecnica degli atti del Servizio;
- la valutazione delle esigenze formative degli operatori;
- la verifica del carico di lavoro e della produttività del servizio;
- la verifica dei risultati conseguiti.

Organizzazione dei servizi

I servizi del Dipartimento, in considerazione della dimensione del bacino territoriale della USL della densità di popolazione, di condizioni orografiche e di viabilità, del numero di insediamenti produttivi e commerciali possono articolarsi al proprio interno in Unità operative. La creazione di queste unità operative deve essere motivata e rapportata alle risorse disponibili.

I Servizi del Dipartimento garantiscono l'erogazione di prestazioni all'utenza a livello territoriale attraverso proprie unità operative.

Funzioni dei servizi

Sono funzioni attribuite ai singoli Servizi:

1) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

- a) profilassi delle malattie infettive e cronico-degenerative;
- b) igiene urbanistica, edilizia degli ambienti confinanti e dei centri abitati;
- c) igiene delle strutture sanitarie e comunitarie;
- d) epidemiologia e statistica sanitaria;
- e) attività di medicina legale e igiene e polizia mortuaria;
- f) vigilanza sull'esercizio delle arti e professioni sanitarie;
- g) educazione sanitaria.

2) Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

- a) igiene degli alimenti non di origine animale;
- b) igiene delle acque potabili (giudizio di potabilità) e delle bevande;
- c) sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare;
- d) sorveglianza sanitaria degli alimentaristi;

- e) sorveglianza dei focolai epidemici di origine alimentare;
- f) sorveglianza sull'uso degli antiparassitari.
- g) inchieste epidemiologiche (tossinfezioni alimentari);
- h) ispezione, vigilanza e controllo delle materie di competenza

3) Servizio di Prevenzione. Sicurezza e verifica di apparecchiature ed impianti negli ambienti di Lavoro

- a) tutela della salute dei lavoratori, degli apprendisti e dei minori;
- b) tutela della sicurezza dei lavoratori;
- c) controllo dei fattori di nocività negli ambienti di lavoro;
- d) vigilanza sull'applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro;
- e) informazione e formazione, educazione alla salute dei lavoratori esposti a rischi specifici;
- f) informazione e assistenza alle imprese;
- g) parere sui nuovi insediamenti produttivi (ex art. 48D.P.R. n. 303/1956);
- h) inchieste infortuni e per malattie professionali;
- i) valutazione delle idoneità lavorative, compreso i ricorsi ex art. 17, quarto comma, del D.Lgs. n. 626/1994;
- l) vidimazione dei registri infortuni;
- m) tutela salute psicologica.

4) Servizio Veterinario articolato in:

A) Area "A":

- a) polizza veterinaria e zoonosi;
- b) profilassi antirabbica e lotta al randagismo;
- c) profilassi derivanti da obblighi internazionali e da leggi dello Stato e della Regione;
- d) identificazione ed anagrafe degli animali e degli allevamenti;
- e) vigilanza sull'esercizio della libera professione e delle arti e dei mestieri di interesse veterinario.

B) Area "B"

- a) ispezioni, controllo e vigilanza sulla produzione trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, nonché somministrazione;
- b) ispezioni, controllo e vigilanza sugli impianti, le tecnologie e i mezzi adibiti alla produzione trasformazione, conservazione, surgelazione, commercializzazione, distribuzione, nonché al trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati.

Area "C":

- a) vigilanza e controllo sulle concentrazioni degli animali e sui ricoveri, anche in relazione agli ambienti rurali, silvestri e acquatici;
- b) controllo del benessere degli animali;
- c) vigilanza e controllo sugli impianti di acqua coltura;
- d) vigilanza e controllo sulla fauna dei parchi naturali, montani e marini;
- e) igiene urbana veterinaria;
- f) farmacovigilanza;
- g) vigilanza e controllo sulla produzione e commercializzazione degli alimenti destinati agli animali;
- h) vigilanza e controllo sugli impianti per l'utilizzazione degli animali e sul loro trasporto;
- i) vigilanza e controllo sulla riproduzione animale;
- l) vigilanza e controllo sulla sperimentazione animale;
- m) organizzazione dell'assistenza zoiatrica.

Allo scopo di evitare duplicazioni di interventi sul territorio e per favorire la migliore utilizzazione delle risorse e del personale, vanno definiti programmi e piani di lavoro comuni tra i Servizi e le relative procedure operative.

Modalità di raccordo con il distretto

Al Dipartimento afferisce tutto il complesso delle attività di prevenzione, sia quelle da espletare a livello centrale che quelle da erogare a livello periferico. Queste ultime verranno effettuate da operatori del dipartimento dislocati nel territorio.

Il responsabile del Dipartimento concorda con i responsabili di Distretto le modalità di raccordo funzionale in merito a:

- 1) utilizzo di risorse comuni, quali sedi edilizie, materiale d'uso, personale;
- 2) orari e organizzazione del lavoro degli uffici e delle unità operative del Dipartimento che operano presso il distretto.

Dipartimento con funzioni multizonali

Il Piano Sanitario Regionale individua i Dipartimenti di Prevenzione deputati a svolgere in determinate materie funzioni multizonali.

I rapporti tra le aziende USL interessate allo svolgimento di tali attività sono disciplinate da accordi stipulati dai Direttori Generali.

Rapporti con l'A.R.P.A. e gli istituti zoo profilattici

Il Responsabile del dipartimento, coadiuvato dal Comitato di Direzione, assicura per quanto di competenza dell'agenda USL, le necessarie integrazioni funzionali tra il Dipartimento di Prevenzione e le strutture periferiche dell'Agenzia regionale per la Protezione Ambientale territorialmente competenti, sulla base d accordi di programma sulle materie di comune interesse.

Nello stesso modo il Responsabile di Dipartimento assicura la necessaria integrazione con l'Istituto Zooprofilattico delle cui prestazioni e della cui collaborazione tecnico-scientifica si avvalgono i servizi veterinari per le attività di sanità pubblica veterinaria.

Norma conclusiva

La presente regolamentazione si applica anche alle Aziende Ospedaliere, fatta salva una diversa motivata organizzazione a seconda delle esigenze proprie della Azienda, previa autorizzazione della Giunta regionale.

ALL. 3

165

Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale di Lecce
 Sede Legale e Direzione Generale
 Lecce

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE NUMERO	66	DEL	18 GEN. 2010
-------------------------	----	-----	--------------

OGGETTO:	D.G.R. n° 2477/2009. Costituzione società "in house providing" a capitale interamente pubblico denominata "Sanitaservice ASL LE srl unipersonale".
----------	--

L'anno 2010, il giorno dieciotto del mese di Gennaio
 in Lecce, nella Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA	CENTRO DI COSTO

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006, n.25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006, n.39;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.721 del 9/5/2008;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, con l'assistenza quale Segretario del Dott. Antonio Vigna, Dirigente Affari Generali ed Istituzionali;

Il Dirigente dell' U.O.C. Affari Generali ed Istituzionali relaziona e propone in merito:

PREMESSO

che la Giunta Regionale Pugliese ha adottato la deliberazione n. 745/2009, avente come oggetto *"Criteri e procedure per l'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale (art. 9bis del D. Lgs. n. 502/92 e ss. mm. ed li.) e dell'Istituto dell'in house providing"*;

che nella predetta deliberazione si stabilisce che:

- le Aziende *"possono avvalersi di una società esterna per l'espletamento dei compiti istituzionali, a condizione che su di essi esercitino un totale controllo pari a quello effettuato sui propri servizi. In altri termini il soggetto affidatario deve intendersi come una diretta derivazione dell'ente promotore"*;
- *"la previsione di utilizzazione dell'istituto dell'in house providing deve riguardare esclusivamente prestazioni sanitarie finalizzate al sostegno del bisogno di salute della persona, ovvero confacenti alla mission di garantire cura ed assistenza alle persone assistite dal Servizio Sanitario Nazionale"*;
- la ASL, nell'affidamento di un servizio pubblico secondo la formula dell'in house providing, deve rispettare la condizione di *"effettuare sul soggetto affidatario, fornito di personalità giuridica, il totale controllo del bilancio, il controllo sulla qualità dell'amministrazione, l'esercizio dei poteri ispettivi diretti e concreti e l'imposizione di strategie e di politiche aziendali"*.

che la Giunta Regionale Pugliese è tornata sull'argomento con successiva deliberazione n.2477 del 15.12.2009, trasmessa a questa ASL con nota assessorile 21.12.2009, pervenuta al protocollo aziendale il 24.12.2009, approvando le linee guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Regionale di Puglia.

RILEVATO

che nell'ASL LE, riveniente dalla fusione della AUSL LE/1 (in quest'ultima è confluita la ex Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce) e della AUSL LE/2, tra i servizi pubblici "storicamente" esternalizzati sono compresi i seguenti:

- attività di supporto ed integrazione dei servizi sanitari di emergenza-urgenza, cosiddetto "sistema 118", ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;
- attività socio-sanitaria, assistenziale e rieducativa strettamente funzionale all'erogazione dei servizi della riabilitazione territoriale;
- attività di ausiliario, servizi alla persona ed alberghieri a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'Azienda Sanitaria Locale per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche;

che la gran parte dei suddetti servizi esternalizzati sono in regime di *prorogatio*, in taluni casi, da molti anni; in particolare, con riguardo alle attività rientranti nel c.d. "sistema 118", si è fatto

ricorso, in maniera estemporanea, a Cooperative o Associazioni di volontariato, con affidamenti in via provvisoria per un periodo limitato di tempo, poi, prorogati nei fatti e negli anni, senza la relativa "regolarizzazione contrattuale";

che le attività di supporto, appena innanzi menzionate, si configurano tutte tipicamente come meramente strumentali ai servizi propriamente sanitari e pertanto sono riconducibili al modello gestionale individuabile nell'istituto dell'*in house*, in coerenza con la disciplina prevista dall'articolo 9 bis del D.Lgs 502/1992 e ss. mm. ii. e così come enunciato nella suddetta D.G.R. n. 745/09, come modificata ed integrata nella successiva D.G.R. n. 2477/09;

CONSIDERATO

che l'affidamento delle attività di supporto strumentale ai servizi di cui trattasi, sia nei servizi ospedalieri che in quelli territoriali, così frammentato tra diverse società e cooperative, ha ingenerato nel tempo un notevole disagio organizzativo, attesa la difficoltà di gestione del personale coinvolto che, pur dovendo avere, sul piano funzionale, un rapporto "di tipo gerarchico" con i Responsabili delle Strutture, di fatto non risulta del tutto partecipe dei processi di supporto ai percorsi assistenziali, ritenendosi "*esterno al team*" e all'organizzazione aziendale;

che questo disagio organizzativo, evidenziato in ripetute occasioni dai dirigenti dei servizi, ha prodotto un vero e proprio disservizio, conseguenziale a criticità evidenti, stabilizzatesi nel tempo e che possono essere così sintetizzate:

precarietà e provvisorietà del rapporto tra le aziende appaltatrici ed i lavoratori, hanno creato elementi di tensione, che a loro volta hanno influenzato negativamente i livelli di qualità, di efficienza ed efficacia;

utilizzo di personale scarsamente formato e poco adeguato ai compiti da assolvere in tema di ausiliario, con conflittualità che si sono ingenerate tra questi lavoratori ed il personale sanitario delle Unità operative, in particolare in alcuni punti di elevata complessità, come le sale operatorie, le terapie intensive, le sale parto, i pronto soccorso;

logiche imprenditoriali non sempre corrispondenti ai bisogni dell'Azienda Sanitaria, così come espressi dalle esigenze dell'utenza, che richiedono flessibilità nella gestione del servizio, competenza del personale utilizzato e un processo di aggiornamento continuo dello stesso;

mancata partecipazione degli operatori esterni ad un progetto assistenziale, in altri termini definibile come "*assenza di identità aziendale*" e carenza di motivazione: l'operatore esterno rimane un "*estraneo*" al percorso, legato al suo "*mansionario*" e non alle esigenze assistenziali, quando, invece, deve collaborare, cooperare ed, in alcune precise situazioni, operare in autonomia;

situazioni di disservizio per le difficoltà da parte della Dirigenza delle UU.OO. a gestire questo personale con ripetuti micro-conflitti e tensioni, che hanno generato disorganizzazione, un basso livello di qualità percepita, con varie e ripetute lamentele da parte degli utenti;

che questi elementi di criticità assumono la maggiore valenza negativa sul piano gestionale, dell'efficacia ed efficienza del servizio, per quanto riguarda la gestione delle funzioni di supporto (soccorritori) nel sistema Emergenza-Urgenza 118, che la normativa vigente consente di organizzare avvalendosi del concorso di terzi, cooperative, associazioni di volontariato;

che l'ASL LE per lo svolgimento delle attività di soccorso ed il funzionamento delle postazioni del

cosiddetto "118" si è avvalsa dell'attività resa da associazioni di volontariato e di cooperative;

che per la eterogenea composizione e "promiscuità" delle équipes, tra il personale volontario (soccorritori) e quello dipendente (medici ed infermieri) si sono evidenziate le difficoltà di governo, con gravi ricadute in termini di qualità del servizio;

che è già emersa, di conseguenza, la necessità e l'opportunità di dare stabilità e certezza del rapporto di lavoro, per garantire maggiore omogeneità delle équipes di emergenza - urgenza, migliorandone l'efficienza e l'efficacia.

PRESO ATTO

che, peraltro, si è evidenziata una situazione conflittuale nel rapporto instaurato tra i lavoratori, le ditte appaltatrici e le associazioni, sfociata in azioni di rivendicazione per il riconoscimento, ai fini giuridici ed economici, delle funzioni effettivamente svolte;

che in questi conflitti l'ASL è stata coinvolta, quale stazione appaltante;

che l'Azienda ha proceduto a "regolarizzare", in forma provvisoria, diverse situazioni di instabilità e conflittualità determinatesi tra alcune ditte affidatarie dei servizi ed i propri dipendenti, avuto riguardo al contenzioso che la coinvolge, impropriamente, su sollecitazioni della Prefettura di Lecce e delle OO. SS. di categoria, per evitare l'interruzione di un pubblico servizio;

che, a fronte di difficoltà ed ostacoli ormai insormontabili, le stesse OO. SS., hanno da tempo ed in ripetuti incontri auspicato l'individuazione di soluzioni nuove, finalizzate a garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, nonché il mantenimento dei livelli occupazionali;

che nell'esperienza acquisita in questi anni con l'esternalizzazione dei servizi non si è ottenuto il risultato sperato sul piano della qualità del servizio reso, per le criticità già esposte e che essenzialmente qui si intendono richiamate;

che l'obiettivo strategico dell'Azienda Sanitaria di introdurre nel modello organizzativo elementi di forte innovazione e qualità nella erogazione del servizio si realizza attraverso l'unitarietà delle diverse azioni che costituiscono il percorso di cura;

che, sotto il profilo della convenienza economica, la costituzione di una società in house providing potrebbe determinare un significativo miglioramento dei costi e del rapporto costi-benefici per l'Azienda in termini sia di margine di utile da non dover riconoscere alle imprese appaltatrici sia di IVA, essendone -salvo migliori approfondimenti- esenti le attività socio-assistenziali di cura della persona strettamente strumentali alle funzioni pubblicistiche sanitarie.

RITENUTO PERTANTO

che rivesta valenza strategica e di interesse pubblico, sia il potenziamento delle performance assistenziali che il miglioramento dei costi e del rapporto costi-benefici;

che l'autorizzazione concessa alle Aziende Sanitarie da parte della Giunta Regionale di costituire una società *in house providing* con lo scopo unico di gestire attività meramente strumentali ai servizi propriamente sanitari potrebbe rappresentare per l'ASL LE una opportunità di miglioramento della qualità dei propri servizi e dei costi sostenuti;

che la costituzione di una società *in house providing*, per l'affidamento delle attività di cura

alla persona coincide con la predetta esigenza di tutela dell'interesse pubblico, quanto consentirebbe di:

- coinvolgere tutte le figure professionali interessate al percorso di cura in uno stabile e diretto rapporto giuridico e contrattuale con l'Azienda Sanitaria, per il tramite della Società *in house providing*, affermando la necessità dell'unitarietà del percorso e del "gruppo preposto" alla funzione assistenziale, che è posta in "obbligo dell'Azienda Sanitaria", in quanto la cura della persona è la sua *mission* e postulando, di conseguenza, che tutte le figure professionali che sono coinvolte siano necessariamente legate all'Azienda da uno stabile rapporto giuridico di lavoro;
- concentrare tali attività in un unico modello organizzativo finalizzato ad eliminare le attuali frammentazioni nella organizzazione dei servizi ed il continuo *turnover* del personale che ne preclude l'effettiva e costante formazione professionale in danno degli assistiti.

RILEVATO

che tale esigenza di gestione diretta delle attività meramente strumentali ai servizi sanitari richiederebbe un processo diretto di internalizzazione;

che tale processo diretto di internalizzazione non risulta allo stato fattibile, per carenza dei posti nelle dotazioni organiche - ormai depauperate di alcune figure a seguito del radicarsi del processo di esternalizzazione - nonché per l'esigenza di contenimento della spesa in ragione dei vincoli posti dalla vigente normativa.

EVIDENZIATO

che, l'affidamento diretto di servizi istituzionali ad una società esterna a totale controllo dell'ASL assume valenza strategica anche sul piano della identificazione degli operatori nella *mission* aziendale, attraverso il riconoscimento agli stessi delle tutele, delle garanzie sociali e della sicurezza del posto di lavoro, elementi questi molto significativi per la tutela dell'interesse pubblico, attesa la storica criticità e precarietà occupazionale di questo territorio.

RITENUTO

che, per le motivazioni innanzi espresse, è intenzione di questa Azienda Sanitaria dare corso alla costituzione di una società, a capitale interamente pubblico, attraverso l'istituto dell'*in house providing*, nel rispetto delle linee guida previste dalla D.G.R. n. 2477/2009 e della normativa vigente, a denominarsi "Sanitaservice ASL LE srl unipersonale", fornita di personalità giuridica, con unico socio e "controllo analogo" da parte dell'Azienda Sanitaria;

che a tali fini è stata a suo tempo elaborata proposta di deliberazione avente ad oggetto la internalizzazione dei servizi e bozza di statuto della predetta società, si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, che è stata sottoposta al vaglio delle OO.SS. di categoria le quali, con lettera datata 16.11.2009 e pervenuta il 17.11.2009, hanno chiesto di integrare il dispositivo della predetta proposta di deliberazione nei termini ivi indicati, al fine di ampliare la platea dei servizi oggetto di internalizzazione;

che la Regione Puglia, con la richiamata deliberazione di G.R. n.2477/09, nelle linee guida, ha previsto che la società a costituirsi deve avere ad oggetto "*la gestione di servizi nel settore della assistenza alla persona e socio sanitario, in particolare i servizi di supporto strumentali alla cura della persona, i servizi di supporto strumentali ai servizi di emergenza (118), le attività socio assistenziali di supporto ai servizi di riabilitazione altre attività di supporto strumentali alle attività*

istituzionali da erogare presso le strutture sanitarie dell'Azienda sanitaria";

CONSIDERATO

che la D.G.R. n.2477/09, nell'approvare le *"Linee guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia"*, ha incaricato l'Assessorato alle Politiche della Salute congiuntamente all'Avvocatura regionale di predisporre, entro 15 giorni dalla data del predetto provvedimento, apposito disegno di legge in materia di costituzione e gestione delle società strumentali nell'ambito del Servizio sanitario regionale;

che il disegno di legge e la conseguente emananda legge regionale potrà contribuire a rimuovere profili di criticità che permangono nella legislazione statale in tema di affidamenti in house, tutti puntualmente evidenziati nelle linee guida regionale, cui si rinvia per brevità;

che la Regione Puglia, con la richiamata delibera n.2477/09, ha stabilito che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono tenuti al rispetto puntuale delle linee guida, nonché a conformare la gestione delle società strumentali con quanto contenuto nelle medesime linee guida;

che la D.G.R. n.2477/09 ha altresì stabilito che negli atti costitutivi delle società strumentali dovranno contenere motivazioni legate alla costituzione delle società strumentale con riferimento anche alle valutazioni economiche "costi - benefici", organizzative e gestionali; si è altresì stabilito che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali devono presentare all'Assessorato alle Politiche della Salute idoneo cronoprogramma contenente le "milestone" della pianificazione e della gestione del processo rivolto alla autoproduzione dei servizi e delle attività mediante la costituzione della società di in house providing, con le tappe stabilite per il raggiungimento degli obiettivi definiti dalle "Linee Guida" regionali;

che per dare corso a tali adempimenti appare opportuno l'ulteriore confronto con le OO.SS. di categoria, le Strutture aziendali (Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri; Direttori dei Distretti Socio Sanitari; Dipartimenti territoriali; Coordinatore del Servizio Emergenza Territoriale 118; ecc.), la Rappresentanza permanente della Conferenza Sindaci ed il Collegio Sindacale, all'esito del quale potranno essere ulteriormente approfondite le problematiche relative all'esistenza del credito di imposta, del risparmio dell'IVA, alla necessità o meno dell'acquisizione del parere preventivo da parte dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, previsto dall'art.15, D.L. n.135 del 25.9.2009, convertito -con modificazioni- con legge 20.11.2009, n.116, che ha introdotto modifiche sostanziali al disposto dell'art.23bis, L. n.133/2008, anche alla luce dei rilievi critici contenuti nelle "Linee Guida" regionali;

ACQUISITO

il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- 1) di recepire integralmente le "Linee Guida" stabilite con D.G.R. n.2477/09, per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie Locali ed Enti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia;
- 2) di dare corso alle procedure propedeutiche all'affidamento *in house* dei seguenti servizi ed attività: gestione di servizi nel settore della assistenza alla persona e socio sanitario, in particolare i servizi di supporto strumentali alla cura della persona, i servizi di supporto strumentali ai servizi di emergenza (118), le attività socio assistenziali di supporto ai servizi di riabilitazione altre attività di supporto strumentali alle attività istituzionali da erogare presso le strutture sanitarie dell'ASL LE;

STATUTO

TITOLO I: Denominazione, oggetto, durata e sede

Articolo 1 - Denominazione

1. E' costituita la società a responsabilità limitata sotto la denominazione sociale "Sanitàservice ASL LE" s.r.l. unipersonale.

Articolo 2 - Oggetto

1. La società, ai sensi della D. G. R. Puglia n.2477/2009 e art. 9 bis D. Lgs, n.502/92, ha per oggetto la gestione di servizi nel settore della assistenza alla persona e socio sanitario, in particolare i servizi di supporto strumentali alla cura della persona, i servizi di supporto strumentali ai servizi di emergenza (118), le attività socio assistenziali di supporto ai servizi di riabilitazione altre attività di supporto strumentali alle attività istituzionali da erogare presso le strutture sanitarie dell'ASL LE.

2. Le attività da svolgersi riguarderanno, specificamente, servizi e prestazioni strettamente collegate alle attività e servizi di supporto strumentali alle attività istituzionali, ad individuarsi da parte dell'ASL LE in sede di affidamento, in ragione delle diverse tipologie, articolazioni e conformazioni dei servizi attualmente affidati a terzi nonché in considerazione delle peculiarità della organizzazione del lavoro, delle mansioni effettive degli operatori addetti e della loro attività funzionalmente collegata alle attività svolte dal personale dipendente dell'Azienda, con espressa esclusione di tutte le attività che costituiscono compito diretto di tutela della salute.

3. Potranno costituire oggetto di affidamento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le seguenti attività e servizi:

- attività di supporto ed integrazione dei servizi sanitari di emergenza urgenza resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;
- attività socio sanitaria, assistenziale e rieducativa strettamente funzionale all'erogazione dei servizi della riabilitazione fisica, psichica e sensoriale;
- attività di ausilio a supporto dei servizi e delle prestazioni resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche.

3. La società potrà compiere tutte le operazioni commerciali, finanziarie, industriali, che saranno ritenute dall'amministratore necessarie od utili per il conseguimento dell'oggetto sociale, nell'ambito delle strategie aziendali stabilite dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce e da questa preventivamente autorizzate.

4. La società opera esclusivamente per l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, nell'ambito territoriale di quest'ultima e non può svolgere o altrimenti erogare servizi e prestazioni nei confronti di qualunque altro soggetto pubblico o privato, né può stipulare contratti per l'erogazione dei servizi di cui all'oggetto sociale con altri soggetti giuridici pubblici o privati, né partecipare a qualsiasi forma di gara bandita da soggetti terzi.

5. Le quote societarie non possono essere, in alcun modo e forma e in nessun caso, cedute a soggetti terzi, pubblici o privati.

6. Spetta all'Azienda Sanitaria Locale di Lecce l'esercizio del controllo sull'attività posta in essere dalla società in materia di reclutamento, attribuzione delle mansioni, trattamento giuridico ed economico del personale dipendente; acquisizione di beni e servizi; osservanza delle norme civilistiche e fiscali disciplinanti la tenuta dei libri sociali e dei registri contabili, la redazione dei bilanci e delle dichiarazioni fiscali e di controllo di gestione.

7. In materia di personale il controllo è affidato all'Area Gestione del Personale dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, alla quale sono demandati i seguenti compiti:

- verificare che l'assunzione del personale venga eseguito nell'ambito del piano delle assunzioni deliberato dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce;

- verificare che le modalità seguite per il reclutamento rispettino le procedure deliberate dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce, la normativa di settore e le Linee Guida fissate con D.G.R. n.2477/09.

8. In materia di acquisizione di beni di consumo, di beni strumentali e di servizi, il controllo è affidato all'Area Gestione del Patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, alla quale sono demandati i seguenti compiti:

- verificare che le acquisizioni vengano effettuate nell'ambito delle previsioni contenute nel bilancio di previsione e, in particolare, per le acquisizioni dei beni strumentali, nell'ambito del piano degli investimenti;

- verificare che le modalità seguite per le acquisizioni di beni e servizi siano conformi alle procedure deliberate dalla Azienda Sanitaria Locale ed alla normativa di settore in tema di evidenza pubblica.

9. In materia di osservanza delle norme civilistiche e fiscali in materia contabile, di bilancio, di dichiarazioni fiscali e in materia di valutazione dei risultati economici conseguiti, il controllo è affidato all'Area Gestione delle Risorse Finanziarie della Azienda Sanitaria Locale di Lecce.

10. La società, per il conseguimento dei suoi scopi e per le sue attività, potrà richiedere ed avvalersi di qualsiasi agevolazione prevista dalla legislazione vigente di contenuto erogatorio

a livello regionale, nazionale e comunitario, nonché delle leggi di finanziamento agevolato, degli sgravi fiscali e contributivi previsti sotto qualsiasi forma, anche con riferimento alle disposizioni per le imprese che operano nei territori del mezzogiorno.

Il tutto nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia e con espressa esclusione dello svolgimento di attività professionali protette, di qualsiasi attività qualificata come finanziaria dalla legge nei confronti del pubblico e delle attività rivolte direttamente alla tutela della salute.

Articolo 3 - Durata

1. La durata della società è fissata sino al 31 (trentuno) dicembre 2050 (duemilacinquanta).

Articolo 4 - Sede sociale

1. La società ha sede nel Comune di Lecce e, segnatamente, presso la sede della Direzione Generale dell'ASL LE.
2. Per decisione dell'assemblea dei soci la società può istituire e sopprimere, limitatamente al territorio di competenza dell'ASL LE, filiali, succursali, agenzie o unità locali comunque denominate.

Articolo 5 - Domiciliazione

Il domicilio dei soci, l'indirizzo e-mail, il numero di fax, per quanto concerne i rapporti con la società, è quello risultante dai libri sociali.

Articolo 6 - Trasferimento delle partecipazioni

1. Le partecipazioni non sono trasferibili.

TITOLO II: Capitale sociale, finanziamenti dei soci

Articolo 7 - Capitale sociale e sue variazioni

1. Il capitale è fissato in Euro 100.000,00 (centomila/00).
2. Le quote di partecipazione sociale non possono essere inferiori a 1 (euro) o multipli di 1 (uno) euro.
3. Le quote di partecipazione sociale possono essere possedute esclusivamente dalla ASL LE. Ogni cessione deve intendersi nulla di diritto.
4. Il capitale potrà essere aumentato a pagamento, anche non in danaro, o a titolo gratuito in forza di decisione del socio unico.
5. La decisione di aumentare il capitale sociale non può essere attuata fin quando i

conferimenti precedentemente dovuti non sono stati integralmente eseguiti.

6. Il capitale potrà essere ridotto nei casi e con le modalità di legge.

7. In caso di riduzione del capitale per perdite, può essere omesso il preventivo deposito presso la sede sociale della documentazione prevista dall'art.2482 bis cod. civ.

8. I versamenti delle quote devono essere richiesti dall'Amministratore della società nei modi e termini che saranno reputati di convenienza per la società medesima. A carico dei soci in ritardo con i versamenti sono applicati gli interessi al saggio legale in ragione annua.

Articolo 8 - Finanziamenti del socio alla società

1. I finanziamenti con diritto di restituzione della somma versata possono essere effettuati a favore della società esclusivamente dai soci con le modalità e i limiti di cui alla normativa tempo per tempo vigente in materia di raccolta del risparmio.

2. Salvo diversa determinazione assembleare, i versamenti effettuati dai soci a favore della società devono considerarsi infruttiferi.

TITOLO III: Decisioni ed assemblea dei soci

Articolo 9 - Decisioni del socio

1. Il socio decide sulle materie riservate alla sua competenza dalla legge e dalle presenti norme di funzionamento, nonché sugli argomenti che l'Organo Amministrativo sottopone alla sua approvazione.

2. Le decisioni del socio sono adottate mediante deliberazione assembleare.

3. La nomina dell'amministratore e degli organi di vigilanza è di competenza dell'assemblea di concerto con il Direttore Generale dell'ASL LE.

4.- All'assemblea dei soci, ferme le competenze già devolute dalla legge, spetta deliberare in via esclusiva su:

-indirizzo, coordinamento e controllo delle strategie e delle politiche aziendali tali da garantire il controllo assoluto del socio sull'attività societaria;

-indirizzo, coordinamento e controllo sulle modalità operative e gestionali, anche in materia di determinazione degli organici e del personale in generale, ivi comprese le modalità di reclutamento, il trattamento giuridico ed economico del personale

dipendente, la organizzazione e gestione dei servizi, le modalità di esecuzione delle prestazioni di cui all'oggetto sociale, l'acquisizione di beni e servizi;

-vigilanza, ispezioni e verifiche relative alla gestione della società, alla documentazione tutta afferente la società, ivi compresa quella contabile, e di tutti gli atti afferenti le competenze di indirizzo, coordinamento e controllo.

Articolo 10 – Assemblea dei soci

1. L'Assemblea deve essere convocata dall'Amministratore presso la sede sociale o altrove, purchè in Puglia, con qualsiasi mezzo che garantisca la prova dell'avvenuto ricevimento spedito ai soci almeno otto giorni prima dell'adunanza nel domicilio risultante dal libro dei soci.
2. Nell'avviso di convocazione devono essere indicati il giorno, il luogo, l'ora dell'adunanza e l'elenco delle materie da trattare.
3. Sono valide le assemblee non formalmente convocate quando ad esse partecipi l'intero capitale sociale e tutti gli amministratori e i sindaci, se nominati, sono presenti o informati della riunione e nessuno si oppone alla trattazione.
4. All'Assemblea partecipa il legale rappresentante dell'ASL LE o suo delegato.

Articolo 11 – Svolgimento dell'Assemblea

1. L'Assemblea deve essere presieduta dall'Amministratore; in caso di assenza o impedimento, da persona designata dall'assemblea.
2. Il Presidente dell'assemblea ha pieni poteri per accertare se l'assemblea è regolarmente costituita e se esiste il numero legale per deliberare.
3. L'assemblea, se lo ritenga, può nominare un segretario anche non socio.
4. Ove prescritto dalla legge e pure in ogni caso in cui il Presidente lo ritenga opportuno, le funzioni di segretario sono attribuite ad un notaio designato dal Presidente.
5. L'assemblea deve ritenersi regolarmente costituita ed in grado di deliberare con la presenza del legale rappresentante dell'ASL LE o suo delegato.
6. Le deliberazioni dell'assemblea devono constare da verbale sottoscritto dal Presidente e dal segretario, ove nominato, o da un notaio.

TITOLO IV: Controllo analogo, Organo amministrativo, Rappresentanza sociale

Articolo 12 - Controllo

1. Il Direttore Generale della Azienda sanitaria locale di Lecce ha poteri di direzione, gestione, indirizzo e controllo della società.
2. I poteri di direzione, gestione, indirizzo e controllo della società sono esercitati attraverso la fissazione dell'indirizzo e delle modalità di coordinamento e di controllo sulle strategie aziendali.
3. Il Direttore Generale della Azienda sanitaria locale di Lecce esercita il controllo mediante il preventivo esame ed assenso in ordine a tutti gli atti e negozi posti in essere dall'amministratore della società, anche a rilevanza interna.
4. Il Direttore Generale della Azienda sanitaria locale di Lecce può annullare tutti gli atti dell'amministratore che risultino in contrasto con gli indirizzi e le strategie e le politiche aziendali preventivamente stabilite.
5. L'amministratore della società deve consentire l'esercizio dei poteri di indirizzo, coordinamento e controllo da parte del Direttore generale della Azienda sanitaria locale di Lecce.
6. L'amministratore predispone ed invia al Direttore generale della Azienda sanitaria di Lecce, alle scadenze previamente concordate, il piano annuale delle attività e il conseguente bilancio di previsione, che sarà sottoposto alla preventiva approvazione della ASL LE nei modi di legge.
7. L'amministratore predispone entro il mese di luglio di ciascun anno, dettagliata relazione sugli elementi gestionali, economici, patrimoniali e finanziari dei primi sei mesi di esercizio che viene sottoposta al Direttore Generale della Azienda sanitaria locale di Lecce per l'approvazione.
8. Il Direttore Generale, ove non condivida la relazione di cui al comma 7 o alcune sue parti, nel termine di 20 giorni invia osservazioni scritte all'amministratore il quale, nei successivi dieci giorni, convoca l'assemblea dei soci per ogni opportuna determinazione; in mancanza di osservazioni la relazione deve intendersi approvata.
9. L'amministratore, nei termini prescritti per la redazione del progetto di bilancio, predispone la relazione consuntiva sul conseguimento degli obiettivi prefissati nel piano annuale delle attività e sottopone la verifica degli investimenti effettuati al Direttore generale della ASL di Lecce. La relazione costituisce parte integrante e specifica della relazione di cui all'art. 2428 cod. civ.

Articolo 13 - Amministratore

1. La società sarà amministrata da un Amministratore unico.
2. La nomina dell'amministratore compete al socio.
3. Non può essere nominato alla carica di Amministratore unico e se nominato decade dall'ufficio colui che si trova nelle condizioni previste dall'art. 2382 codice civile.
4. L'Amministratore è soggetto al divieto di concorrenza di cui all'art. 2390 codice civile.
5. L'Amministratore unico dura in carica per tre esercizi ed è rieleggibile.
6. La cessazione dell'Amministratore per scadenza del termine ha effetto dal momento in cui il nuovo organo amministrativo è stato ricostituito.

Articolo 14 - Poteri dell'Amministratore unico

1. All'Amministratore unico è affidata la gestione della società.
2. L'Amministratore unico potrà compiere tutti gli atti e tutte le operazioni sia di ordinaria che di straordinaria amministrazione che non siano in contrasto con quelli conferiti all'Assemblea dei soci o al Direttore Generale dell'ASL LE e che siano necessari ed opportuni per l'attuazione ed il raggiungimento degli scopi sociali, esclusi quelli che per delega, o per statuto, sono, in modo tassativo, devoluti all'assemblea.

Articolo 15 - Rappresentanza, compensi e rimborsi

1. L'uso della firma sociale e la rappresentanza legale in giudizio e verso i terzi, con facoltà di promuovere azioni ed istanze fiscali, giudiziarie ed amministrative per ogni grado di giurisdizione ed anche per giudizi di revocazione e cassazione e di nominare all'uopo avvocati, anche fiscali, nonché rilasciare procure e deleghe per ogni attività, ivi compresi tutti i rapporti con gli istituti di credito, spettano all'amministratore unico, oltre che, nei limiti della procura, ai procuratori per le operazioni affidate.
2. All'Amministratore unico spetta il rimborso delle spese sostenute per l'esercizio delle sue funzioni.

Articolo 16 - Organo di controllo

1. Quanto obbligatorio per legge, l'assemblea nomina del Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 2477 cod. civ., che ha funzioni di controllo contabile.
2. Quando la nomina non è obbligatoria per legge, può essere nominato con decisione dell'assemblea, un Collegio Sindacale composto di tre membri effettivi e due supplenti.
3. I requisiti, le funzioni, le responsabilità e la retribuzione del Collegio Sindacale sono regolati dalla legge, ai sensi degli artt. 2397 e ss. cod. civ.

TITOLO V: Bilancio ed utili

Articolo 17 - Bilancio e destinazione degli utili

1. Gli esercizi sociali si chiudono al 31 dicembre di ogni anno.
2. Alla chiusura di ciascun esercizio sociale l'organo amministrativo provvede alla redazione del bilancio di esercizio ed alle conseguenti formalità rispettando le vigenti norme di legge.
3. Il bilancio deve essere approvato entro 120 (centoventi) giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale; il bilancio può, tuttavia, essere approvato entro 180 (centottanta) giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale nel caso che la società sia tenuta alla redazione del bilancio consolidato o quando lo richiedano particolari esigenze relative alla struttura e all'oggetto della società.
4. Gli utili netti risultanti dal bilancio, sono ripartiti come segue:
 - il 5% (cinque per cento) da destinare a riserva legale fino a che questa non abbia raggiunto il quinto del capitale sociale;
 - il residuo sarà destinato in conformità alle decisioni dell'assemblea dei soci in sede di approvazione del bilancio.

TITOLO VI: Recesso del socio, Scioglimento e liquidazione

Articolo 18 - Recesso del socio

1. Il socio può recedere dalla società per la sua intera partecipazione, nei casi previsti dall'art.2473 cod. civ.
2. Il socio che intende recedere deve comunicare tale volontà all'organo amministrativo mediante lettera raccomandata o e-mail certificata.
3. Il recesso dell'unico socio comporta le situazioni di cui al successivo art.19.

Articolo 19 - Scioglimento e liquidazione

1. Lo scioglimento e la liquidazione sono regolati dalla legge.
2. La società si deve sciogliere per le cause previste dall'Atto Costitutivo, nonché per il venir meno del presupposto della proprietà pubblica totalitaria del capitale sociale.
3. L'Assemblea determina le modalità della liquidazione e nomina uno o più liquidatori determinandone i poteri.

TITOLO VII: Obblighi e vincoli, Foro competente e Norme Finali

Articolo 20 - Obblighi e vincoli

1. La società è tenuta a rispettare i vincoli normativi europei, nazionali e regionali con particolare riferimento alle norme, regolamenti e direttive regionali in materia di assunzione e di gestione del personale, di contenimento dei costi, di affidamento e gestione dei servizi, di bilancio e contabilità, di trasparenza degli atti e della gestione.
2. La società è tenuta altresì a rispettare le "Linee Guida" approvate con D.G.R. n.2477/99.
3. L'amministratore unico della società è responsabile del rispetto dei vincoli di cui innanzi.

Articolo 21 - Foro competente

1. Per qualunque controversia sarà competente il Foro del luogo ove la società ha la propria sede legale.

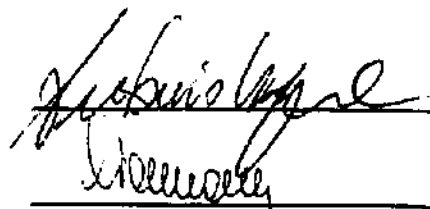
Articolo 22 - Norma finale

1. Per quanto non previsto nel presente atto valgono le norme di legge in materia di s.r.l.

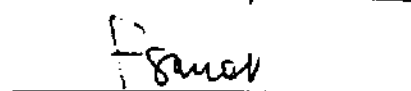


- 2) di manifestare la volontà di costituire una società, a capitale interamente pubblico, attraverso l'istituto dell'*in house providing*, nel rispetto delle linee guida previste dalla D.G.R. n. 2477/2009 e della normativa vigente, denominata "Sanitaservice ASL LE srl unipersonale", fornita di personalità giuridica, con unico socio e sottoposta a regime di "controllo analogo" da parte dell'Azienda Sanitaria, per ciò che attiene il controllo del bilancio, il controllo sulla qualità dell'amministrazione, l'esercizio dei poteri ispettivi diretti e concreti, l'impostazione delle strategie e politiche aziendali, nel rispetto delle "Linee Guida" regionale;
- 3) di approvare, a tali fini, lo Statuto della Società "Sanitaservice ASL LE srl", che si allega al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;
- 4) di dare corso agli ulteriori approfondimenti e consultazioni con le OO.SS. di categoria, le Strutture aziendali, la Rappresentanza permanente della Conferenza Sindaci ed il Collegio Sindacale;
- 5) di incaricare il Dirigente dell'Area Gestione del Patrimonio, in collaborazione con il Dirigente dell'Area Risorse Finanziarie e il Dirigente dell'Area del Personale, di procedere -entro il termine di dieci giorni dalla comunicazione del presente provvedimento- ad una analitica quantificazione dei costi complessivi relativi all'affidamento, con la formula dell'*in house providing*, dei servizi oggetto di riorganizzazione, redigendo anche apposito business plan che, con riferimento ad un arco temporale di tre / cinque anni, verifichi la sostenibilità dei servizi, che dovrà essere compatibili con i limiti imposti dalla normativa di settore alla spesa sanitaria, verificando alla luce delle "Linee Guida" regionali e dei necessari approfondimenti giuridici la necessità o meno di acquisire il parere preventivo dell'Autorità garante per la concorrenza e del mercato;
- 6) di incaricare altresì il Dirigente dell'Area Gestione del Patrimonio, in collaborazione con il Dirigente dell'Area Risorse Finanziarie e il Dirigente dell'Area del Personale, di procedere -sempre entro il termine di dieci giorni dalla comunicazione del presente provvedimento- alla redazione di idoneo cronoprogramma contenente le "milestone" della pianificazione e della gestione del processo rivolto alla autoproduzione dei servizi e delle attività mediante la costituzione della società di *in house providing*, con le tappe stabilite per il raggiungimento degli obiettivi definiti dalle "Linee Guida" regionali;
- 7) di riservarsi, all'esito della redazione da parte degli uffici aziendali del "business plan" e del cronoprogramma, nonché del completamento delle eventuali procedure autorizzative, di assumere le definitive determinazioni preordinate all'istituzione della società ad integrale capitale pubblico ed alla gestione del processo rivolto alla autoproduzione dei servizi e delle attività oggetto di affidamento in *house providing*;
- 8) di dare alla scelta operata dall'ASL LE adeguata pubblicità attraverso affissione all'Albo aziendale, a quello del Comune di Lecce e nel sito aziendale, nonché su di un quotidiano a diffusione regionale e su di uno a diffusione nazionale;
- 9) di trasmettere il presente atto al Presidente della Giunta Regionale ed all'Assessore Regionale alle Politiche della Salute;
- 10) dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

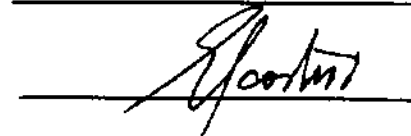
Il Responsabile dell'istruttoria (Dott. Antonio Vigna)



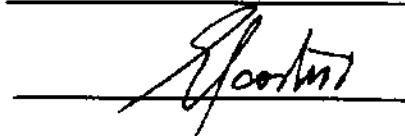
Il Direttore Amministrativo (Dott.ssa Paola Ciannamea)



Il Direttore Sanitario (Dott. Franco Sanapo)



Il Direttore Generale (Dott. Guido Scoditti)





**Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale di Lecce
Sede Legale e Direzione Generale
Lecce**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE NUMERO	1160		22 APR. 2010
----------------------	------	--	--------------

OGGETTO:	Oggetto: "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale": approvazione del Business Plan, affidamento dei servizi, determinazione del fabbisogno.
----------	---

L'anno DECEMBRE, il giorno VENTIDUE del mese di APRILE

in Lecce, nella Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA	CENTRO DI COSTO
Direzione Generale	

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006, n.25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2008, n.39;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.721 del 9/5/2008;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, con l'assistenza quale Segretario del Dott. Antonio Vigna, Dirigente Affari Generali ed Istituzionali;

PREMESSO

che con la deliberazione n. 44 del 18 gennaio 2010, avente ad oggetto: D.G.R. n° 2477/2009. Costituzione Società "in House Providing" a capitale interamente pubblica denominata "Sanità Service ASL LE s.r.l. Unipersonale", si è costituita la Società *In House Providing* ed approvato il relativo Statuto;

che con deliberazione del Direttore Generale ASL LE n. 1139 del 22/4/2010 è stato nominato l'Amministratore unico della "Sanità Service ASL LE s.r.l.".

RIBADITO

che le motivazioni di pubblico interesse ampiamente esposte nella predetta deliberazione N° 44/2010 continuano a rivestire valenza strategica per l'azienda nei percorsi di gestione, sia per il potenziamento delle performance assistenziali che per il miglioramento dei costi e del rapporto costi benefici;

PRESO ATTO

della deliberazione di Giunta Regionale n. 745/2009, avente come oggetto "Criteri e procedure per l'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale (art. 9 bis del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm. ed ii) e dell'Istituto dell'*in house providing*";

della deliberazione n. 2477/2009, avente come oggetto "Modifiche ed integrazioni alla delibera di Giunta Regionale n. 745/2009. Criteri e procedure per l'attivazione dell'Istituto dell'*in house providing* - Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti Pubblici del Servizio Regionale di Puglia";

dell'art. 30 della Legge Regionale N°4/2010;

della D.G.R. n.939 del 31/03/2010 avente ad oggetto "D.G.R. n. 2477/09 - Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti Pubblici del Servizio Regionale di Puglia";

considerato che ai fini di una corretta e sostenibile individuazione del costo complessivo relativo all'affidamento dei servizi oggetto di riorganizzazione sono stati definiti i criteri per la rilevazione del fabbisogno delle unità di personale;

che, contestualmente, è stato redatto apposito *Business Plan* con idoneo cronoprogramma sull'arco temporale 2010-2012;

che la bozza di *Business Plan* e i relativi criteri per la determinazione del fabbisogno di personale sono stati illustrati e consegnati alle OO.SS. nella delegazione trattante dell'area di comparto del 18/3/2010;

VISTO

il *Business Plan* triennale allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante e sostanziale;

ACQUISITO

il parere favorevole del Direttore Amministrativo e Sanitario

Relazione al Business Plan: "Sanità Service ASL LE"

La formula della Società *In House Providing*, letteralmente "fornitura interna", trova la sua genesi nell'ordinamento anglosassone. In particolare, tale modello di organizzazione era previsto nell'ordinamento del Regno Unito nella previsione che la Pubblica Amministrazione, nell'espletamento della sua attività di erogazione di servizi ed esercizio di funzioni pubbliche ed in contrapposizione al già noto fenomeno del *contracting out*, potesse ricorrere all'affidamento di tali attività a soggetti che sono "parte" della stessa Amministrazione, con conseguente esclusione dell'applicabilità della disciplina europea degli appalti pubblici.

Fin dal suo primo apparire, questo nuovo modello organizzativo ha interessato la dottrina e la giurisprudenza circa l'ambito di ammissibilità ed il conseguente potere discrezionale della Pubblica Amministrazione di muoversi verso tale strumento anche in Italia.

Recentemente la Corte di Giustizia è stata più decisa nei suoi orientamenti individuando gli elementi costitutivi della Società *In House Providing* nel cosiddetto controllo analogo e nel controllo operativo economico, affermando che: "Gli artt. 43 CE, 49 CE e 86 CE, nonché i principi di parità di trattamento, di non discriminazione sulla base della nazionalità e della trasparenza non ostano ad una disciplina nazionale che consente ad un ente pubblico di affidare un servizio pubblico direttamente ad una società della quale esso detiene l'intero capitale, a condizione che l'ente pubblico eserciti su tale società un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi, e che la società realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente che la detiene."

A tal proposito l'ASL LE, in base alle recenti disposizioni regionali, con deliberazione n. 44 del 18 gennaio 2010, ha formalmente costituito la società "Sanità Service ASL LE".

La scelta di avvalersi di risorse e competenze relative ai servizi di ausiliario ha l'obiettivo di estendere la base di competenze dell'ASL LE e, quindi, alimentare un processo dinamico di creazione di "valore" aziendale attraverso una sua razionalizzazione.

Ricerche empiriche condotte negli ultimi anni hanno confermato la sempre maggior diffusione di strategie per l'acquisizione di servizi in modalità *In House Providing*, soprattutto quando l'Azienda possiede un assetto organizzativo che consente di ridurre i costi di gestione, in quanto già sostenuti dall'Azienda stessa.

La previsione del costo del primo anno di attività (anno 2010) della Società "Sanità Service ASL LE" è correttamente determinata sulla base dell'ipotesi *Make or Buy*.

Il quadro dei costi presenti nel *Business Plan*, redatto su base triennale (2010-2012) - secondo quanto indicato nella deliberazione della Giunta Regionale (Puglia) n. 745 del 5 Maggio 2009 - è stato elaborato nell'ipotesi di gestione ad "isorisorse". Tale gestione implica che nel processo di internalizzazione sia prevista una condivisione di risorse/servizi già presenti nella stessa ASL, al

fine di generare un'organizzazione unitaria, duratura e professionale nel settore che può, quindi, anche dare certezza e stabilità dei rapporti lavorativi ed ulteriore garanzia per la qualità del servizio. La scelta *In House Providing* consente una compenetrazione operativa tra la ASL e la stessa Società, racchiusa nel concetto del cd. controllo analogo, ossia:

- il possesso dell'intero capitale azionario che, tuttavia, da solo, è condizione necessaria ma non sufficiente a determinare il requisito strutturale;
- il controllo del bilancio;
- il controllo sulla qualità della amministrazione;
- la spettanza di poteri ispettivi diretti e concreti, sino a giungere al potere del controllante di visitare i luoghi di produzione;
- la totale dipendenza dell'affidatario diretto in tema di strategie e politiche aziendali.

All'interno del *Business Plan* sono stati considerati i costi relativi alle attività di gestione della "Sanità Service ASL LE".

L'internalizzazione, quindi, offrirà il vantaggio di un controllo diretto sull'attività, sugli approvvigionamenti e sulla qualità del prodotto/servizio.

In prima istanza si è proceduto ad individuare il costo complessivo lordo del servizio affidato all'esterno (*opzione Buy*) per il 2009 che è pari a € 20.711.392,35 ed è così costituito¹:

Ausiliariato/Pulizie/Portierato	€ 17.143.825,47 +
Servizio di Emergenza Urgenza	€ 3.567.566,88 =
<hr/>	
Totale € 20.711.392,35 ²	

A questo importo rilevato per l'anno 2009 si è sommato la variazione dell'indice IPCA³ (Indice dei Prezzi al Consumo Armonizzato a livello europeo), che per il 2010 è pari al 1,8%. L'indice IPCA è un nuovo indicatore di riferimento per l'inflazione, in sostituzione dell'inflazione programmata, armonizzato tra tutti i Paesi europei e introdotto nell'Accordo Quadro siglato il 22 Gennaio 2009 tra il Governo e le parti sociali. Se consideriamo tale indice di inflazione il costo previsto per l'anno 2010 risulta pari ad € 21.084.197,41.

Ai fini di una corretta e sostenibile individuazione del costo complessivo del servizio *In House*, si è proceduto, inoltre, all'individuazione del fabbisogno complessivo del personale da assumere nella costituenda società.

A tal proposito sono stati redatti i Criteri per la Rilevazione del Fabbisogno di Personale.

¹ Fonte Ufficio Patrimonio/Risorse Economico Fin. ASL LE/Aziende Esterne.

² Fonte Ufficio Patrimonio/Risorse Economico Fin. ASL LE/Aziende Esterne.

³ Tratto da: Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2010-2013 deliberato dal Consiglio dei Ministri il 15 Luglio 2009, pagg. 12-14

Il fabbisogno di personale è stato suddiviso secondo una macro geo-referenziazione, dell'esistente, ossia: strutture ospedaliere, distretti socio sanitari, dipartimenti di dipendenze patologiche, salute mentale, riabilitazione e servizio di emergenza urgenza, sanità elettronica.

Per le strutture ospedaliere è stata effettuata una suddivisione delle discipline in 3 livelli di complessità assistenziale e del rischio: bassa, media, alta.

- Basso Rischio - Ambulatori, Laboratori, Studi Medici, Distretti, Consultori, Poli di riabilitazione, Spazi Comuni, Depositi. Per le discipline con complessità assistenziale 'bassa', ossia per i servizi privi di degenze è stata definita un'attribuzione oraria per operatore pari a 2 ogni 12 ore.
- Medio Rischio - Reparti di degenza e Pronto soccorso. Per le discipline con complessità assistenziale 'media' è stato definito un operatore ogni 5 posti letto (DH o Ordinari). Nei luoghi senza posti letto sono stati assegnati 3 operatori ogni 12 ore. Per il Pronto Soccorso il fabbisogno è individuato in 5 ausiliari per postazione.
- Alto Rischio - Terapie intensive, Sale operatorie, Neonatologia, Zona Parto, Malattie Infettive, Terapie Intensive, Emodinamica, Dialisi presenti nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere. Per le discipline con complessità assistenziale 'alta' è stato definito un operatore ogni 4 posti letto (DH o Ordinari). Inoltre sono nelle zone ad alto rischio senza posti letto sono stati assegnati 4 operatori ogni 24 ore nelle sale operatorie e nelle anestesie, mentre nelle ad alto rischio non comprese nelle precedenti 4 operatori ogni 12 ore.

Per i Distretti Socio Sanitari sono stati stimati:

- N. 2 operatori ogni 15.000 abitanti appartenenti al distretto, 3 unità aggiuntive per ogni poliambulatorio e consultorio. Per i laboratori d'analisi e di radiologia è stata prevista un'attribuzione oraria degli operatori pari a tre unità ogni 12 ore. Per l'Hospice si prevedono 6 unità complessive. Per la casa circondariale non si prevedono operatori ausiliari in quanto è in essere un progetto finanziato dal Ministero di Grazia e Giustizia per la formazione dei detenuti all'espletamento dei servizi di ausiliario.

Per i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche:

- N. 1 unità ogni 200 pazienti in trattamento

Per i Dipartimenti di Salute Mentale:

- In presenza di posti di degenza (S.P.D.C.) è stato previsto un operatore ogni 5 posti letto, altrimenti 3 operatori ogni 12 ore per ogni sede.

Per i Dipartimenti di Riabilitazione:

- N. 2 unità per ogni presidio riabilitativo distrettuale

Per il Servizio di Emergenza-Urgenza 118:

- N.5 unità per ogni postazione. Il fabbisogno rilevato si riferisce alle postazioni dell'Area Sud attualmente garantite solo dal personale dipendente di ditte private e associazioni di volontariato.

Sul fabbisogno totale stimato si prevede, inoltre, una dotazione organica integrativa del 10% per eventuali assenze legate a malattia, gravidanze, etc.

L'ASL LE preso atto del verbale del Tavolo della Sanità Elettronica della Regione Puglia del 11/3/2010 sull'argomento "Analisi ed approfondimento del testo del progetto/capitolato per l'informazione della ASL LE", in cui è testualmente riportato che: "i lavoratori rientranti nella fattispecie "tutelata" sono garanti sia nei confronti del nuovo fornitore, per il quale vi è l'obbligo di condurre il sistema così aggiudicato con il personale già impiegato, che nel caso la stessa ASL decida di effettuare tale conduzione, o parti di essa, "in proprio"; nel qual caso, il posto di lavoro è garantito dal contratto di assunzione sottoscritto con la Società di servizi "in house" della stessa Azienda ASL, ai sensi di quanto previsto dalla L.R. n. 4 del 2010. Inoltre, preso atto della D.G.R. del 23/3/2010 n. 854, avente ad oggetto "Linee Guida nazionali sul Sistema CUP, recepimento - standard di organizzazione e potenziamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie - Linee Guida di indirizzo regionale - Approvazione", che in materia di "soggetto attuatore del servizio di prenotazione", prevede tra l'altro, l'eventuale successivo avvio del processo di "autoproduzione" dei servizi da parte delle ASL, ai sensi dell'art.30 della L.R. n.4 del 2010.

L'ASL LE, pertanto, ha rilevato il costo complessivo lordo (€ 4.558.089,30) per le tipologie di servizio summenzionate per l'anno 2009 rilevando, inoltre, il fabbisogno degli operatori che è pari a 99 unità. In questo modo si potrà assicurare l'internalizzazione dei Servizi CUP (*Front Office-Back Office*) nella Società *In House*, prevedendo così l'eventuale assunzione di 99 unità di personale così come descritto nello schema e nel cronoprogramma di seguito riportato.

Di seguito si propone il quadro riepilogativo del fabbisogno complessivo stimato:

RIEPILOGO FABBISOGNO			
Auxiliari	Fabbisogno personale ausiliario	Dotazione integrativa del 10%	Fabbisogno complessivo personale ausiliario
O. FAZZI	212	21	233
PRESIDI OSPEDALIERI	539	53	583
DISTRETTI SOCIO SANITARI	278	27	297
HOSPICE	6	1	7
CENTRI SALUTE MENTALE (C.S.M)	77	8	85
DIP. DI RIABILITAZIONE	20	2	22
DIP. DIPENDENZE PATOLOGICHE	14	1	15
TOTALE			1.242
Artisti/Soccorritori	Fabbisogno Artisti/Soccorritori	Dotazione integrativa del 10%	Fabbisogno complessivo personale
S.E.U. 118	49	5	54

			54
TOTALE			
Sanità Elettronica	Fabbisogno CUP	Dotazione integrativa del 10%	Fabbisogno complessivo personale
CUP (FRONT OFFICE/BACK OFFICE)	90	9	99
TOTALE			
TOTALE FABBISOGNO			1.395

In base ai criteri di razionalizzazione previsti dalla Società *In house* è stata prevista una distribuzione delle assunzioni sulla base di un cronoprogramma triennale (2010-2012).

Si è potuto individuare con un dettaglio analitico anche i livelli di inquadramento del personale da internalizzare. A tal fine si è proceduto a rilevare il personale ausiliario già in organico nella stessa ASL, ossia 563 ausiliari, mentre per il servizio di Emergenza Urgenza il fabbisogno rilevato si riferisce alle postazioni dell'Area Sud attualmente garantite solo dal personale dipendente di ditte private e associazioni di volontariato.

ANNO	UNITA' DA ASSUMERE	LIV. A	LIV. B
	Ausiliari	633	0
2010	S.E.U. 118 (artisti/soccorritori)	0	54
2011	Ausiliari	47	0
2012	Servizi CUP (Front Office-Back Office)	0	99

Questa procedura ha permesso di rilevare, quindi, i costi necessari per l'avvio e la successiva implementazione delle attività di ausiliariato, supporto e di portierato, nonché il Servizio di Emergenza Urgenza della Società *In House* e la conseguente messa a regime delle attività. Il costo complessivo del servizio summenzionato (ipotesi *Make*) per il 2010 è pari ad € 17.924.927,54, che se confrontato con il costo dei servizi esterni (ipotesi *Buy*) nello stesso anno risulta pari a € 21.022.063,24.

Se riportiamo in una tabella riepilogativa la risultante delle due ipotesi negli anni ed in base alle scelte strategiche, si può riscontrare che l'ipotesi migliore a parità di costi/servizi nei tre anni è quella *Make*:

Anno	Make	Buy	Risultato	Esito
2010	€ 17.924.927,54	€ 21.084.197,41	-€ 3.159.269,87	favorevole make
2011	€ 19.346.405,88	€ 21.548.949,75	-€ 2.201.643,87	favorevole make
2012*	€ 22.598.792,38	€ 26.515.551,79	-€ 3.916.759,32	favorevole make

* Nel 2012 è stato inserito il costo lordo dei servizi relativi al CUP (*Back Office/Front Office*) che risulta pari ad € 4.558.089,30. Esplicitando tale condizione si può riassumere che nell'ipotesi *Buy* il costo complessivo del servizio di ausiliariato/pulizia/portierato (€ 18.175.258,43), del Servizio di

Emergenza Urgenza (€ 3.782.204,28) è di € 21.957.462,70 a cui va sommato il costo lordo del CUP di € 4.558.089,30 per un totale di € 26.515.551,70.

Dal quadro sintetico *Make or Buy* della tabella summenzionata, in sintesi, si può desumere, inoltre, che la società Sanità Service ASL LE risponde alle disposizioni delle Linee Regionali in tema di società *In House* che impongono di avere costi intermedi *Make* nella misura del 2% in meno rispetto all'ipotesi *Buy*.

La sezione dei costi del conto economico della Società *in house* nel primo anno (2010), a titolo esemplificativo, risulta essere così composto:

CONTO ECONOMICO 2010	
COSTI	€/euro
MATERIALI DI CONSUMO	157.320,00
Acquisto attrezzature	-
Acquisto divise	102.600,00
Acquisto scarpe antiscivolo	54.720,00
Telefoni cellulari	-
Cancelleria	-
COSTI PER SERVIZI	751.386,90
Spese di rappresentanza	-
Carburante	5.400,00
Trasporti e Spedizioni	-
Consulenze tecniche	-
Consulenze occasionali	-
Formazione	105.750,00
Rimborso spese viaggio indeducibili	-
Attrezzature specifiche	60.000,00
Consulenze legali/fiscali/amministrative	30.000,00
Consulenze del lavoro	100.000,00
Elettricità	-
Interessi passivi	1.062,50
Spese telefonia mobile	3.600,00
Spese telefonia fissa	-
Noleggio auto	13.200,00
Compensi agli amministratori	50.000,00
Spese postali	-
Altre spese varie	32.667,00
Coordinatori	200.000,00
IVA indeducibile	89.707,40
Assicurazioni	15.000,00
Compensi sindaci	45.000,00
COSTI GODIM. BENI TERZI	-
Locazione spazi	-
AMMORT. IMM. IMMATERIALI	500,00
Amm. Spese costituzione	500,00
Amm. Software	-
Amm. Spese di impianto	-
AMMORT. IMM. MATERIALI	125,00
Amm.to Impianti elettrici	-

Amm.to Fabbricati	-
Amm.to Impianti climatizzazione	-
Amm.to Computer e macchine ufficio	-
Amm.to Mobili e arredi	-
Amm.to Telefoni cellulari	125,00
Amm.to Veicoli aziendali	-
SALARI	11.073.238,99
Stipendi dipendenti	11.051.280,97
accantonamento ferie	-
accantonamento 13ma	920.940,08
accantonamento 14ma	-
Collaboratori a progetto	-
ONERI CONTRIBUTIVI	3.950.832,93
Contributi INPS	3.950.832,93
accantonamento oneri su ferie	-
accantonamento oneri su 13ma	-
accantonamento oneri su 14ma	-
TRATTAM FINE RAPPORTO	886.831,18
TPR	886.831,18
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	677,87
Bollo e Registro	168,00
Tassa CC/IAA e Vidimazione libri	509,87
ONERI FINANZIARI	-
Interessi passivi	-
ONERI STRAORDINARI	-
Sopravvenienze passive	-
Multe e sanzioni	-
IMPOSTE E TASSE	205.032,66
IRES	-
IRAP	205.032,66
TOTALE COSTI	17.924.927,54

Materiale di Consumo

Include tutti quei beni il cui utilizzo è indispensabile per l'espletamento del servizio stesso e non è co-finanziabile dall'ASL (indumenti monouso, dispositivi di protezione, etc.). E' stato ipotizzato un consumo secondo un piano triennale di acquisti legato al fabbisogno del personale. Il costo unitario delle divise secondo un'indagine di mercato è pari a 150,00 €. E' stato inoltre calcolato il ricambio estivo/invernale. Lo stesso criterio è stato utilizzato per l'acquisto delle scarpe antiscivolo il cui costo unitario, sempre secondo un'indagine di mercato, risulta pari a 80 €. E' possibile prevedere che nella configurazione di tale spesa ci possano essere dei possibili risparmi generati dalla ricerca di sponsor.

Costi per Servizi

Include le spese di carburante, consulenze legali/fiscali/amministrative, consulenze del lavoro,

noleggio auto, compensi agli amministratori/sindaci, altre spese varie, necessarie per garantire l'efficienza dei servizi di assistenza al malato ed assicurazioni.

Nello specifico è stato previsto il noleggio di due vetture per un importo complessivo annuale pari a 13.200,00 €. Una spesa annuale di carburante pari a € 5.400,00, associata ad un consumo medio di 6 litri/100km. L'utilizzo di tali vetture è previsto per lo spostamento del personale addetto al coordinamento dei servizi e la mobilità del personale amministrativo che dovranno espletare i servizi generali.

La voce di costo altre spese varie per un importo pari ad € 32.667,40 è riferibile alle spese da sostenere per garantire i vari servizi di assistenza, tra cui servizi specifici, tra i quali la sanificazione e l'acquisto di detersivi ed eventuali manutenzioni necessarie a garantire la capacità produttiva del servizio. Si prevedono, inoltre, acquisti per attrezzature specifiche inferiori a 500,00 € che assieme alle altre attrezzature già in possesso dall'ASL LE costituiranno i Kit per il lavoro dei dipendenti.

Le attività di amministrazione comportano un costo pari a € 50.000, così ripartito: 1 sindaco (15.000,00 €), 1 amministratore più 1 segretario (€ 35.000,00); per le attività di consulenza specifiche di tipo legale, fiscale ed amministrativo sono stati stimati € 20.000. Inoltre sono state stimate per la consulenza del lavoro € 50.000. Questa struttura consentirà di tenere correttamente le scritture contabili, elaborare bilanci e le relative dichiarazioni fiscali, buste paga, contratti, etc.. e non sono assolutamente sottostimate rispetto ai livelli di attività. Per il coordinamento/controllo delle attività sono stati previste un minimo di 7 persone ad un costo di € 200.000. Tali figure fungeranno da *trait-d'union* tra il *management* della Società *IN HOUSE* ed il personale impiegato nei diversi livelli di attività. Si prevede un costo per i Sindaci pari ad € 45.000.

E' stato inoltre previsto il costo relativo alla copertura assicurativa per i dipendenti stimando un premio annuale pari a € 15.000,00.

Oneri Finanziari

Nel piano non è presente il contributo degli oneri finanziari perché si prevede una capacità di liquidare le fatture a trenta giorni, eliminando così la probabilità di indebitamento della società SANITA' SERVICE ASL LE. La scelta "*IN HOUSE PROVIDING*", a fronte del controllo analogo, non può non comportare che la ASL riversi con immediatezza le somme occorrenti per il pagamento delle competenze correnti al personale, rendendo così nullo il contributo relativo a tali oneri. Nel B.Plan sia ai fini della preparazione del preventivo che della rilevazione dei costi consuntivi non è accettabile l'utilizzo di interessi figurativi o di computo, né è accettabile considerare i soli interessi passivi senza tener conto degli eventuali proventi finanziari connessi agli anticipi ed agli acconti ricevuti dal committente. Ad ogni modo in regime prudenziale sono stimati gli interessi passivi applicati in media dalle tesorerie bancarie in regime di scoperto bancario che è

pari a 4,25 per mille.

Costo del Personale

Le voci di costo 'Salari', 'Oneri contributivi', 'Trattamento di fine rapporto' rappresentano il costo relativo al fabbisogno di unità di personale previsto nei tre anni inquadrati con CCNL Sanità privata rispettivamente nei livelli A e B. Il costo è stato determinato rilevando il monte ore lavorativo annuo pari a 1600 ore. Si fa presente che tale dato potrà variare a seconda degli aumenti salariali previsti dalla legge.

Formazione

Il processo di formazione di tali operatori è necessario per il miglioramento dei servizi da offrire. In tal caso il costo della formazione è legato direttamente alla capacità della SANITA' SERVICE ASL LE di generare progetti (*project financing*) di formazione finanziabili. Si ritiene di poter sostenere economicamente una specifica iniziativa (progetto) principalmente per la sua capacità di generare ricavi, nella quale il ristoro del debito è garantito dai flussi di cassa previsti dalla gestione dell'attività. Il costo di tale attività è legato, ad ogni modo, al numero di persone che negli anni si avvicenderanno. A questo proposito il costo più alto è quello del primo anno.

Imposte e tasse

Include il costo dell'imposta IRAP tenendo conto anche della deduzione forfettaria scaturente dall'applicazione del cd. "cuneo fiscale". Il *Business Plan* nella proiezione del suo conto economico a tre anni (2010-2012) include la variazione dell'indice IPCA⁴ (Indice dei Prezzi al Consumo Armonizzato a livello europeo). L'indice IPCA è un nuovo indicatore di riferimento per l'inflazione, in sostituzione dell'inflazione programmata, armonizzato tra tutti i Paesi europei, e introdotto nell'accordo quadro siglato il 22 Gennaio 2009 tra il Governo e le parti sociali. Di seguito si riporta il valore dell'indice previsionale per il quadriennio 2009-2012²:

Inflazione IPCA (variazione percentuale)

2009	2010	2011	2012
1,5	1,8	2,2	1,9

⁴ Tratto da: Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2010-2013 deliberato dal Consiglio dei Ministri il 15 Luglio 2009, pgg. 12-14.

Business Plan 2010 - 2012
SANITA' SERVICE ASL LE

	31.12.2010	31.12.2011	varianza	31.12.2012	varianza
STATO PATRIMONIALE					
ATTIVO					
IMM. IMMATERIALI					
	2.500,00	2.500,00	-	2.500,00	-
Spese di costituzione	2.500,00	2.500,00	-	2.500,00	-
Software	-	-	-	-	-
Costi di impianto	-	-	-	-	-
IMM. MATERIALI	1.000,00	1.000,00	-	1.000,00	-
Impianti elettrici	-	-	-	-	-
Fabbricati	-	-	-	-	-
Impianti climatizzazione	-	-	-	-	-
Computer e macchine ufficio	-	-	-	-	-
Mobili e arredi (inclusi espositori+accessori)	-	-	-	-	-
Telefoni cellulari	1.000,00	1.000,00	-	1.000,00	-
Veicoli aziendali	-	-	-	-	-
IMM. FINANZIARIE	-	-	-	-	-
Depositi cauzionali	-	-	-	-	-
CASSA E BANCHE	- 261.715,37	- 344.195,00	82.479,63	- 316.708,03	27.486,98
Cassa e Banca	- 261.715,37	- 344.195,00	82.479,63	- 316.708,03	27.486,98
CREDITI COMMERCIALI	1.493.743,96	1.612.200,49	118.456,53	1.893.232,70	271.032,21
Ribaltamento Costi	1.476.657,91	1.595.114,94	118.457,03	1.851.895,93	256.780,99
Ribaltamento IRAP	17.086,06	17.085,55	0,50	31.336,77	14.251,21
CREDITI TRIBUTARI	-	-	-	-	-
Acconto Irap	-	-	-	-	-
Acconto Ires	-	-	-	-	-
Erario c/IVA credito	-	-	-	-	-
IVA credito dichiarazione annuale	-	-	-	-	-
Credito Irap	-	-	-	-	-
Credito Ires	-	-	-	-	-
RIMANENZE MERCI	-	-	-	-	-
Rimanenze materiale di consumo	-	-	-	-	-
RISCONTI ATTIVI	-	-	-	-	-
Risconti attivi	-	-	-	-	-
TOT ATTIVITA'	1.235.528,59	1.271.503,49	35.974,90	1.570.024,67	298.519,18
PASSIVO					
F.DO AMMORT. IMM. IMMATERIALI	500,00	1.000,00	500,00	1.500,00	500,00

F.do amm. Spese costituzione	500,00	1.000,00	500,00	1.500,00	500,00
F.do amm. Software	-	-	-	-	-
F.do amm. Spese di impianto	-	-	-	-	-
F.DO AMMORT. IMML. MATERIALI	125,00	375,00	250,00	625,00	250,00
F.do Amm.to Impianti elettrici	-	-	-	-	-
F.do Amm.to Fabbricati	-	-	-	-	-
F.do Amm.to Impianti climatizzazione	-	-	-	-	-
F.do Amm.to Computer e macchine ufficio	-	-	-	-	-
F.do Amm.to Mobili e arredi (incluso espositori+accessori)	-	-	-	-	-
F.do Amm.to Telefoni cellulari	125,00	375,00	250,00	625,00	250,00
F.do Amm.to Veicoli aziendali	-	-	-	-	-
DEBITI VERSO SOCI	-	-	-	-	-
Finanziamento Soci infruttifero	-	-	-	-	-
DEBITI VERSO BANCHE	-	-	-	-	-
Finanziamento lungo termine n. Banca	-	-	-	-	-
DEBITI COMMERCIALI	227.426,73	198.456,98	28.969,75	196.045,48	2.411,50
Nota credito da emettere	-	-	-	-	-
Fatture da ricevere	-	-	-	-	-
Debito vs fornitori	227.426,73	198.456,98	28.969,75	196.045,48	2.411,50
DEBITI VERSO IL PERSONALE	-	-	-	-	-
Debiti v/dipendenti salari da liquidare	-	-	-	-	-
Debiti verso collaboratori	-	-	-	-	-
Debiti v/personale per ferie	-	-	-	-	-
Debiti per contributi per ferie	-	-	-	-	-
Debiti per 13ma	-	-	-	-	-
Debiti per 14ma	-	-	-	-	-
Note spese da ricevere	-	-	-	-	-
DEBITI VERSO ISTITUTI PREVIDENZA	403.138,68	439.985,14	36.846,66	514.114,67	74.129,53
Debito vs INPS lavoratori dipendenti	344.016,60	375.459,36	31.442,77	438.717,47	63.258,10
Debito vs INPS collaboratori	-	-	-	-	-
Debito vs altri istituti di previdenza	59.122,08	64.525,78	5.403,70	75.397,20	10.871,43
Debito vs INAIL	-	-	-	-	-
DEBITI TRIBUTARI	504.338,19	531.688,37	27.356,18	757.739,53	226.051,15
Erario c/ IVA debito	-	-	-	-	-
Ritenute d'accanto operate	-	-	-	-	-
Debito Irpef co.co.co.	-	-	-	-	-
Debito Irpef dipendenti	299.305,52	326.661,75	27.356,22	381.698,33	55.036,59
Debito IRAP	205.032,66	205.026,63	6,04	376.041,19	171.014,57
Debito IRES	-	-	-	-	-
DEBITI ALTRI	-	-	-	-	-
Debiti per sanzioni	-	-	-	-	-
Debito Carta Credito	-	-	-	-	-
Debiti per compensi agli amministratori	-	-	-	-	-

FONDO TFR	-	-	-	-	-
Fondo acc.to indennità di fine rapporto	-	-	-	-	-
RISCONTI PASSIVI	-	-	-	-	-
Risconti passivi	-	-	-	-	-
PATRIMONIO NETTO	100.000,00	100.000,00	-	100.000,00	-
Capitale sociale	100.000,00	100.000,00	-	100.000,00	-
Perdita/Utile esercizio precedente	-	-	-	-	-
Riserva legale	-	-	-	-	-
Riserva statutaria	-	-	-	-	-
Riserve altre	-	-	-	-	-
TOT PASSIVITA'	1.235.528,59	1.271.505,49	35.976,90	1.570.024,67	298.519,18
UTILE (+)/PERDITA (-)	-	0,00	0,00	0,00	-
CONTO ECONOMICO					
COSTI					
MATERIALI DI CONSUMO	157.320,00	168.820,00	11.500,00	168.820,00	-
Acquisto attrezzature	-	-	-	-	-
Acquisto divise	102.600,00	110.100,00	7.500,00	110.100,00	-
Acquisto scarpe antiscivolo	54.720,00	58.720,00	4.000,00	58.720,00	-
Telefoni cellulari	-	-	-	-	-
Cancelleria	-	-	-	-	-
COSTI PER SERVIZI	751.386,90	625.007,98	126.379,00	615.361,90	9.646,00
Spese di rappresentanza	-	-	-	-	-
Carburante	5.400,00	5.400,00	-	5.400,00	-
Trasporti e Spedizioni	-	-	-	-	-
Consulenze tecniche	-	-	-	-	-
Consulenze occasionali	-	-	-	-	-
Formazione	105.750,00	7.050,00	98.700,00	-	7.050,00
Rimborso spese viaggio indeducibili	-	-	-	-	-
Attrezzature specifiche	60.000,00	60.000,00	-	60.000,00	-
Consulenze legali/fiscali/amministrative	30.000,00	30.000,00	-	30.000,00	-
Consulenze del lavoro	100.000,00	100.000,00	-	100.000,00	-
Elettricità	-	-	-	-	-
Interessi passivi	1.062,50	1.487,50	425,00	1.147,50	340,00
Spese telefonia mobile	3.600,00	3.600,00	-	3.600,00	-
Spese telefonia fissa	-	-	-	-	-
Noleggio auto	13.200,00	13.200,00	-	13.200,00	-
Compensi agli amministratori	50.000,00	50.000,00	-	50.000,00	-
Spese postali	-	-	-	-	-
Altre spese varie	32.667,00	23.947,00	8.720,00	23.242,00	-
Coordinatori	200.000,00	200.000,00	-	200.000,00	-

IVA indetraibile	89.707,40	70.323,40	19.384,00	68.772,40	1.551,00
Assicurazioni	15.000,00	15.000,00	-	15.000,00	-
Compensi sindaci	45.000,00	45.000,00	-	45.000,00	-
COSTI CODIM. BENI TERZI	-	-	-	-	-
Locazione spazi	-	-	-	-	-
AMMORT. IMM. IMMATERIALI	900,00	500,00	-	500,00	-
Amm. Spese costituzione	500,00	500,00	-	500,00	-
Amm. Software	-	-	-	-	-
Amm. Spese di impianto	-	-	-	-	-
AMMORT. IMM. MATERIALI	125,00	250,00	125,00	250,00	-
Amm.to Impianti elettrici	-	-	-	-	-
Amm.to Fabbricati	-	-	-	-	-
Amm.to Impianti climatizzazione	-	-	-	-	-
Amm.to Computer e macchine ufficio	-	-	-	-	-
Amm.to Mobili e arredi	-	-	-	-	-
Amm.to Telefoni cellulari	125,00	250,00	125,00	250,00	-
Amm.to Veicoli aziendali	-	-	-	-	-
SALARI	11.972.220,99	13.066.469,80	1.094.248,81	15.267.938,38	2.201.463,58
Stipendi dipendenti	11.051.280,91	12.061.356,74	1.010.075,83	14.093.476,97	2.032.120,23
accantonamento ferie	-	-	-	-	-
accantonamento 13ima	920.940,08	1.005.113,06	84.172,99	1.174.456,41	169.343,35
accantonamento 14ima	-	-	-	-	-
Collaboratori a progetto	-	-	-	-	-
ONERI CONTRIBUTIVI	3.950.832,93	4.311.935,03	361.102,11	5.038.418,02	726.482,98
Contributi INPS	3.950.832,93	4.311.935,03	361.102,11	5.038.418,02	726.482,98
accantonamento oneri su ferie	-	-	-	-	-
accantonamento oneri su 13ima	-	-	-	-	-
accantonamento oneri su 14ima	-	-	-	-	-
TRATTAM.FINE RAPPORTO	886.831,18	967.886,65	81.055,47	1.130.958,03	163.071,38
TFR	886.831,18	967.886,65	81.055,47	1.130.958,03	163.071,38
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	677,87	509,87	168,00	509,87	-
Bollo e Registro	168,00	-	168,00	-	-
Tassa CCIAA e Vidimazione libri	509,87	509,87	-	509,87	-
ONERI FINANZIARI	-	-	-	-	-
Interessi passivi	-	-	-	-	-
ONERI STRAORDINARI	-	-	-	-	-
Sopravvenienze passive	-	-	-	-	-
Multe e sanzioni	-	-	-	-	-
IMPOSTE E TASSE	205.032,66	205.026,63	6,04	376.041,19	171.014,57
IRES	-	-	-	-	-
IRAP	205.032,66	205.026,63	6,04	376.041,19	171.014,57

TOTALE COSTI	17.924.927,54	19.346.405,88	1.421.478,35	22.598.792,38	3.252.386,50
RICAVI					
RICAVI CARATTERISTICI	17.924.927,54	19.346.405,88	1.421.478,35	22.598.792,38	3.252.386,50
Recupero costi ASL	17.719.894,87	19.141.379,26	1.421.484,39	22.222.751,19	3.081.371,93
Recupero IRAP	205.032,66	205.026,63	6,04	376.041,19	171.014,57
PROVENTI FINANZIARI	-	-	-	-	-
Interessi attivi	-	-	-	-	-
Arrotondamenti attivi	-	-	-	-	-
PROVENTI STRAORDINARI	-	-	-	-	-
Sopravvenienze attive	-	-	-	-	-
RIMANENZE FINALI	-	-	-	-	-
Rimanenze materiale di consumo	-	-	-	-	-
TOTALE RICAVI	17.924.927,54	19.346.405,88	1.421.478,35	22.598.792,38	3.252.386,50
UTILE (+)/PERDITA (-)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DELIBERA

per tutte le ragioni richiamate in narrativa, che qui si intendono interamente riportate di:

- recepire il *Business Plan* della Società "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" con idoneo cronoprogramma sull'arco temporale 2010-2012, allegato al presente Atto del quale costituiscono parte integrale e sostanziale, nel rispetto delle linee Guida approvate con D.G.R. 2477/09;
- riservarsi di assumere le definitive determinazioni preordinate alla gestione del processo rivolto all'auto-produzione dei servizi oggetto di affidamento in house providing;
- trasmettere il presente Atto al Presidente della Giunta Regionale ed all'Assessore Regionale alle Politiche della Salute;
- trasmettere il presente atto al Collegio dei Sindaci;
- dichiarare il presente Atto immediatamente esecutivo.

Il Direttore AA.II.

dr. Antonio Vigna

Il Direttore Amministrativo

dr.ssa Paola Ciannamese

Il Direttore Sanitario

dr. Franco Sanapo

Il Direttore Generale

dr. Guido Scoditti

Antonio Vigna
FIRMATO
Dr.ssa Paola Ciannamese
FIRMATO
Dott. Franco SANAPO
FIRMATO
Dott. Guido Scoditti

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
LECCE**

n. _____ Reg. pubbl. _____

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio di quest'Azienda per 15 giorni consecutivi

Dal 23 APR. 2010 al 7 MAG. 2010

Lecco, li 23 APR. 2010

dell'Ufficio
Generale

Il Responsabile

Segreteria Direzione

FIRMATO
Dott. Antonio VIGNA

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale con nota del _____

ALL 5
Ass

Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale di Lecce
Sede Legale e Direzione Generale
Lecce

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE NUMERO	2304	DEL	28 LUG. 2010
---------------------------------	-------------	------------	---------------------

OGGETTO:	Sanità Service ASL LE S.r.l. unipersonale - affidamento dei servizi - adempimenti
-----------------	---

L'anno due miladici, il giorno ventotto del mese di luglio
in Lecce, nella Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA	CENTRO DI COSTO

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006, n.25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006, n.39;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.721 del 9/5/2008;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, con l'assistenza quale Segretario del Dott. Antonio Vigna, Dirigente Affari Generali ed Istituzionali;

PREMESSO

che con deliberazione n. 44 del 18 gennaio 2010 si è costituita la società "In House Providing" a capitale interamente pubblico denominata "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" ed approvato il relativo statuto;

che con deliberazione n. 1140 del 22 aprile 2010 è stato approvato il business plan e la determinazione del fabbisogno concernente l'affidamento dei servizi alla suddetta società;

che con deliberazione n. 1139 è stato nominato l'Amministratore Unico della società stessa;

considerato che le motivazioni di pubblico interesse ampiamente esposte nelle predette deliberazioni n. 44/2010 e 1140/2010 continuano a rivestire valenza strategica per l'azienda nei percorsi di gestione, sia per il potenziamento delle performance assistenziali che per il miglioramento dei costi e del rapporto costi benefici;

preso atto che con le citate deliberazioni n. 44/2010 e 1140/2010 sono stati individuate le attività e servizi che costituiscono oggetto di affidamento alla "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" e che di seguito si riportano:

- attività di ausiliario a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'azienda sanitaria locale di Lecce e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche;
- attività di supporto e di integrazioni dei servizi sanitari di emergenza urgenza resi dall'azienda sanitaria locale di Lecce, ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;
- servizio di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie (CUP front - office, back - office);

vista la delibera di Giunta Regionale n. 2477/2009 avente come oggetto: "linee guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti Pubblici del servizio sanitario regionale di Puglia"

RITENUTO

di procedere all'affidamento alla "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" del servizio di:

attività di ausiliario a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'azienda sanitaria locale di Lecce e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche;

di rinviare, all'esito della definizione degli standard di organizzazione del sistema emergenza urgenza 118 nonché dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie, in corso di attuazione, l'affidamento delle attività strettamente funzionali all'erogazione dei servizi stessi;

di stabilire, sulla scorta del fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, determinato per le strutture aziendali, tenuto conto dell'attuale modello organizzativo e dell'assetto aziendale delle unità operative in:

- n. 556 fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, servizi alla persona a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce

nelle UU.OO. di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri, precisando che è di 556 il numero delle unità di personale fornito dall'affidatario del servizio, diversamente distribuito nelle diverse sedi ospedaliere;

- n. 124 fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, servizi alla persona ed alberghieri a supporto dei servizi resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, dei distretti socio sanitari e nei dipartimenti extra ospedalieri, precisando che è di 124 il numero di dell'unità di personale fornito dall'affidatario del servizio;

di concedere in comodato d'uso gratuito alla "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale", per farne la sede dei propr. uffici, per tutta la durata della Società, n. tre stanze locate al piano terra di via Miglietta n.5, presso gli uffici della Direzione Generale, nonché l'utilizzo, a titolo gratuito, delle utenze, dei beni e servizi nelle stesse comprese;

Dare mandato all'Amministratore Unico della "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" di procedere agli atti amministrativi per l'assunzione del personale, come sancito nella delibera n. 1140/2010 e dall'art. 30 della L.R. n. 4/2010 e dall'acquisto di beni e servizi necessari per l'avvio di attività proprie secondo le modalità previste dallo statuto della società;

di dare mandato al direttore dell'area gestione delle risorse finanziarie di versare per il predetto scopo alla società "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" la somma di €500.000, cinquecentomila, quale acconto sulla rendicontazione;

PRESO ATTO

degli elenchi del personale dipendente, forniti, dalle società ATI CNS BIO.LOGICA, La Pulisan, in servizio alla data 31/05/2009 ed attualmente in servizio, depositati presso l'Area Gestione del Patrimonio,

dell'elenco del personale che, nell'ambito dei suddetti elenchi forniti dalle società appaltatrici, pur con la qualifica di "operaio", ha svolto e svolge funzioni di ausiliario, supporto e presidio;

dell'elenco dei 19 lavoratori provenienti dalla platea storica del LSU inseriti nel piano di stabilizzazione ed affidati all'ATI CNS BIO.LOGICA mediante estensione del contratto di appalto del servizio di supporto e ausiliario da effettuarsi presso le strutture ospedaliere, distretti socio sanitari e i dipartimenti della Asl;

Acquisito il parere della delegazione trattante del comparto che si allega al presente atto e di cui forma parte integrante;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per tutte le ragioni richiamate in narrativa, che qui si intendono integralmente richiamate:

- affidare alla "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" il servizio inerente l'attività di ausiliario a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'azienda sanitaria locale di Lecce e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche, così come riportato nella deliberazione n. 44 del 18 gennaio 2010 e previsto nello statuto della società;

- rinviare, all'esito della definizione degli standard di organizzazione del sistema emergenza urgenza 118 nonché dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie, in corso di attuazione l'affidamento delle attività strettamente funzionali all'erogazione dei servizi sanitari di emergenza urgenza e del cup;
- stabilire, sulla scorta del fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, determinato per le strutture aziendali, tenuto conto dell'attuale modello organizzativo e dell'assetto aziendale delle unità operative in:
 - n. 556 fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, servizi alla persona a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce nelle U.O.O. di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri, precisando che è di 556 il numero delle unità di personale fornito dall'affidatario del servizio diversamente distribuito nelle diverse sedi ospedaliere;
 - n. 124 fabbisogno di personale per le attività di ausiliario, servizi alla persona ed alberghieri a supporto dei servizi resi dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, dei distretti socio sanitari e nei dipartimenti extra ospedalieri, precisando che è di 124 il numero di dell'unità di personale fornito dall'affidatario del servizio;
- Concedere in comodato d'uso gratuito alla "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale", per farne la sede dei propri uffici, per tutta la durata della Società, n. tre stanze locate al piano terra di via Miglietta n.5, presso gli uffici della Direzione Generale, nonché l'utilizzo, a titolo gratuito, delle utenze, dei beni e servizi nelle stesse comprese;
- Dare atto che nel fabbisogno come sopra determinato sono compresi i n. 19 lavoratori ex LSU inseriti nel piano di stabilizzazione affidato all'ATI CNS BIOLOGICA, fatte salve le determinazioni che saranno adottate a seguito di direttive regionali in merito all'applicazione della L.R. n. 4/2010;
- Dare mandato all'Amministratore Unico della "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" di procedere agli atti amministrativi per l'assunzione del personale, già utilizzato dalle imprese appaltatrici, come sancito nella delibera n. 1140/2010 e dall'art. 30 della L.R. n. 4/2010 e dall'acquisto di beni e servizi necessari per l'avvio di attività proprie secondo le modalità previste dallo statuto della società;
- Dare mandato al direttore dell'area gestione delle risorse finanziarie di versare per il predetto scopo alla società "Sanità Service ASL LE s.r.l. unipersonale" la somma di €500.000 cinquecentomila quale acconto sulla rendicontazione;
- Trasmettere il presente atto al Presidente della Giunta Regionale ed all'Assessore regionale delle politiche e alla salute per i provvedimenti di competenza;
- Trasmettere il presente atto al Collegio sindacale della ASL Lecce;

Il Direttore Amministrativo (Dott.ssa Paola Ciannamea)

Il Direttore Sanitario (Dott. Franco Sanapo)

Il Direttore Generale (Dott. Guido Scoditti)

[Firma]

[Firma]

[Firma]

744. 0

**Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DELIBERAZIONE NUMERO	85	DEL	24 MAR. 2011
----------------------	----	-----	--------------

OGGETTO:	DDG n. 2304/2010 "Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale - affidamento dei servizi - adempimenti" - Riattivazione del percorso di affidamento del servizio.
----------	---

L'anno 2011, il giorno Venerdì del mese di Marzo in Lecce, nella
Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA (Descrizione)	CENTRO DI COSTO (Descrizione)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006 n. 25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006 n. 39;
- Vista la L.R. 31/12/2010 n. 19, art.14;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 311 del 24/02/2011;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario;
- Con l'assistenza, quale Segretario, del Dott. Antonio Vigna, Dirigente Affari Generali ed Istituzionali

Premesso che:

- con deliberazione n. 44 del 18/01/2010 è stato disposto di costituire la società *in house* denominata "Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale", nel rispetto delle linee guida indicate con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2477 del 15/12/2009 e ss.mm.ii. e della normativa vigente;
- con atto per notar Novembre di Lecce del 24/03/2010 veniva costituita la società "Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale";
- con deliberazione del Direttore Generale n. 1140 del 22/04/2010 è stato recepito il Business Plan della Società Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale, con riserva di assumere le definitive determinazioni preordinate alla gestione del processo rivolto all'auto-produzione dei servizi oggetto di affidamento in *house providing*;
- con la medesima deliberazione è stato elaborato idoneo cronoprogramma sull'arco temporale 2010-2012, prevedendo complessive 680(seicentottanta) unità di personale ausiliario da assumere nel triennio;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2304 del 28/07/2010 è stato affidato alla Sanitaservice ASL LE s.r.l. Unipersonale il servizio inerente l'attività di ausiliariato a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dalla stessa Azienda Sanitaria e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche;
- con detto provvedimento si è deliberato, altresì, acquisito il parere della delegazione trattante del comparto, di procedere all'assunzione del personale dipendente dalle ditte affidatarie dei suddetti servizi con qualifica di operaio di I, II e III livello, in servizio a tempo indeterminato alla data del 31 maggio 2009 e, comunque, in servizio alla data di entrata in vigore della L.R. n. 4/2010 (ossia alla data del 28 febbraio 2010);
- con la medesima deliberazione, inoltre, è stato conferito espresso mandato all'Amministratore Unico della Società Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale di procedere agli atti amministrativi per l'assunzione del personale, già utilizzato dalle imprese appaltatrici, come sancito nella deliberazione n. 1140 del 22/04/2010 e dall'art. 30 della L.R. n. 4/2010 ed all'acquisto di beni e servizi necessari per l'avvio di attività proprie secondo le modalità previste dallo Statuto della Società;
- in virtù delle linee guida regionali di cui alla DGR n. 2477/2009, della successiva normativa intervenuta in materia, nonché delle deliberazioni assunte, anche a seguito delle intese raggiunte con la delegazione trattante del comparto, veniva elaborato un elenco (allegato sub A alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale) di n. 680(seicentottanta) unità di personale ausiliario in possesso dei criteri individuati;
- avverso le procedure di "internalizzazione degli ausiliari" le ditte appaltatrici, aggiudicatrici dei servizi di ausiliariato, hanno proposto ricorso innanzi al TAR Puglia, Sezione di Lecce, chiedendo l'annullamento, previa sospensione, della deliberazione n. 2304 del 28 luglio 2010;
- le ordinanze cautelari con le quali il TAR Puglia ha respinto l'istanza cautelare sono state impugnate innanzi al Consiglio di Stato il quale, anch'esso, ha respinto il proposto ricorso;

- l'ASL LE, al fine di tutelare i dipendenti delle ditte esterne interessati dal processo di internalizzazione, assumeva la determinazione di rinviare le procedure di assunzione all'esito dei giudizi pendenti innanzi al Consiglio di Stato ed alla Corte Costituzionale quest'ultimo, in merito alla illegittimità della L.R. n. 4/2010;
- con sentenza n. 68 del 03/03/2011 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 30 della L.R. n. 4/2010 limitatamente al comma 1 del sostituito art. 25 della L.R. n. 25 del 2007, limitatamente alle parole «a tempo indeterminato», fermo l'«utilizzo» del personale della impresa affidataria del servizio, anche qualora ciò avvenga ad opera di società a totale partecipazione pubblica, legittimando, pertanto, l'attività intrapresa con la costituzione della Società *in house*.

Preso atto che

- con nota prot. n. 24/159/SP del 21/03/2011 l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute ha invitato questa Azienda a riattivare il percorso di affidamento dei servizi di ausiliario alla società *in house* Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale per un periodo temporale congruo applicando la "clausola sociale" senza che siano operate modifiche ai termini dei rapporti contrattuali individuali degli operatori attualmente dipendenti dalle società private;

Rilevato che

- permangono tutte le motivazioni sottese alla scelta di auto-rodurre i ridetti servizi *in house*;
- la pronuncia della Corte Costituzionale determina la necessità giuridica di limitare l'affidamento dei servizi disposto con le delibere sopra richiamate ad un termine prestabilito;

Ritenuto che

- in ragione dei servizi da affidare è del tutto congrua la previsione di un termine di durata dell'affidamento pari a 6(sei) anni, con previsione di rinnovo alla scadenza;
- l'affidamento, per la durata stabilita, determina l'applicazione della clausola sociale, di tutela dei dipendenti, come disciplinata dal vigente CCNL applicabile;
- allo stato, null'altro osta alla prosecuzione del processo di "internalizzazione" del servizio di ausiliario.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

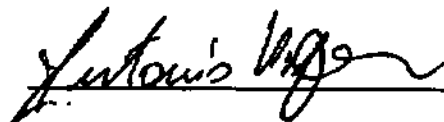
Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

- proseguire nel percorso già avviato con la costituzione della società Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale alla quale verranno affidate le attività di ausiliario a supporto dei servizi sanitari di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 44 del 18/01/2010 per un periodo di anni 6(sel), salvo rinnovo alla scadenza;

- utilizzare gli operatori attualmente addetti nei servizi oggetto di affidamento applicando la "clausola sociale" senza che siano operate modifiche ai termini dei rapporti contrattuali individuali degli operatori attualmente dipendenti dalle società private;
- dare mandato all'Amministratore Unico di proseguire negli atti amministrativi finalizzati all'assunzione di n. 680(seicentottanta) unità come individuate nell'elenco allegato sub A), ed all'acquisto di beni e servizi necessari per l'avvio dell'attività propria della società, come da precedenti deliberazioni e da statuto sociale;
- trasmettere la presente deliberazione al Presidente della Giunta Regionale ed all'Assessore Regionale alle Politiche della Salute;
- subordinare l'efficacia della presente deliberazione alla presa d'atto da parte della Giunta Regionale.

Il Responsabile dell'istruttoria
(Dott. Antonio Vigna)



Il Direttore Amministrativo
Dott. Vito Gigante

FIRMATO
Dr. Vito GIGANTE

Il Direttore Sanitario
Dr. Franco Sanapo

CONTRINTEGGIO
Dott. Franco SANAPO

Il Commissario Straordinario
Dott. ssa Paola Ciannamè

FIRMATO
Dott. ssa Paola Ciannamè

AZIENDA SANITARIA LOCALE

LECCE

n. _____ Reg. pubbl.

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio di quest'Azienda e sul Sito Web aziendale www.asl.lecce.it per 15 giorni consecutivi

dal 24 MAR. 2011 al 07 APR. 2011

Lecca, li 24 MAR. 2011

Il Responsabile dell'ufficio

FIRMATO
Dot. ARMANDO VIGNA

La presente Deliberazione è trasmessa al Collegio Sindacale.

ALL. 7

1186

Servizio Sanitario della Puglia
Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE NUMERO	<u>493</u>	DEL	<u>23 DIC. 2011</u>
-----------------------------	------------	------------	---------------------

OGGETTO:	"Sanitaservice ASL LE s.r.l. Unipersonale": approvazione Business Plan 2012.
-----------------	--

L'anno 2011, il giorno venti tre del mese di dicembre in Lecce, nella
 Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

S TRUTTURA (Descrizione)	CENTRO DI COSTO (Descrizione)

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006 n. 25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006 n. 39;
- Vista la L.R. 25.2.2010, n.4;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.2504 del 15.11.2011;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

7

Premesso che:

- con la deliberazione n. 44 del 18/01/2010, è stato disposto di costituire la Società in house "Sanitaservice ASL LE s.r.l. - Unipersonale" nel rispetto delle linee guida indicate con DGR n. 2477/2009 e s.m. e i. e della normativa vigente;
- con atto per Notar Novembre del 24/03/2010 veniva costituita la società "Sanitaservice ASL LE s.r.l. - Unipersonale"
- con delibera del D.G. n. 1140 del 22.04.2010 - avente ad oggetto: "Sanitaservice ASL LE s.r.l. unipersonale": approvazione del Business Plan, affidamento dei servizi, determinazione del fabbisogno - si procedeva a recepire il Business Plan della società in house, costituita a seguito della delibera n. 44 del 18.01.2010, e del relativo cronoprogramma per l'arco temporale 2010-2012, nel rispetto delle linee guida approvate con delibera di G.R. 2477/2009;
- nella stessa delibera la ASL Lecce si riservava di "assumere le definitive determinazioni preordinate alla gestione del processo rivolto all'auto-produzione dei servizi oggetto di affidamento in house providing";
- gli ambiti di auto-produzione originariamente valutati ed inseriti nella programmazione societaria (DDG n.140/2010) erano i seguenti: ausiliario (633 operatori) e S.F.U. 118 (54 autisti/soccorritori) da internalizzare entro il 2010, ausiliario (47 operatori) da internalizzare entro il 2011 e servizi CUP - Front Office e Back Office (99 operatori) da internalizzare entro il 2012.
- nelle more dell'attuazione del processo la cronologia originariamente prevista subiva delle variazioni, difatti, con delibera n. 2304 del 28.07.2010 si stabiliva:
 - di affidare alla società in house il solo servizio inerente l'attività di ausiliario a supporto dei servizi e delle prestazioni rese dall'Azienda Sanitaria Locale di Lecce;
 - di rinviare all'esito della definizione degli standard regionali di organizzazione del sistema di emergenza-urgenza 118 nonché dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie, l'affidamento delle attività strettamente funzionali all'erogazione dei servizi sanitari di emergenza-urgenza e del CUP;
 - di dare mandato all'Amministratore Unico della società in house di procedere alla predisposizione degli atti amministrativi per l'assunzione del personale già utilizzato dalle imprese appaltatrici per i servizi di ausiliario/pulizie, come sancito nella delibera n.1140/2010 e nel rispetto dell'art. 30 della L.R. n. 4/2010.

Considerato che:

- con delibera del D.G. n. 3302 del 12.11.2010 si annullava in autotutela la delibera n. 407 del 9.02.2009, di rinnovo del contratto di appalto inerente tutti i servizi oggetto della gara originariamente aggiudicata all'ATI CNS-BIO.LOGICA srl, disponendo una proroga tecnica per i soli servizi di pulizia, disinfezione, sanificazione delle aree comuni, manutenzione verde ed aree esterne, disinfestazione e derattizzazione, per il tempo necessario alla definizione della procedura di evidenza pubblica;
- con delibera del C.S. n. 85 del 24.03.2011, superata una prima fase di blocco del processo di attivazione dell'auto-produzione dei servizi - legata all'impugnazione da parte delle ditte appaltatrici degli atti inerenti le procedure di internalizzazione degli ausiliari, conclusasi vittoriosamente in fase cautelare innanzi al TAR Lecce ed al Consiglio di Stato, nonché alla proposizione di un ricorso innanzi alla Corte Costituzionale che invocava la declaratoria di illegittimità costituzionale della L.R. n. 4/2010 nelle varie disposizioni riguardanti i processi di stabilizzazione del personale



Business Plan 2012
SanitaService
ASL LE S.r.l. - Unipersonale

Revisione 0.3 - mercoledì 21 dicembre 2011

Indice

Scopo del Documento	3
Premessa Generale	3
Esigenze - Servizi da Internalizzare	3
Criteri Ispiratori Comuni	3
Ausiliario e Pulizie	4
Premessa	4
Fabbisogno Attuale	4
Servizio da Internalizzare	4
Verde e Disinfestazione	5
Premessa	5
Fabbisogno Attuale	5
Servizio da Internalizzare	5
Conduzione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato e Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale	5
Premessa	5
Fabbisogno Attuale	6
Servizio da Internalizzare	6
Conduzione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato	6
Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale	7
Valutazione dell'economicità dell'internalizzazione dei servizi	8
Tabelle Informative	9
Tabella Fabbisogni Pulizie	9
Tabella Comparazione Costi	10
Parametri Utilizzati	11
Commento alla Valutazione	11
Costi di Struttura	11
Costi per Erogazione dei Servizi	11
Implementazione Organizzativa	12
Tempistica - Premessa	12
Tempistica	13



ASL LECCE

Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce

Business Plan 2012 - SanitaService ASL Le S.r.l. - Unipersonale

Scopo del Documento

Il presente Business Plan ha la finalità di pianificare le attività della società in house "SanitaService ASL Le s.r.l. Unipersonale" per l'anno 2012 modificando ed integrando il precedente piano adottato con Deliberazione D.G. n° 1140/2010 sulla scorta delle rinnovate esigenze e fabbisogni dell'ASL di Lecce da soddisfare mediante l'auto-produzione di servizi ad oggi esternalizzati.

Premessa Generale

Gli ambiti di auto-produzione inizialmente valutati ed inseriti nella programmazione societaria precedente, riguardavano i servizi di ausiliariato, i servizi di emergenza - urgenza ed i servizi CUP - Front Office e Back Office.

Il processo di internalizzazione si sarebbe dovuto concludere nel 2012 con la presa in carico, da parte della società in house, degli operatori delle ditte che in precedenza erogavano i servizi sopra indicati nel rispetto della cosiddetta "clausola sociale".

Di fatto, ad oggi, l'affidamento dei servizi a SanitaService ha riguardato la quasi totalità delle attività di ausiliariato e pulizie.

Per quanto attiene il servizio di emergenza - urgenza, la intervenuta regolamentazione regionale ha definito vincoli di natura economica che privilegiano l'erogazione dello stesso da parte delle associazioni di volontariato rendendone, di fatto, diseconomica l'internalizzazione.

L'attivazione del processo di autoproduzione del servizio CUP - Front Office e Back Office, già pianificato per l'anno 2012, è oggetto di una rivisitazione nel presente business plan sia in termini qualitativi che in termini quantitativi come di seguito esplicitato.

Esigenze - Servizi da Internalizzare

Sulla base delle esperienze fino ad oggi maturate nel processo di auto-produzione è emersa, con forza, la necessità di evitare la frammentazione di servizi omogenei in capo a operatori differenti (società in house - società esterne), sia per ragioni funzionali che gestionali.

Tale considerazione porta a sviluppare una revisione dei contenuti e delle caratteristiche dei servizi da internalizzare privilegiando la scelta dell'auto-produzione dei medesimi includendo le attività ad essi naturalmente complementari.

Di conseguenza si è proceduto ad effettuare una valutazione della sostenibilità della internalizzazione sia dei servizi di ausiliariato e pulizia comprensivi di manutenzione del verde e disinfezione, sia del servizio CUP comprensivo delle attività di affiancamento operativo e conduzione dei sistemi informativi.

Criteri Ispiratori Comuni

La valutazione della sostenibilità della internalizzazione dei servizi come sopra definiti si basa sull'assunto che il processo di auto-produzione è oggetto di un'unica commessa, in quanto tale

presupposto rende possibile l'applicazione di economie di scala e l'implementazione di assetti organizzativi che consentono di ottimizzare i costi di gestione e la qualità dei servizi erogati.

Ausiliario e Pulizie

Premessa

Dal 1° maggio 2011 si è proceduto alla internalizzazione del servizio ausiliario/pulizie con l'assunzione di n. 679 operatori per complessive 74.409 ore mensili contrattuali. Tale internalizzazione ha riguardato le attività di portierato, guardiana, centralino e messaggeria, presso diverse strutture della ex Asl Le/1 in forma analoga a quanto già in precedenza effettuato dalle ditte esterne. Le suddette attività, a totale soddisfacimento del fabbisogno aziendale, vengono assicurate mediante l'utilizzo di complessive n° 5.131 ore/mese contrattuali. Per quanto attiene le attività di pulizie l'auto-produzione, attualmente, copre la totalità delle superfici delle strutture aziendali ad esclusione delle "aree comuni" ospedaliere e delle "aree ad alto rischio" degli stabilimenti ospedalieri dell'Area Sud tutt'ora in quota ad operatori dipendenti ASL.

Fabbisogno Attuale

Al fine di quantificare il reale fabbisogno per le attività di pulizie si è proceduto alla puntuale rilevazione di tutte le superfici delle strutture aziendali. Le superfici così rilevate sono state classificate in aree ad alto, medio e basso rischio con riferimento alla loro destinazione d'uso. Il calcolo del fabbisogno orario mensile è stato, quindi, determinato applicando alle relative superfici rilevate i seguenti indici di regime orario di attività per mq/mese: 0,34 (alto rischio), 0,30 (medio rischio), 0,14 (basso rischio). Il conseguente fabbisogno risulta pari a n° 63.891 ore mese comprese le "aree comuni" ospedaliere e le "aree ad alto rischio" degli stabilimenti ospedalieri dell'Area Sud.

Servizio da Internalizzare

Per la copertura del fabbisogno orario come sopra determinato si è, quindi, proceduto alla conversione dello stesso in orario equivalente da contrattualizzare tenendo conto della percentuale di assenze (ferie, permessi, malattie, ecc.) pari al 19% del monte ore teorico mese/operatore. Pertanto il monte ore equivalente mensile da contrattualizzare per le attività di pulizie risulta pari a n° 78.878 ore a cui si aggiungono n° 5.131 ore/mese contrattuali per le attività di ausiliario, per un **monte ore equivalente complessivo pari a n° 84.009 ore/mese**, cui corrispondono **n° 539 operatori equivalenti** (contratto sanità privata 36 ore settimanali).

Nella caratterizzazione del servizio da internalizzare si deve tenere conto che, quanto meno temporaneamente, una parte delle attività di pulizie, aree ad alto rischio Area Sud, rimane in quota ad operatori dipendenti dell'Azienda Sanitaria in numero pari a 41 unità.

Di conseguenza gli operatori equivalenti necessari per la copertura del fabbisogno si riduce a n° 498. Tenuto conto che il monte ore contrattualizzato relativo agli operatori già internalizzati è pari a n° 74.409 ore/mese corrispondenti a 477 operatori equivalenti, sarà necessario



procedere alla contrattualizzazione di un monte pre corrispondente a ulteriori n° 21 unità
equivalenti al fine di assicurare il servizio all'interno di tutte le strutture così come in
precedenza indicato.

Premessa

Fabbisogno Attuale

L'attività stimata necessaria per assicurare la copertura del fabbisogno Aziendale è pari all'apporto di n. 25 operatori equivalenti.

Servizio da Internalizzare

Gli operatori saranno allocati funzionalmente presso le strutture di intervento nel numero di 15 equivalenti in forma stabile per interventi ordinari (pulizie aree esterne, raccolta fogliame, ...); I rimanenti operatori andranno a costituire due squadre mobili di intervento (6 in Area Nord e 4 in Area Sud) destinate ad effettuare attività di normale e straordinaria programmazione per le quali è necessario utilizzare specifica attrezzatura.

Conduzione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato e Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale

Premessa

Attualmente il servizio in oggetto è assicurato da operatori dipendenti da ditte esterne che svolgono la propria attività su sistemi informatici (apparecchiature server, personal computer, apparati di rete, ecc.) di proprietà dell'Azienda Sanitaria, e sistemi informativi (software di base, d'ambiente e applicativi) di cui l'ASL è titolare di licenza d'uso.

Gli operatori esplicano la propria attività in forma esclusiva presso la ASL. In particolare all'interno del CED aziendale, per quel che concerne la **"conduzione funzionale e gestione del sistema informativo automatizzato"**; all'interno delle diverse strutture ed articolazione



Copyright © 2011 John Wiley & Sons, Ltd.

Fabbisogno Attuale

L'esigenza aziendale per lo specifico servizio si articola nelle due macro attività corrispondenti a:

- Per quanto riguarda la "Conduzione Funzionale", la copertura del fabbisogno aziendale è garantita attraverso la presa in carico delle professionalità specialistiche corrispondenti ai 24 operatori che già assicurano tali attività.

La copertura del fabbisogno aziendale relativo al "Supporto tecnico e affiancamento operativo" presuppone una presenza fisica degli operatori presso le diverse unità organizzative aziendali, pertanto è necessario garantire il monte ore mensile già attualmente prestato corrispondente a 99 operatori equivalenti a 40 ore settimanali, attraverso la presa in carico di n. 110 operatori con contratto sanità privata (36 ore settimanali).

Il servizio da internalizzare presuppone la presa in carico del personale delle ditte esterne attualmente operante a garanzia della continuità operativa e funzionale e della professionalità già maturata sui sistemi in uso.

Il processo di autoproduzione consente, inoltre, una cospicua contrazione dei costi a carico della ASL, come meglio specificato nella valutazione della economicità del processo di internalizzazione.

Vengono di seguito riportate le caratteristiche delle attività oggetto di autoproduzione.

Attraverso le 24 professionalità specialistiche dovranno essere garantite le attività che di seguito si riportano a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- la gestione operativa dei sistemi centrali (accensione, spegnimento, backup, restore, ecc.);
- la gestione del software di base, d'ambiente e delle basi di dati;

- ~~il supporto tecnico necessario agli utenti in ordine all'utilizzo delle procedure applicative;~~
- il supporto tecnico su prodotti di produttività Individuale (Office, database locali, ecc...);
- la produzione di stampe, elaborazioni batch, elaborazioni dati per la mobilità sanitaria, elaborazione dati per l'unità di controllo di gestione, ed in generale per ogni tipo di elaborazione occorrente agli uffici;
- la gestione tecnica delle procedure applicative;
- la realizzazione di programmi applicativi mirati alla risoluzione di eventuali problematiche emergenti ovvero a consentire e/o favorire lo scambio dei dati tra le procedure applicative;
- la conduzione tecnica e funzionale e il monitoraggio del sottosistema di rete telematica;
- la gestione del parco tecnologico con la erogazione di servizi di manutenzione delle apparecchiature centrali e periferiche;
- l'espletamento del servizio IMAC;
- la gestione dell'Identity Management, delle policy di sicurezza e della sicurezza logica dell'intero sistema informativo automatizzato;
- la conduzione tecnico-amministrativa del Portale Extranet Aziendale;
- il servizio di help desk e gestione del trouble ticket.

Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale

Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo

Gli operatori tecnici svolgeranno, di norma, la loro attività direttamente presso le sedi degli Uffici, Ospedali, Distretti Socio Sanitari della ASL e nelle rispettive articolazioni e saranno pertanto preposti allo svolgimento delle attività che vengono riportate di seguito a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- supporto tecnico ed affiancamento operativo agli utenti per le esigenze afferenti l'utilizzo delle procedure applicative e delle tecnologie ICT nei vari servizi della ASL (Risorse Finanziarie, Controllo di Gestione, farmacie, amministrazione, servizi diagnostici, ...);
- interventi tecnici per le esigenze afferenti all'utilizzo dei prodotti di produttività individuale (Office);
- interventi di primo livello per le esigenze funzionali e tecniche delle postazioni lavoro, stampanti, dispositivi, ...;
- interventi di primo livello per le esigenze funzionali e tecniche afferenti al sistema telematico;

- attività di data entry;

CUP – Centro Unificato Prenotazioni

Gli operatori tecnici saranno inoltre preposti al supporto delle attività relative al CUP – Centro Unificato Prenotazioni per lo svolgimento delle seguenti principali attività:

- supporto operativo alla competente struttura aziendale di gestione del CUP per la gestione tecnica ed operativa delle agende (diari di disponibilità delle prestazioni sanitarie);
- attività di sportello dedicata alla prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- gestione delle prenotazioni telefoniche sanitarie (call center);
- attività di sportello ticket;
- data entry in back-office di ricette e/o di altra documentazione sanitaria.

Valutazione dell'economicità dell'internalizzazione dei servizi

Pur in presenza di una informazione storica derivante da un consolidamento dei costi sostenuti in sei mesi di erogazione del servizio di ausiliario/pulizie (elemento che avrebbe consentito di esprimere "valori reali" quanto meno per detto servizio), si è preferito opportunisticamente uniformare i parametri ed utilizzare metodi di stima diffusi e standardizzati al fine di rendere la valutazione facilmente oggettivabile e trasparente, mantenendo, di conseguenza, un approccio "conservativo" e "prudente": tutti i valori di seguito espressi (costo del personale, costi fissi, costi di struttura, ...) ricadono ampiamente nei margini di compatibilità e sostenibilità che SanitaService può esprimere.

La valutazione dell'economicità è effettuata confrontando i costi sostenuti nell'arco dell'anno 2010 per i servizi esternalizzati (con valori attualizzati sia rispetto alla % di IVA da applicarsi sia rispetto all'indice dei prezzi al consumo armonizzato – IPCA) ed i costi da sostenere per il processo di autoproduzione relativo ai medesimi servizi: In presenza di valori positivi (vedi tabella) l'internalizzazione dei servizi è da considerarsi economica e sostenibile.



Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce

Business Plan 2012 Sanitaservice ASL LE S.p.A. - Unipersonale

Tabella Informativa

Tabella Fabbisogni Pulizie

	Superficie in mq	Indice Applicato	Fabbisogno Orario	
			Mensile	
ALTO RISCHIO	27.939	0,34	9.598	
MEDIO RISCHIO	78.184	0,30	23.455	
BASSO RISCHIO	220.271	0,14	30.838	
TOTALE	326.394		63.891	

Legenda:

Alto-Medio-Basso Rischio → Classificazione delle superfici sulla base della destinazione d'uso

Indice Applicato → Indice di regime orario di attività da erogarsi per mq/mese

Fabbisogno Orario Mensile → Numero di ore/mese per effettuare l'attività

Tabella Comparazione Costi

[illegible]

Legenda:

Livello → Livello di Inquadramento contratto Sanità Privata

Tipologia → Pulizie: Voci collegate al Servizio denominato "Ausiliario/Pulizie"

Tipologia → Verde: Voci collegate al Servizio denominato "Verde e Disinfestazione"

Tipologia → Operatori: Voci collegate al Servizio denominato "Condizione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato e Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale" – "Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale".

Tipologia → CED: Voci collegate al Servizio denominato "Condizione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato e Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale" – "Condizione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato"

QI \rightarrow Numero Operatori Equivalenti

Costi Struttura → Costi Complessivi Gestionali (Amministratore, Segreteria, Manutenzioni, Canoni, ...)

Costi Fissi → Costi da sostenere per l'erogazione delle specifiche attività (Detersivi, Materiali di Consumo, Manutenzioni Specifiche, ...)

Parametri Utilizzati

Costo Operatore Mese: Costo sostenuto aziendalimente per un operatore inquadrato con contratto di sanità privata al livello espresso in tabella (comprensivo di oneri diretti, indiretti ed IRAP)

Costi Struttura: Costi sostenuti annualmente relativi alla "conduzione funzionale" della azienda quali: Amministratore Delegato, Locazioni comprensive di utenze, Nolo auto Aziendale, Consulenze legali/fiscali/amministrative/lavoro, Telefonata fissa e mobile, Compensi Sindaci, Formazione, ...

N.B.: l'indice percentuale applicato (6%) è ritenuto congruo per la tipologia di servizi in autoproduzione e per le opportunità offerte dalla specifica allocazione funzionale e logistica rispetto al committente Azienda Sanitaria

Costi Fissi: Sono relativi a costi da sostenersi per l'erogazione della specifica macro attività e riguardano, a titolo esemplificativo: acquisizione ed ammortamenti di attrezzatura specialistica, materiali di consumo, ...

IVA % su Costo Reale: nelle more dell'aggiornamento della percentuale da applicare con un innalzamento previsto di due punti percentuali l'IVA applicata è pari al 21%.

N.B.: l'aggiornamento dell'indice percentuale graverebbe anche sull'attuale servizio esternalizzato con un ulteriore aggravio di costo in presenza di importi superiori da sottoporre ad imposizione

Maggiorazione IVA: Incremento percentuale di aggiornamento derivante dalla percentuale IVA vigente al momento della fatturazione del servizio

Rivalutazione IPCA: l'indice di rivalutazione IPCA (fonte ISTAT) per il periodo novembre 2010 - novembre 2011 è pari al 3,7%. Il valore proposto in tabella (3%) per l'effettuazione della rivalutazione è, evidentemente, prudenziale.

Commento alla Valutazione

Costi di Struttura

Per la determinazione dei "Costi di Struttura" relativi alla conduzione funzionale è stata applicata la percentuale del 6% sui costi del personale: tale indice è basato su quanto espresso in letteratura per situazioni omologhe. Ad oggi, la rilevazione dei costi reali a 6 mesi, consentirebbe di abbassare notevolmente tale indice. Un ulteriore elemento di potenziale decremento dei costi struttura deriva dall'implementazione organizzativa, così come di seguito indicato: l'Indice che viene stimato come realizzabile a regime è pari al 4,5%.

Costi per Erogazione dei Servizi

Sono relativi a costi da sostenersi per l'erogazione della specifica macro attività e riguardano sia i costi fissi relativi all'ammortamento di attrezzatura specialistica sia i costi di acquisizione dei materiali di consumo.



ASL LECCE
Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce

Bilancio Pluriennale 2012 - SanitàService ASL - U.S.L. - Dipartimento 10

I valori riportati in tabella sono stati stimati tenendo conto sia della spesa storica (per quanto attiene il servizio di pulizie/ausiliario) sia dei costi prevedibili per tutti gli altri servizi (attrezzature, materiali di consumo, ...) necessari per l'erogazione delle specifiche attività.

Implementazione Organizzativa

L'esperienza sinora maturata evidenzia, con forza, la necessità di implementare una migliore strutturazione organizzativa rispetto a quanto oggi realizzato. L'esigenza riguarda sia gli aspetti legati alla pura erogazione degli specifici servizi (organizzazione verticale) sia gli aspetti legati alla conduzione funzionale (organizzazione orizzontale).

Per quanto attiene i servizi di Ausiliario/Pulizie e Verde/Disinfestazione è prevista l'individuazione, all'interno del personale dipendente di SanitàService, di numero 22 (11 titolari e 11 vicari) "referenti" territoriali operanti presso le principali articolazioni aziendali con il compito di costituire interfaccia tra gli operatori ed il responsabile della specifica linea di produzione della SanitàService che, a sua volta, interagisce con l'Amministratore Unico.

Per quanto attiene il servizio di Conduzione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato e Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale verranno individuati numero 6 (3 titolari e 3 vicari) "referenti" funzionali, tra il personale dipendente da internalizzare, con il compito di costituire interfaccia tra gli operatori ed il responsabile della specifica linea di produzione della SanitàService che, a sua volta, interagisce con l'Amministratore Unico. I referenti sono individuati, 1 titolare ed 1 vicario, per le seguenti linee di attività: Conduzione Funzionale e Gestione del Sistema Informativo Automatizzato, Supporto Tecnico ed Affiancamento Operativo del Personale Aziendale, CUP - Centro Unificato Prenotazioni.

E' prevista, inoltre, l'attivazione di una "segreteria" amministrativa alle dirette dipendenze dell'amministratore unico, orizzontale a tutta l'attività di erogazione dei servizi.

Il costo stimato per l'implementazione di detta complessiva organizzazione a regime è pari a circa 200.000 euro/anno, valore calcolato come sommatoria degli importi da riconoscersi quale Indennità di funzione al personale individuato: di fatto tale costo è già compreso nei "costi struttura", in quanto, buona parte delle attività ad essa riconducibili sono, ad oggi, svolte sia da personale dipendente della Azienda Sanitaria sia da consulenti esterni.

Tempistica - Premessa

L'internalizzazione del personale è il processo fondamentale sia in termini di costo, sia per la sostenibilità del servizio in autoproduzione per la definizione ultima del valore dei servizi: la priorità e la tempistica di attuazione di tale processo sono strettamente correlate alle procedure di assunzione del personale. ~



ASL LECCE

Azienda Sanitaria Locale Lecce
Sede Legale e Direzione Generale Lecce

Business Plan 2012 Sottoscrizione ASL (Le SR) - 01/01/2012

Templistica

ID	Attività	Avvio	Fine	Cure	Gen 2012	Feb 2012	Mar 2012
1	Servizio Coordinamento Pazienti - Affollamento - CLUP	02/01/2012	02/03/2012	45d			
2	Affollamento Servizio	02/01/2012	20/01/2012	15d			
3	Internalizzazione Operatori	29/01/2012	02/03/2012	30d			
4	Servizio Assistenza e Pronto	02/01/2012	02/03/2012	45d			
5	Affollamento Servizio	02/01/2012	20/01/2012	15d			
6	Internalizzazione Operatori	29/01/2012	02/03/2012	30d			
7	Servizio Visita e Diagnostica	02/01/2012	02/03/2012	45d			
8	Affollamento Servizio	02/01/2012	20/01/2012	15d			
9	Internalizzazione Operatori	29/01/2012	02/03/2012	30d			
10	Internalizzazione Organizzazione	16/01/2012	02/03/2012	35d			

"precario" di varie qualifiche - si confermava la volontà di procedere alla predetta auto-produzione;

- nella medesima delibera si disponeva, pertanto, espressamente: 1. di proseguire nel percorso già avviato con la costituzione della società in house alla quale venivano affidate le attività di ausiliario a supporto dei servizi sanitari di cui alla deliberazione del D.G. n. 44 del 18.01.2010 per un periodo di anni sei; 2. utilizzare gli operatori addetti ai servizi oggetto di affidamento applicando la "clausola sociale", senza che fossero operate modifiche ai termini dei rapporti contrattuali degli operatori allora dipendenti dalle società private;
- in attuazione della suddetta deliberazione, acquisita la presa d'atto da parte della Regione giusta D.G.R. n. 588 del 28/03/2011, la società "Sanitaservice s.r.l." procedeva a decorrere dall'1.05.2011, all'assunzione, con contratto di sanità privata livello A, di n. 679 unità, già dipendenti delle ditte originariamente affidatarie dei servizi.

Rilevato che:

- decorso il primo semestre di erogazione del servizio di ausiliario e pulizie nella forma di auto-produzione, con l'esclusione delle attività, come precedentemente elencate, oggetto della proroga tecnica, sono emerse le seguenti criticità:
 - la prima, legata allo svolgimento del servizio, risulta derivante: a. dalla difficoltà di ripartizione concreta delle funzioni di pulizia nelle aree cc.dd. di confine (corridoi di transito tra aree comuni ed interne, porte e finestre prospicienti su aree comuni, ecc.); b. dalla compresenza di più operatori addetti alle pulizie nelle zone finitime in assenza di gestione coordinata della turnistica (anche al solo fine di limitare al minimo la compresenza tra attività di pulizia ed erogazione delle prestazioni sanitarie); c. dalla duplicazione di strutture e dotazioni strumentali a supporto dell'attività medesima (armadietti, spogliatoi dedicati agli operatori, carrelli, scale, aste telescopiche, lavatrici, spazzolatrici, aspiratori...); ecc.;
 - la seconda, correlata al contenimento dei costi, scaturisce: a. dalla duplicazione dei costi di gestione tra imprese esterne e società in house; b. dalla duplicazione di attrezzature della medesima tipologia allocate funzionalmente su superfici risibili in termini di incidenza sulle superfici complessive (spazi comuni); c. dalla gestione della sicurezza che rende necessaria la valutazione dei rischi interferenziali non solo tra operatori delle pulizie e dipendenti della ASL e/o pazienti, ma anche tra operatori delle pulizie riconducibili a ditte diverse; d. dalla mancata ottimizzazione nell'utilizzo del personale sia per gli aspetti organizzativi che per quelli operativi.

Considerato che:

- l'analisi della qualità dei servizi erogati nel semestre decorso ha condotto ad analoghe valutazioni anche per quanto riguarda l'ulteriore attività - ancora ad oggi esternalizzata - di disinfestazione, derattizzazione, manutenzione del verde ed aree esterne;
- in relazione a queste ultime, oltre alla duplicazione degli asset gestionali, assume rilievo considerevole in termini di diseconomie di scala il profilo di stagionalità della tipologia di servizio che non consente l'utilizzazione a pieno del personale preposto, legato alla ciclicità degli interventi;
- la duplicazione di tutti gli ambiti su indicati diminuisce complessivamente la flessibilità nella programmazione dello svolgimento delle attività non consentendo l'utilizzazione ottimale del personale preposto se non all'interno di un servizio globale di pulizie che includa anche le suddette attività.

Rilevato, inoltre, che:

- il Business plan originario (delibera n. 1140/2010) prevede la parziale internalizzazione dei servizi di natura informatica affidati a ditte esterne, limitatamente al servizio CUP (Front Office e Back Office);
- tale decisione di fatto non copre il reale fabbisogno per il servizio già esternalizzato di "Conduzione funzionale e gestione del sistema informativo automatizzato e supporto tecnico ed affiancamento operativo al personale aziendale", erogato mediante il "Gruppo tecnico di gestione";
- il servizio in oggetto si articola in due macro attività: a. conduzione funzionale e gestione del sistema informativo automatizzato; b. supporto tecnico ed affiancamento operativo al personale aziendale (comprensivo anche delle attività CUP di Front Office e Back Office);
- il fabbisogno aziendale relativo alle attività collegate ai sistemi informativi, oggetto dell'attuale servizio esternalizzato, è stato meglio qualificato nel documento tecnico, sottoposto alla valutazione e successiva validazione regionale da parte del Tavolo della Sanità Elettronica, giusta verbale n. 03 del 22/03/2011;
- per le ragioni suddette in ordine alle criticità legate alla parcellizzazione dei servizi risulta vantaggioso procedere alla complessiva internalizzazione delle attività afferenti al medesimo ambito operativo per i sistemi informativi aziendali;
- l'internalizzazione dei predetti servizi, strumentali ai fini istituzionali dell'ente, consente: 1. una maggiore fidelizzazione ed integrazione degli operatori internalizzati rispetto alle finalità istituzionali della ASL; 2. l'implementazione, derivante dalla cooperazione tra personale internalizzato e personale dipendente, di know how diffuso in ambito aziendale nel settore informatico, strumentale al perseguimento degli obiettivi rivenienti dal Codice dell'Amministrazione Digitale e dalle disposizioni, nazionali e regionali, vigenti in materia; 3. lo snellimento dell'intero processo di acquisizione dell'infrastruttura tecnologica quale esclusiva fornitura di hardware, software e relative manutenzioni, scevra dai vincoli imposti da una preponderante presenza di personale.

Considerato, inoltre, che:

- l'internalizzazione della totalità dei servizi su citati in capo ad un'unica società consente: a. economie di scala mediante la creazione di un'unica struttura deputata alla gestione amministrativa ed organizzativa della società in house; b. semplificazione dei rapporti contrattuali e funzionali tra la ASL ed il fornitore unico; c. maggiore flessibilità dei termini di erogazione delle attività da parte della società strumentale rispetto ai vincoli derivanti da rapporti contrattuali con fornitori esterni oltre ad una più rapida e conforme corrispondenza degli interventi alle contingenti necessità aziendali;
- il Business Plan 2012, oggetto della presente deliberazione, dimostra la sostenibilità del processo di autoproduzione di detti servizi evidenziando una riduzione sensibile dei costi complessivi rispetto agli stessi servizi esternalizzati.

Dato atto che:

- per quanto attiene il servizio di emergenza-urgenza, la intervenuta regolamentazione regionale in materia, DGR n. 1479 del 30/06/2011, ha definito vincoli di natura economica che privilegiano l'erogazione dello stesso da parte delle Associazioni di Volontariato rendendone, di fatto, diseconomica l'internalizzazione;
- conseguentemente, questa Azienda con deliberazione n. 492 del 23/12/2011 ha indetto apposita gara per l'affidamento del servizio in questione prevedendo l'obbligo da parte degli aggiudicatari del rispetto delle disposizioni regionali in materia di assunzione del personale già utilizzato dalle precedenti imprese o società affidatarie dell'appalto;

- la opportunità o meno di internalizzare, in tutto o in parte, il servizio di emergenza-urgenza potrà essere meglio valutata alla luce della oggettiva disponibilità delle Associazioni di Volontariato e delle loro richieste di corrispettivo;
- a tal fine, nella deliberazione citata ci si è riservati di non aggiudicare il servizio, in tutto o in parte, per ragioni di pubblico interesse.

Ritenuto, per le motivazioni su esposte, di procedere all'approvazione del Business Plan 2012 che in uno alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Dato atto che i contenuti principali del business plan, in particolare per la parte relativa al personale da internalizzare a copertura dei fabbisogni aziendali, sono stati condivisi con le OO.SS. nella riunione conclusiva del 7/12/2011

IL DIRETTORE GENERALE

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario:

DELIBERA

Fer tutte le ragioni richiamate in narrativa, che qui si intendono interamente riportate, di:

- 1) approvare il Business Plan 2012 della società "Sanitaservice ASL LE S.r.l. - Unipersonale" che in uno alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- 2) trasmettere il presente atto al Presidente della Giunta Regionale ed all'Assessore Regionale alle Politiche della Salute;
- 3) riservarsi di assumere le definitive determinazioni preordinate alla gestione del processo rivolto all'autoproduzione dei servizi oggetto di affidamento in house providing;
- 4) trasmettere il presente atto al Collegio dei Sindaci;
- 5) dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Vigna

FIRMATO
Dott. Antonio VIGNA

Il Direttore Sanitario
Dott. Ottavio Narracci

FIRMATO
(Dott. Ottavio NARRACCI)

Il Direttore Generale
Dott. Valdo Mellone

FIRMATO
Dott. Valdo MELLONE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
LECCE**

n. _____ Reg. pubbl.

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio di quest'Azienda e sul Sito Web aziendale www.asl.lecce.it per 15 giorni consecutivi

dal **27 DIC. 2011** al **10 GEN. 2012**

27 DIC. 2011

Lecce, li _____

Il Responsabile dell'ufficio

FIRMATO

Dott. Antonio VIGORE

La presente Deliberazione è trasmessa al Collegio Sindacale.

SANITASERVICE ASL LE S.R.L. - UNIPERSONALE

Sede in Via Miglietta n.5 - 73100 - Lecce (LE)
Codice Fiscale 04305080758 - Rea LE-280792
P.I.: 04305080758
Capitale Sociale Euro 100000 i.v.
Forma giuridica: SRL Unipersonale

Bilancio al 31/12/2011

Gli importi presenti sono espressi in Euro

Stato patrimoniale

	2011-12-31	2010-12-31
Attivo		
A) Crediti verso soci per versamenti ancora dovuti		
Parte richiamata	-	-
Parte da richiamare	-	-
Totale crediti verso soci per versamenti ancora dovuti (A)	-	-
B) Immobilizzazioni		
I - Immobilizzazioni immateriali		
Valore lordo	3.036	2.000
Ammortamenti	607	-
Svalutazioni	-	-
Totale immobilizzazioni immateriali	2.429	2.000
II - Immobilizzazioni materiali		
Valore lordo	105.508	-
Ammortamenti	7.892	-
Svalutazioni	-	-
Totale immobilizzazioni materiali	97.616	-
III - Immobilizzazioni finanziarie		
2) crediti		
esigibili entro l'esercizio successivo	-	-
esigibili oltre l'esercizio successivo	-	-
Totale crediti	-	-
Altre immobilizzazioni finanziarie	-	-
Totale immobilizzazioni finanziarie	-	-
Totale immobilizzazioni (B)	100.045	2.000
C) Attivo circolante		
I - Rimanenze		
Totale rimanenze	10.766	-
II - Crediti		
esigibili entro l'esercizio successivo	3.537.726	308
esigibili oltre l'esercizio successivo	-	-
Totale crediti	3.537.726	308
III - Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni		
Totale attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	-	-
IV - Disponibilità liquide		
Totale disponibilità liquide	56.550	100.000
Totale attivo circolante (C)	3.605.042	100.308
D) Ratei e risconti		
Totale ratei e risconti (D)	-	-
Totale attivo	3.705.087	102.308
Passivo		
A) Patrimonio netto		
I - Capitale	100.000	100.000
II - Riserva da sovrapprezzo delle azioni	-	-
III - Riserve di rivalutazione	-	-
IV - Riserva legale	-	-
V - Riserve statutarie	-	-
VI - Riserva per azioni proprie in portafoglio	-	-
VII - Altre riserve, distintamente indicate	-	-
Totale altre riserve	-	-
VIII - Utili (perdite) portati a nuovo	-526	-
IX - Utile (perdita) dell'esercizio		
Utile (perdita) dell'esercizio	229	-526
Copertura parziale perdita d'esercizio	-	-
Utile (perdita) residua	229	-526
Totale patrimonio netto	99.703	99.474
B) Fondi per rischi e oneri		
Totale fondi per rischi ed oneri	-	-
C) Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato		
D) Debiti		

esigibili entro l'esercizio successivo	3.605.384	2.834
esigibili oltre l'esercizio successivo	-	-
Totale debiti	3.605.384	2.834
E) Ratei e risconti		
Totale ratei e risconti	-	-
Totale passivo	3.705.087	102.308

Conti d'ordine

	2011-12-31	2010-12-31
Rischi assunti dall'impresa		
Fidejussioni		
a imprese controllate	-	-
a imprese collegate	-	-
a imprese controllanti	-	-
a imprese controllate da controllanti	-	-
ad altre imprese	-	-
Totale fidejussioni	-	-
Avalli		
a imprese controllate	-	-
a imprese collegate	-	-
a imprese controllanti	-	-
a imprese controllate da controllanti	-	-
ad altre imprese	-	-
Totale avalli	-	-
Altre garanzie personali		
a imprese controllate	-	-
a imprese collegate	-	-
a imprese controllanti	-	-
a imprese controllate da controllanti	-	-
ad altre imprese	-	-
Totale altre garanzie personali	-	-
Garanzie reali		
a imprese controllate	-	-
a imprese collegate	-	-
a imprese controllanti	-	-
a imprese controllate da controllanti	-	-
ad altre imprese	-	-
Totale garanzie reali	-	-
Altri rischi		
crediti ceduti pro solvendo	-	-
altri	-	-
Totale altri rischi	-	-
Totale rischi assunti dall'impresa	-	-
Impegni assunti dall'impresa		
Totale impegni assunti dall'impresa	-	-
Beni di terzi presso l'impresa		
merci in conto lavorazione	-	-
beni presso l'impresa a titolo di deposito o comodato	-	-
beni presso l'impresa in pegno o cauzione	-	-
altro	-	-
Totale beni di terzi presso l'impresa	-	-
Altri conti d'ordine		
Totale altri conti d'ordine	-	-
Totale conti d'ordine	-	-

Conto economico

	2011-12-31	2010-12-31
A) Valore della produzione:		
1) ricavi delle vendite e delle prestazioni	8.488.605	-
2), 3) variazioni delle rimanenze di prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti e dei lavori in corso su ordinazione	-	-
2) variazioni delle rimanenze di prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti	-	-
3) variazioni dei lavori in corso su ordinazione	-	-
4) incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	-	-
5) altri ricavi e proventi	-	-
contributi in conto esercizio	-	-
altri	5.692	-
Totale altri ricavi e proventi	5.692	-
Totale valore della produzione	8.494.297	-
B) Costi della produzione:		
6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	277.365	-
7) per servizi	165.617	-
8) per godimento di beni di terzi	-	-
9) per il personale:		
a) salari e stipendi	5.660.538	-
b) oneri sociali	1.752.939	-
c), d), e) trattamento di fine rapporto, trattamento di quiescenza, altri costi del personale	404.487	-
c) trattamento di fine rapporto	393.577	-
d) trattamento di quiescenza e simili	-	-
e) altri costi	10.910	-
Totale costi per il personale	7.817.964	-
10) ammortamenti e svalutazioni:		
a), b), c) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali e materiali, altre svalutazioni delle immobilizzazioni	8.499	-
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	607	-
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali	7.892	-
c) altre svalutazioni delle immobilizzazioni	-	-
d) svalutazioni dei crediti compresi nell'attivo circolante e delle disponibilità liquide	-	-
Totale ammortamenti e svalutazioni	8.499	-
11) variazioni delle rimanenze di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	-10.766	-
12) accantonamenti per rischi	-	-
13) altri accantonamenti	-	-
14) oneri diversi di gestione	8.286	526
Totale costi della produzione	8.266.965	526
Differenza tra valore e costi della produzione (A - B)	227.332	-526
C) Proventi e oneri finanziari:		
15) proventi da partecipazioni		
da imprese controllate	-	-
da imprese collegate	-	-
altri	-	-
Totale proventi da partecipazioni	-	-
16) altri proventi finanziari:		
a) da crediti iscritti nelle immobilizzazioni		
da imprese controllate	-	-
da imprese collegate	-	-
da imprese controllanti	-	-
altri	-	-
Totale proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-
b), c) da titoli iscritti nelle immobilizzazioni che non costituiscono partecipazioni e da titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono partecipazioni	-	-
b) da titoli iscritti nelle immobilizzazioni che non	-	-

costituiscono partecipazioni		
c) da titoli iscritti nell'attivo circolante che non	-	-
costituiscono partecipazioni		
d) proventi diversi dai precedenti		
da imprese controllate	-	-
da imprese collegate	-	-
da imprese controllanti	-	-
altri	610	-
Totale proventi diversi dai precedenti	610	-
Totale altri proventi finanziari	610	-
17) interessi e altri oneri finanziari		
a imprese controllate	-	-
a imprese collegate	-	-
a imprese controllanti	-	-
altri	1.041	-
Totale interessi e altri oneri finanziari	1.041	-
17-bis) utili e perdite su cambi	-	-
Totale proventi e oneri finanziari (15 + 16 - 17 + - 17-bis)	-431	-
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie:		
18) rivalutazioni:		
a) di partecipazioni	-	-
b) di immobilizzazioni finanziarie che non costituiscono	-	-
partecipazioni		
c) di titoli iscritti all'attivo circolante che non costituiscono	-	-
partecipazioni		
Totale rivalutazioni	-	-
19) svalutazioni:		
a) di partecipazioni	-	-
b) di immobilizzazioni finanziarie che non costituiscono	-	-
partecipazioni		
c) di titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono	-	-
partecipazioni		
Totale svalutazioni	-	-
Totale delle rettifiche di valore di attività finanziarie (18 - 19)	-	-
E) Proventi e oneri straordinari:		
20) proventi		
plusvalenze da alienazioni i cui ricavi non sono iscrivibili al	-	-
n 5		
Differenza da arrotondamento all'unità di Euro	-	-
altri	-	-
Totale proventi	-	-
21) oneri		
minusvalenze da alienazioni i cui effetti contabili non sono	-	-
iscrivibili al n 14		
imposte relative ad esercizi precedenti	-	-
Differenza da arrotondamento all'unità di Euro	-	-
altri	-	-
Totale oneri	-	-
Totale delle partite straordinarie (20 - 21)	-	-
Risultato prima delle imposte (A - B + - C + - D + - E)	226.901	-526
22) Imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e		
anticipate		
imposte correnti	226.672	-
imposte differite	-	-
imposte anticipate	-	-
proventi (oneri) da adesione al regime di consolidato fiscale /	-	-
trasparenza fiscale		
Totale delle imposte sul reddito dell'esercizio, correnti,	226.672	-
differite e anticipate		
23) Utile (perdita) dell'esercizio	229	-526

SANITASERVICE ASL LE SRL UNIPERSONALE			
Sede in: VIA MIGLIETTA 5 - 73100 - LECCE (LE)			
Codice fiscale:	04305080758	Partita IVA:	04305080758
Capitale sociale:	Euro 100.000,00	Capitale versato:	Euro 100.000,00
Registro imprese di:	Lecce	N. iscrizione reg. imprese:	04305080758
N. iscrizione R.E.A.:	LE-280792		

Nota integrativa al 31/12/2011

CONTENUTO E FORMA DEL BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2011

Il bilancio di esercizio è stato redatto in conformità al dettato degli articoli 2423 e seguenti del codice civile, integrati, laddove mancanti, dai corretti principi contabili emanati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, e ai sensi dell'art. 2435-bis, comma 1 del c.c. secondo il quale il bilancio è stato redatto in forma abbreviata poiché i limiti previsti dallo stesso articolo non risultano superati per due esercizi consecutivi.

E' costituito dallo stato patrimoniale (redatto in conformità allo schema previsto dagli artt.2424 e 2425 bis C.C.), dal conto economico (redatto in conformità allo schema di cui agli artt. 2425 e 2425 bis C.C.) e dalla presente nota integrativa.

Per ogni voce dello stato patrimoniale e del conto economico è stato indicato l'importo della voce corrispondente all'esercizio precedente; non sono indicate le voci che non comportano alcun valore, a meno che esista una voce corrispondente nell'esercizio precedente.

La relazione sulla gestione è stata omessa in quanto, nella presente nota integrativa, ai sensi dell'art. 2435-bis, comma 7, del codice civile, si forniscono le informazioni richieste dai numeri 3 e 4 dell'art. 2428 del codice civile, ovvero:

- non si possiedono azioni proprie, né quote o azioni di società controllanti, neanche per interposta persona o società fiduciaria;
- non si sono né acquistate, né alienate azioni proprie, né azioni o quote di società controllanti anche per interposta persona o società fiduciaria.

Quello 2011 è il primo esercizio in cui la Società ha svolto la sua attività, con decorrenza dal mese di maggio, pur essendo stata costituita nell'anno 2010. La Società presta la sua attività per espressa previsione statutaria unicamente nei confronti dell'unico socio ASL LE, il quale per il tramite della Società ha avviata un processo di internalizzazione di una serie di servizi strumentali alla propria *mission*, in precedenza acquisti in *outsourcing*.

Le attività svolte nel corso del 2011 dalla Società hanno in particolare riguardato i soli servizi di pulizia c.d. *interna* e di ausiliario, essendo le altre attività e servizi previsti dall'oggetto sociale non ancora avviati in mancanza della internalizzazione del personale addetto.

Nei primi mesi del successivo esercizio 2012 la Società ha proceduto alla internalizzazione del personale addetto ai servizi informatici (in numero di 129 unità) e

di quello addetto alle pulizie delle c.d. *aree comuni* (in numero di 47 unità), la cui attività ha avuto inizio a partire dal 1° marzo 2012.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE VOCI DEL BILANCIO

L'applicazione delle disposizioni dettate dagli artt.2423 bis e seguenti del C.C. non ha comportato alcuna incompatibilità con il criterio di rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria della società e del risultato economico dell'esercizio.

La valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza, nella prospettiva della continuazione dell'attività.

Non si sono verificati casi eccezionali che abbiano reso necessario il ricorso alle deroghe di cui agli artt.2423, comma 4 e 2423 bis del C.C.

Non è stata effettuata alcuna rivalutazione dei cespiti iscritti in bilancio.

I criteri di valutazione adottati per la redazione del bilancio sono quelli dettati dall'art.2426 del C.C. e, ove la legge non ha disposto in modo specifico, sono stati integrati da quelli dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli esperti Contabili.

Qui di seguito si espongono i criteri di valutazione più significativi adottati.

IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI

Sono iscritte nell'attivo dello stato patrimoniale al costo storico di acquisto e sono rettificata dai corrispondenti fondi di ammortamento. Gli ammortamenti imputati al conto economico sono calcolati in modo sistematico e costante tenendo conto della vita utile economico – tecnica dei cespiti, criterio che abbiamo ritenuto ben rappresentato dalle aliquote previste dal D.M. 30.12.1988, ridotte alla metà nell'esercizio di entrata in funzione dei beni, in ragione del loro minore utilizzo.

IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI

Sono iscritte al costo, al netto delle quote di ammortamento, sono calcolate in relazione alla residua possibilità di utilizzazione delle stesse.

RIMANENZE

La valutazione delle rimanenze finali di magazzino, costituite prevalentemente da materiale di consumo destinato alle attività di pulizie, è stata effettuata a costo specifico.

CREDITI

Sono esposti al presumibile valore di realizzo. Non si è proceduto ad alcuna svalutazione né alla costituzione di alcun fondo per rischi su crediti, in quanto l'attività svolta dalla società è resa unicamente nei confronti del socio unico ASL LE, il quale ha onorato con regolarità i pagamenti dovuti per tutti i servizi goduti.

DEBITI

Sono rilevati al valore nominale.

DISPONIBILITA' LIQUIDE

Sono iscritte al valore nominale.

TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

Rappresenta il debito maturato nei confronti del personale dipendente in conformità di legge e dei contratti di lavoro vigenti.

IMPOSTE SUL REDDITO

Le imposte sono state determinate in applicazione della vigente normativa fiscale e sono esposte nella voce "debiti tributari".

COSTI E RICAVI

I costi sono stati imputati al conto economico secondo il criterio della competenza economica e nel rispetto del principio della prudenza.

I ricavi sono riconosciuti in base alla competenza economica.

DATI SULL'OCCUPAZIONE

Alla data del 01/01/2011, la società non aveva alle proprie dipendenze alcun dipendente.

I dipendenti in forza al 31 dicembre 2011 sono 678, di cui 81 con contratto di lavoro a tempo pieno e 597 con contratto di lavoro part - time. Tutti i dipendenti sono inquadrati al livello A del CCNL applicato con la qualifica di Operaio. Il CCNL di riferimento è quello delle case di cura personale non medico AIOP.

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Operai	81	597	678
Totale	81	597	678

Immobilizzazioni Immateriali - Movimenti

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008	31/12/2007
Impianto e ampliamento	2.000	1.036	607	2.429	
Ricerca, sviluppo e pubbl.	0	0	0	0	
Diritti di brevetto ind. e op.	0	0	0	0	
Concessioni, licenze, marchi	0	0	0	0	
Avviamento	0	0	0	0	
Immobilizz. in corso e acc.	0	0	0	0	
Altre	0	0	0	0	
Totale	2.000	1.036	607	2.429	

Immobilizzazioni Immateriali - Composizione

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008	31/12/2007
Impianto e ampliament.	3.036	0	607	0	2.429
Ricerca, sviluppo e pubbl.	0	0	0	0	0
Diritti di brevetto ind. e ut.	0	0	0	0	0
Concessioni, licenze, marchi	0	0	0	0	0
Avviamento	0	0	0	0	0
Immobilizz. in corso e acconti	0	0	0	0	0
Altre	0	0	0	0	0
Totale	3.036	0	607	0	2.429

Immobilizzazioni Materiali - Movimenti

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Terreni e fabbricati	0	0	0	0
Impianti e macchinari	0	0	0	0
Attrezzature ind. e commerc.	0	105.508	7.892	97.616
Altri beni	0	0	0	0
Imm. mat. in corso e acconti	0	0	0	0
Totale	0	105.508	7.892	97.616

Immobilizzazioni Materiali - Composizione

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Terreni e Fabbricati	0	0	0	0
Impianti e macchinari	0	0	0	0
Attrezzature ind. e Commerc.	105.508	0	7.892	97.616
Altri beni	0	0	0	0
Imm. in corso e acconti	0	0	0	0
Totale	105.508	0	7.892	97.616

La variazione nella consistenza delle immobilizzazioni materiali, pari ad Euro 97.616, è imputabile all'acquisizione in corso d'anno di beni strumentali all'espletamento dei servizi erogati.

Attivo circolante - Rimanenze - Variazioni

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Mat. prime, suss. e di consumo	0	0	0
Prod. lav. e semilavorati	0	0	0
Lavori in corso su ordinazione	0	0	0
Prodotti finiti e merci	0	10.766	10.766
Acconti	0	0	0
Totale	0	10.766	10.766

Attivo circolante - Crediti - Variazioni

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Clienti	0	3.487.000	3.487.000
Imprese controllate	0	0	0
Imprese collegate	0	0	0
Imprese controllanti	0	0	0
Imposte anticipate (ter)	0	0	0
Altri crediti	308	50.418	50.726
Totale	308	3.537.418	3.537.726

Attivo circolante - Crediti - Composizione temporale

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009
Clienti	3.487.000	0	0
Imprese controllate	0	0	0
Imprese collegate	0	0	0
Imprese controllanti	0	0	0
Imposte anticipate (ter)	0	0	0
Crediti verso altri	50.726	0	50.726
Totale	3.537.726	0	3.537.726

I crediti v/clienti, complessivamente pari ad Euro 3.487.000, sono riferiti esclusivamente al socio unico ASL LE, unico committente della Società e comprendono "crediti per

fatture da emettere" per € 1.214.500 relativi a servizi ultimati nel corso del 2011 e non ancora fatturati al 31 dicembre 2011.

Attivo circolante - Crediti - Altri crediti

Inail c/ competenze	49.894
Rimborsi da 730	524
Erario c/ IVA	308
Totale	50.726

La voce Crediti v/altri pari ad Euro 50.726, è costituito prevalentemente dai Crediti v/Inail per Euro 49.894 riferito al personale in forza nella Società.

Attivo circolante - Disponibilità liquide - Variazioni

Depositi bancari	100.000	-43.922	56.078
Assegni	0	0	0
Denaro e valori in cassa	0	472	472
Totale	100.000	-43.450	56.550

Il conto "depositi bancari" è movimentato dal conto corrente bancario acceso presso la Banca Monte dei Paschi di Siena, filiale di Lecce.

Il saldo del conto "cassa" rappresenta la disponibilità effettiva alla data di chiusura dell'esercizio.

Patrimonio netto - Variazioni

I Capitale	100.000	0	100.000
II Riserva da sovrapp. azione	0	0	0
III Riserve di rivalutazione	0	0	0
IV Riserva legale	0	0	0
V Riserve statutarie	0	0	0
VI Riserve per azioni proprie	0	0	0
VII Altre riserve	0	0	0
VIII Utili (perdite) a nuovo	0	-526	-526
IX Utile dell'esercizio	-526	755	229
IX Perdita dell'esercizio	0	0	0
Totale	99.474	229	99.703

L'incremento del Patrimonio Netto al 31 dicembre 2011 rispetto all'esercizio precedente è imputabile esclusivamente al risultato economico conseguito nell'anno, pari ad Euro 229,00.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 2427, punto 7 bis C.C.

Capitale	100.000				
Riserva per azioni proprie					
Riserva per azioni o quote di società controllante					
Riserva da soprapprezzo azioni					
Riserva da conversione obbligazioni					
Riserva legale		B			
Riserva per azioni proprie					
Riserva statutaria		B			
Riserva da valutazione delle partecipazioni con il metodo del patrimonio netto					
Riserva straordinaria					
Utili portati a nuovo					
Quota non distribuita				0	
Residua quota distribuita				0	

Legenda: "A" per aumento di capitale; "B" per copertura perdite; "C" per distribuzione soci

Attività svolta nel periodo

Passività - Trattamento di fine rapporto - Variazioni

T.F.R.	0	0	(393.577)	393.577	0
Totale	0	0	(393.577)	393.577	0

Il Trattamento di Fine Rapporto relativo al personale impiegato nella Società ricomprende il solo accantonamento operato per l'anno 2011, di Euro 393.577. Il TFR non è trattenuto nella Società, ma versato per intero al Fondo tesoreria INPS ovvero ad altri Fondi di previdenza complementari.

Passività - Debiti - Variazioni

Obbligazioni	0	0	0
Obbligazioni convertibili	0	0	0
Debiti v/soci per finanziamenti	0	0	0
Debiti v/banche	0	43	43
Debiti v/altri finanziatori	0	0	0
Acconti da clienti	0	0	0
Debiti v/fornitori	0	191.508	191.508
Debiti da titoli di credito	0	0	0
Debiti v/controlate	0	0	0
Debiti v/collegate	0	0	0
Debiti v/controlanti	0	0	0
Debiti tributari	0	1.708.288	1.708.288
Debiti v/ist. previdenziali	0	515.321	515.321
Altri debiti	2.834	1.187.390	1.190.224
Totale	2.834	3.602.550	3.605.384

I debiti tributari, ad eccezione dei debiti per imposte correnti IRES ed IRAP e quello verso istituti di previdenza sociale, risultano integralmente versati in data 16 gennaio 2012.

Passività - Debiti - Composizione temporale

	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Obbligazioni	0	0	0	0
Obbligazioni convertibili	0	0	0	0
Debiti v/soci per finanziamenti	0	0	0	0
Debiti v/banche	43	0	0	43
Debiti v/altri finanziatori	0	0	0	0
Acconti da clienti	0	0	0	0
Debiti v/fornitori	191.508	0	0	191.508
Debiti da titoli di credito	0	0	0	0
Debiti v/controllate	0	0	0	0
Debiti v/collegate	0	0	0	0
Debiti v/controllanti	0	0	0	0
Debiti tributari	1.708.288	0	0	1.708.288
Debiti v/istituti prev.	515.321	0	0	515.321
Altri debiti	1.190.224	0	0	1.190.224
Totale	3.605.384	0	0	3.605.384

Passività - Debiti - Debiti tributari

Rit. fisc. su redditi di lav. dip.	72.579
Ritenute fiscali su TFR	112
Addizionale regionale	73
Debiti per IRES	62.235
Debiti per IRAP	164.274
Erario c/ IVA	1.409.015
Totale	1.708.288

Passività - Debiti - Debiti v/istituti previdenziali

Debiti v/inps	442.947
Debiti v/inail	70.704
Rit. Prev. art.2 L.335/95	1.670
Totale	515.321

Passività - Debiti - Altri Debiti

Personale c/ retribuzioni	656.614
Amministratori c/ competenze	3.530
Debiti v/ ASL	2.000
Fatture da ricevere	112.816
Debiti da liquidare	16
Debiti per ferie e permessi	389.666
Fondo complementare TFR	6.469
Trattenute sindacali	9.115
Cessione 1/5 stipendio	9.998
Totale	1.190.224

La voce "Altri debiti" comprende debiti verso il personale dipendente pari ad Euro 656.614. La somma è stata integralmente versata in data 9 gennaio e 28 febbraio 2012. In aggiunta, tale voce comprende Debiti per ferie e permessi maturati per Euro 389.666. Si rileva che il numero di ore di ferie e permessi residui al 31.12.2011 ammonta a 35.670,72 ore, mentre le correlate retribuzioni e contributi ammontano rispettivamente ad Euro 296.339,71 e a Euro 93.326,33.

I debiti verso fondi di previdenza complementare risultano interamente estinti entro il 6 febbraio 2012.

I debiti per trattenute sindacali e per cessioni 1/5 dello stipendio risultano interamente estinti nel mese di gennaio 2012.

I debiti per fatture da ricevere si riferiscono a servizi e beni acquisiti nel corso del 2011, per i quali al 31 dicembre 2011 non è pervenuta la relativa fattura.

Conto Economico - Valore della produzione - Variazioni

Ricavi, vendite e prestazioni	0	8.488.605	8.488.605
Variazioni rimanenze prod.	0	0	0
Variaz. lav. in cors. su ord.	0	0	0
Increment. immobil. lav. int.	0	0	0
Altri ricavi e proventi	0	5.692	5.692
Totale	0	8.494.297	8.494.297

I ricavi afferiscono esclusivamente ai corrispettivi dei servizi di pulizia c.d. *interna e ausiliario* espletati in favore del socio unico ASL LE.

Conto Economico - Valore della produzione - Altri ricavi e proventi

Arrotondamenti attivi	5.692
Totale	5.692

Conto Economico - Costi della produzione - Variazioni

Mat. prime, suss. e merci	0	277.365	277.365
Servizi	0	165.617	165.617
Godimento beni di terzi	0	0	0
Ammortam. e svalutazione	0	7.892	7.892
Variazioni rimanenze mat. prime, suss. etc	0	-10.766	-10.766
Accant. per rischi	0	0	0
Altri accantonamenti	0	0	0
Oneri diversi di gestione	526	7.760	8.286
Totale	526	447.868	448.394

Conto Economico - Costi per mat. prime, suss., di cons. e di merci

Acquisti prodotti per pulizie	277.365
Materie prime	0
Semilavorati	0
Prodotti finiti	0
Materiali di consumo	0
Imballi	0
Altri acquisti	0
Resi, sconti, abbuoni e rett.	0
Totale	277.365

Conto Economico - Costi per servizi

Spese postali	756
Rimborso spese a professionisti	308
Visite mediche al personale	74.938
Spese bancarie	487
Consulenza del lavoro	48.365
Consulenza contabile e fiscale	286
Dotazione del personale	32.978
Cassa Prev. Dottori Commercialisti	11
Compensi amministratori	6.250
Oneri INPS amministratori	1.114
Spese varie	74
Manutenzione e riparazione imp. e macchine	50
Totale	165.617

Si segnala che la Società ha corrisposto il compenso all'amministratore per un solo mese, in quanto insediatosi con decorrenza dal 1 dicembre 2011, e non ha sostenuto nell'esercizio 2011 costi per godimento di locali (uffici amministrativi e depositi presso i vari presidi), attrezzature informatiche, utenze varie (energia elettrica, telefonia fissa e mobile, ecc) e per l'utilizzo di automezzi. Per tali costi non risulta sottoscritto alcun contratto di fornitura, in quanto sono state utilizzate le strutture del socio unico ASL LE.

Conto economico - Costi del personale

Salari e stipendi	5.660.538
Oneri sociali	1.752.939
Trattamento fine rapporto	393.577
Trattamento quiescenza e sim.	0
Altri costi	10.910
Totale	7.817.964

Il costo per personale dipendente è la voce di costo con maggiore incidenza sui ricavi. Ciò è dovuto alla primaria caratteristica strutturale della Società, ovvero quella di essere fortemente *labour intensive*. Tale voce tiene conto dei ratei di ferie maturate nell'anno 2011 e non ancora finanziariamente sostenuti dalla Società.

Conto Economico - Ammortamento Immobilizzazioni Immateriali

Costi d'impianto e ampliamento	607
Totale	607

Conto Economico - Ammortamento Immobilizzazioni materiali

Terreni e fabbricati	0
Impianti e macchinari	0
Attrezzature industriali e commerciali	7.892
Altri beni materiali	0
Totale	7.892

Conto Economico - Oneri diversi di gestione

Bollo	116
-------	-----

Cancelleria e stampati	986
Tassa CCIAA	290
Arrotondamenti passivi	6.895
Totale	8.287

Proventi e oneri finanziari

Conto Economico - Altri proventi finanziari

Interessi su c/c bancari	610
Totale	610

Conto Economico - Interessi e altri oneri finanziari

Commissioni bancarie	1.041
Totale	1.041

Imposte sul reddito

Conto Economico - Imposte sul reddito

Imposte correnti	226.672
Imposte differite	0
Imposte anticipate	0
Totale	226.672

Determinazione dell'imponibile IRAP:

Differenza tra valore e costi della produzione (escluso il costo del personale)	€	8.045.296
Costi non rilevanti ai fini IRAP	€	7.364
Cuneo fiscale	€	4.574.189
Deduzione INAIL	€	70.304
Imponibile IRAP	€	3.408.167
IRAP	€	164.274

Determinazione dell'imponibile IRES:

Risultato prima delle imposte	€	226.901
Variazioni in diminuzione	€	—
Variazione in aumento	€	—
Imponibile	€	226.901
IRES	€	62.398

* * * * *

Il presente bilancio, composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria nonché il risultato economico dell'esercizio e corrisponde alle risultanze delle scritture contabili.

Lecce, 30 marzo 2012

L'amministratore Unico

De Santis Luigi

Studio Professionisti Associati
Tributario e Societario



Prof. Avv. Giuseppe Tinelli
Avv. Maurizio Siciliano
Avv. Fabio Palumbo

Avv. Antonio Mela
Dott.ssa Adriana Padula
Dott. Comm. Salvatore Sisinni
Avv. Massimo Monosi
Dott. Comm. Luigi De Filippis
Dott. Antonio Fiore

Via Leonardo Prato, 32/A
73100 Lecce

Tel. 0832 332371
Fax 0832 243684

Lecce, 10 Luglio 2012

Egr. Sig.
Dott. Luigi De Santis
Amministratore Unico
Sanitaservice ASL LE s.r.l.

SPM

Oggetto: Analisi interpretativa di parere tecnico-valutativo relativo alla previsione di costi 2011 correlata al processo di internalizzazione promosso da ASL LE

1. PREMESSA

In adempimento della espressa richiesta formulataci per le vie brevi dall'Amministratore Unico di "Sanitaservice ASL LE s.r.l. - unipersonale" (di seguito, Sanitaservice) con contestuale invio della correlata richiesta rivolta allo stesso dal Direttore Generale di ASL LE con nota del 18 Aprile u.s. (prot. 2012/0059751), abbiamo provveduto ad operare la *"analisi interpretativa del parere tecnico-valutativo a suo tempo depositato dal prof. Stefano Adamo, nell'interesse ed a sostegno dell'esposto in Corte dei Conti"*, prendendo a base delle nostre valutazioni i dati consuntivi 2011 relativi al costo di taluni servizi, comunicatici dagli uffici amministrativi di ASL LE appositamente contattati.

Il parere tecnico-valutativo del prof. Stefano Adamo oggetto di *"analisi interpretativa"* (di seguito, il Parere), messo in copia a nostra disposizione, è quello redatto dall'indicato professionista in data 13 ottobre 2011 su incarico della società "Bio-Logica s.r.l.", avente ad oggetto la *"comparazione tra il costo sostenuto dalla Azienda Sanitaria Locale Lecce (di*

seguito A.S.L. Lecce) nel corso del 2010 per la fornitura dei servizi di ausiliario, supporto logistico, pulizia ordinaria e straordinaria, facchinaggio e movimentazione interna e il *costo che la stessa dovrà sostenere* all'esito dell'internalizzazione dei servizi sopra elencati mediante ricorso all'istituto dell'*in house providing*".

A tale ultimo riguardo, per opportuna memoria, rileviamo che la scelta di ASL LE di internalizzare i suddetti servizi accessori alla propria attività istituzionale traeva spunto dall'esigenza di esercitare uno stringente controllo diretto sulle attività, sugli approvvigionamenti e sulla qualità del servizio, esercitato anche attraverso il c.d. "controllo analogo", intendendo in tal modo alimentare anche un processo dinamico di creazione di "valore" aziendale.

2. OGGETTO DELL'INCARICO

Il nostro incarico ha avuto ad oggetto la valutazione dei dati 2011 stimati dal redattore del Parere quali (maggiori) costi per ASL LE connessi alla scelta di internalizzazione (c.d. opzione MAKE, operata per il tramite di Sanitaservice, società appositamente costituita e integralmente posseduta dall'Ente) di taluni servizi in precedenza acquisiti dal medesimo committente mediante acquisto (c.d. opzione BUY) presso imprese terze.

Ed infatti, prima dell'avvio del processo di internalizzazione, tutti i servizi di pulizia, sanificazione e disinfestazione, manutenzione delle aree verdi e incolte, pulizia aree esterne, vigilanza, portierato e ausiliario risultavano affidati, mediante procedure di gara, ad un raggruppamento temporaneo di imprese costituito da "Bio-Logica srl" (già Meridionale Disinfestazioni srl) e dal "Consorzio Nazionale Servizi Soc. Coop. a r.l." (di seguito, CNS); tali società rendevano i servizi ad ASL LE sia direttamente che per il tramite di società *sub*-affidatarie, nello specifico "La Pulisan srl", "Supernova srl" (ora S.F.L. – Services Facility Logistics Soc. Coop.), "Ariete Soc. Coop." e "G.S.I."

Tenuto tuttavia conto del fatto che Sanitaservice ha iniziato la propria attività solo a partire dall'1.05.2011, e che per tutto l'anno 2011 ha prestato ad ASL LE solo servizi di ausiliario e "pulizie interne", si è ritenuto di procedere, nella effettuazione dell'incarico conferitoci, ad operare una triplice analisi, e cioè:

- Si è in primo luogo proceduto a verificare che i dati consuntivi 2010 (costituenti oggetto di comparazione con quelli 2011) quali contenuti nel Parere fossero quelli effettivamente sostenuti da ASL LE e come tali risultanti dalla contabilità della stessa;

- Successivamente, pur tenuto conto che Sanitaservice ha, come detto, svolto solo per parte del 2011 solo alcune tipologie dei servizi in precedenza acquisiti da ASL LE presso imprese terze, si è proceduto a comparare i costi 2011 effettivamente sostenuti da ASL LE con quelli effettivamente sostenuti per il precedente anno 2010 dal medesimo committente, tenendo conto di tutti i servizi goduti da ASL LE (cioè senza limitare la analisi e la comparazione ai soli costi di ausiliariato e pulizie interne);
- Si è quindi proceduto ad una comparazione tra i costi effettivi per i soli servizi di ausiliariato e pulizie 2011 (comprensivi di quelli addebitati da Sanitaservice) rispetto alla analisi prospettica degli stessi costi contenuta nel Parere.

3. DOCUMENTAZIONE ESAMINATA

Pur non disponendo di tutta la documentazione a suo tempo utilizzata dal redattore del Parere, dallo stesso puntualmente indicata alle pagg. da 2 a 5 del documento oggetto di analisi, abbiamo potuto ugualmente effettuare la analisi interpretativa giacchè la stessa riguarda dati consuntivi già contabilizzati, tanto per il 2010 quanto per il 2011, di cui abbiamo avuto contezza sia accedendo direttamente ad informazioni disponibili dalla contabilità di ASL LE, dalla stessa forniteci secondo le nostre richieste, sia attingendo ai dati contabili di Sanitaservice già in nostro possesso.

Mentre per la individuazione dei costi addebitati ad ASL LE nel 2011 (dall'1.05 al 31.12.2011) da Sanitaservice abbiamo potuto avere facile accesso alla documentazione contabile-fiscale emessa dalla stessa nei confronti di ASL LE, per la individuazione dei costi 2010 e 2011 sostenuti da ASL LE con ditte esterne abbiamo ritenuto opportuno procedere ad un controllo attingendo direttamente dalla contabilità dell'Ente; ed infatti, previamente autorizzati, abbiamo in più occasioni contattato l'ufficio "contabilità e bilancio" di ASL LE, e poi direttamente incontrato, presso gli uffici ASL di Maglie, le dipendenti sigg.re Pacella e Biasco, con le quali abbiamo proceduto ad esaminare la documentazione disponibile presso gli archivi dell'Ente e ad estrarre dal sistema informatico taluni mastrini di contabilità.

Riteniamo opportuno evidenziare che l'esigenza di un controllo sui consuntivi di spesa 2010 sostenuti da ASL LE con le imprese terze indicate a pag. 8 del Parere è sorta a causa di alcune incongruenze rilevate in tale ultimo documento, che non sembrava coincidere, quanto ad anagrafiche delle ditte prestatrici dei servizi di "pulizia, sanificazione e

disinfezione, manutenzione delle aree verdi e incolte, pulizia aree esterne, vigilanza (non armata), facchinaggio e ausiliario", con quelle risultanti dai mastri contabili dei fornitori rilevabili dalla contabilità di ASL LE.

E così, quella che sulle prime sembrava una assai consistente incongruenza – non compariva tra i fornitori indicati nel "prospetto di sintesi" di pag. 9 del Parere il "Consorzio Nazionale Servizi Soc. Coop. a r.l." invece risultante dalla contabilità di ASL LE quale primario fornitore dei servizi in discorso – si è rivelata comunque, pur se per importo inferiore, una non corretta determinazione del costo 2010 sostenuto da ASL LE per l'acquisto, presso ditte esterne, dei vari servizi (di pulizia, ausiliario, sanificazione ecc.), per come di seguito indicato.

4. RIDETERMINAZIONE DEI COSTI 2010 DI ASL LE PER L'ACQUISTO PRESSO DITTE ESTERNE DEI SERVIZI DI PULIZIA, AUSILIARIO, MANUTENZIONE, SANIFICAZIONE ecc.

Come sopra accennato, dall'esame del documento oggetto della nostra analisi è emersa una non coincidenza tra i fornitori affidatari dei servizi in esame risultanti dalla contabilità di ASL LE e quelli indicati nel suindicato prospetto di pag. 9 del Parere; tale circostanza ha reso necessaria una previa verifica del costo effettivo sostenuto nel 2010 da ASL LE per la acquisizione dei servizi di pulizia, ausiliario, sanificazione, manutenzione ecc., in relazione a ciascun fornitore di servizi.

Ed infatti, poiché si evince che il redattore del Parere ha operato la propria analisi non accedendo alla contabilità di ASL LE ma a quella delle varie ditte che operavano quali fornitrici/sub-fornitrici della stessa (si veda, al riguardo, quanto indicato in fine di pag. 6 e inizio di pag. 7 del Parere), nella determinazione del costo 2010 di ASL LE lo stesso non sembra aver considerato l'effetto, di entità non trascurabile, determinato dall'esistenza di taluni subappaltatori il cui volume di fatturato non ha coinciso con il costo finale sostenuto da ASL LE.

Più precisamente, nella determinazione del costo 2010 per ASL LE il Parere risulta aver considerato:

- i valori addebitati in fattura da Bio-Logica srl ad ASL LE per tutte le attività svolte nel 2010;
- i valori addebitati in fattura da La Pulisan srl ad ASL LE per prestazioni di pulizia effettuate nell'anno 2010;

- gli importi fatturati dalle società sub-affidatarie S.F.L. – Services Facility Logistics Soc. Coop., “Ariete Soc. Coop.” e “G.S.I.” alla società aggiudicatrice della gara, Consorzio Nazionale Servizi Soc. Coop. a r.l., a fronte delle prestazioni eseguite per conto di questa presso le strutture della ASL LE.

Proprio a tale ultima circostanza sembra doversi attribuire la “incongruenza” cui si faceva prima cenno, giacchè è accaduto che le società sub-affidatarie abbiano fatturato al proprio committente/subappaltante “CNS” il quale poi, in qualità di appaltatore di ASL LE, ha provveduto ad emettere diretta fattura alla stazione appaltante (per l'appunto, ASL LE), evidentemente rideterminando l'importo da addebitare all'Ente committente per ricomprenservi il proprio “margine di impresa”, ciò che però ha determinato un costo per ASL LE diverso e superiore rispetto a quello rappresentato dalle fatture emesse dai subappaltatori non nei confronti dell'Ente stesso ma della stazione subappaltante “CNS”. All'esito di tale più corretta determinazione dei costi sostenuti da ASL LE nel 2010, è emerso che l'acquisto (c.d. opzione BUY) presso ditte esterne di tutti i servizi indicati a pag. 2 del Parere ha determinato per ASL LE un costo complessivo rispetto a quello risultante dal “Prospetto di sintesi per la determinazione del costo complessivo sostenuto dall'ASL di Lecce nel corso del 2010 in relazione ai servizi appaltati alle imprese esterne – Costo complessivo OPZIONE BUY (OUTSOURCING)” riportato a pag. 9 del Parere, superiore per Euro 869.001,68, il tutto meglio rappresentato nel prospetto (Tab. 1) che segue.

Costo complessivo sostenuto nel 2010 da ASL Lecce per servizi appaltati a imprese esterne				
Fornitore	Servizio	Imponibile	IVA	Totale
Consorzio Nazionale Servizi Scarl	Trasporti Assistiti e Disabili	574,36	114,87	689,23
	Disinfestazione e Derattizzazione	317.396,88	63.479,38	380.876,25
	Manutenzione del verde	629.273,13	125.854,63	755.127,75
	Raccolta e Smaltimento rifiuti tossici e nocivi	6.159,71	1.231,94	7.391,65
	Vigilanza	97.417,28	19.483,46	116.900,74
	Pulizia	8.775.403,11	1.755.080,62	10.530.483,73
	Servizio di Portierato e Ausiliario	576.938,59	115.387,72	692.326,31
	Servizi trasporti (non sanitari)	8.828,19	1.765,64	10.593,83
	Altri servizi	47.685,92	9.539,18	57.225,10
		10.459.687,16	2.091.937,43	12.551.624,59
Bio Logica srl	Disinfestazione e Derattizzazione	880,00	176,00	1.056,00
	Manutenzione del verde	2.600,00	520,00	3.120,00
	Raccolta e Smaltimento rifiuti tossici e nocivi	1.428,00	285,60	1.713,50
	Pulizia	3.677.617,55	735.523,51	4.413.141,06
	Servizio di Portierato e Ausiliario	17.896,99	3.579,40	21.476,39
	Servizi trasporti (non sanitari)	8.828,19	1.765,64	10.593,83
		3.709.250,73	741.850,15	4.451.100,88
La Pulsan srl	Pulizia	547.117,20	109.423,44	656.540,64
		547.117,20	109.423,44	656.540,64
Costo complessivo sostenuto nel 2010 risultante da contabilità ASL LE		14.716.055,09	2.943.211,02	17.659.266,11
Costo complessivo 2010 indicato nel Parere		13.991.887,02	2.798.377,40	16.790.264,43

Tabella 1

Al riguardo si precisa che, al fine di trovare documentale conferma di quanto riscontrato, si è provveduto ad acquisire presso gli uffici amministrativi di ASL LE, con riferimento all'esercizio 2010, i mastri contabili dei conti di contabilità generale accesi alle voci di costo relative ai servizi commissionati alle ditte esterne; per ogni servizio sono state estrapolate le sole movimentazioni riferite ai valori addebitati ad ASL LE dalle summenzionate ditte in relazione alle attività svolte nell'anno. In una fase successiva è stato considerato cumulativamente il valore delle prestazioni rese da ciascuna ditta per il periodo di riferimento.

Il risultato è consistito nella quantificazione dei valori fatturati da ciascuna società appaltatrice con riferimento alle varie e diversificate attività da queste effettuate in favore di ASL LE.

Come evidenziato nella tabella sottostante (Tab. 2), il costo totale 2010 che emerge dalla contabilità di ASL LE per tutte le attività oggetto di "esternalizzazione" ammonta ad Euro 17.659.266,11, superiore rispetto a quello indicato nel Parere, che evidenzia invece un importo di Euro 16.790.264,43. Il valore differenziale che descrive maggiori oneri sostenuti nel 2010 per servizi acquisiti all'esterno ammonta pertanto ad Euro 869.001,68.

Si sottolinea che nella Tabella 2 sono stati messi a confronto i corrispettivi fatturati dalle Società fornitrici rilevati nei mastri contabili delle rispettive anagrafiche fornitori di ASL LE, con i valori desunti dal Parere che, come già evidenziato, giunge a quantificare il costo complessivo per ASL LE sulla base dei valori addebitati dalle ditte sub-affidatarie dei servizi alle società appaltatrici, piuttosto che sugli importi da queste ultime rifatturati ad ASL LE.

Costo complessivo sostenuto nel 2010 da ASL Lecce suddiviso per società affidatarie - differenze rispetto ai valori contenuti nel Parere			
	Conti ASL-LE	Parere	Delta
Affidatarie	17.659.266,11	5.098.587,88	12.560.678,23
Bio Logica srl	4.451.100,88	4.442.065,42	9.035,46
La Pulisan srl	656.540,64	656.522,46	18,18
Consorzio Nazionale Servizi	12.551.624,59	0	12.551.624,59
Sub-affidatarie	0,00	11.691.676,55	-11.691.676,55
S.F.L.	0,00	9.140.191,09	-9.140.191,09
G.S.I.	0,00	922.543,20	-922.543,20
ARIETE Società Cooperativa	0,00	1.628.942,26	-1.628.942,26
Differenza complessiva			869.001,68

Tabella 2

5. COMPARAZIONE TRA COSTI EFFETTIVI SOSTENUTI NEL 2011 DA ASL LE RISPETTO A QUELLI EFFETTIVI SOSTENUTI NEL 2010 PER TUTTI I SERVIZI

Una adeguata valutazione a consuntivo del rispetto delle condizioni di effettiva economicità che avevano orientato ASL LE verso la scelta strategica di svolgere alcune

attività internamente, a pochi mesi dalla chiusura del primo esercizio (non completo, peraltro) di effettiva implementazione del programma tracciato, passa necessariamente per la ricognizione dei costi consuntivi sostenuti dalla stessa Azienda nel 2011, e da un loro confronto con i corrispondenti valori del 2010.

Al fine di operare un confronto omogeneo rispetto ai valori del 2010, si è proceduto ad acquisire presso gli uffici amministrativi di ASL LE i conti dei costi riferiti ai servizi la cui esecuzione era affidata a ditte esterne e che a decorrere da maggio 2011 si è, come più volte ricordato, provveduto a internalizzare secondo un calendario predeterminato.

Infatti, il modello gestionale rappresentato dall'*in house providing* avviato a maggio 2011 con la internalizzazione dei servizi di pulizie interne e ausiliario è continuato nel 2012, giacchè a partire dal mese di Marzo del corrente anno Sanitaservice eroga alla sua controllante anche i servizi informatici e quelli relativi alla pulizia di aree comuni.

L'anno 2011, oggetto della analisi sottesa all'incarico conferitoci, è perciò idealmente ed operativamente suddiviso in due periodi distinti, ed infatti:

- nei primi quattro mesi dell'anno, da gennaio ad aprile, le attività di pulizia, sanificazione e disinfestazione, manutenzione delle aree verdi e incolte, pulizia aree esterne, vigilanza, portierato e ausiliario sono state tutte rese dall'associazione temporanea di imprese composta da "Bio-Logica srl" (già Meridionale Disinfestazioni srl) e da "Consorzio Nazionale Servizi Soc. Coop. a r.l.";
- a partire da maggio e sino a dicembre, invece, Sanitaservice si è integralmente sostituita alle precedenti nella fornitura ad ASL LE dei servizi di pulizia (ad eccezione della pulizia di aree esterne) e di portierato e ausiliario; tutti gli altri e diversi servizi hanno continuato ad essere resi da "Bio-Logica srl" (già Meridionale Disinfestazioni srl) e da "Consorzio Nazionale Servizi Soc. Coop. a r.l.".

La determinazione dei costi a consuntivo che tale nuova formula strategico-gestionale ha prodotto nel 2011 rispetto all'anno 2010, richiede tuttavia ulteriori considerazioni. La finalità dell'analisi commissionataci è infatti quella di confrontare i profili di economicità di due modelli diametralmente opposti:

- il primo, integralmente adottato fino a tutto il 2010, consisteva nell'affidamento in regime di esclusiva all'esterno dei servizi appena descritti. Il costo complessivo di tale soluzione è ben rappresentato dagli oneri sostenuti da ASL LE nel 2010, dalla stessa opportunamente rilevati nelle proprie scritture contabili;

- il secondo modello, di successiva adozione, ha portato alla realizzazione "diretta" – per il tramite di Sanitaservice - delle attività di pulizia e di ausiliario (almeno per il 2011). Il costo complessivo riferito a tale seconda opzione, partendo dai dati contabili consuntivi del 2011, deve tuttavia essere opportunamente riparametrato in modo da stimare l'effettivo costo che ASL LE avrebbe sopportato nel 2011 se Sanitaservice avesse iniziato ad operare dal mese di gennaio dello stesso anno.

Ciò premesso, si chiarisce che:

- i costi riferiti ai servizi diversi da pulizia interna e da ausiliario, acquisiti continuativamente nel corso di tutto l'anno 2011 dalle ditte CNS Scarl e Bio-Logica srl, sono stati considerati integralmente senza apportarvi alcuna rettifica, nella misura esplicitata dalle rilevazioni contabili di ASL LE e documentata dalle relative fatture di acquisto;
- con riguardo ai costi per pulizia interna e ausiliario si è rideterminato l'onere che ASL LE avrebbe sostenuto nel caso in cui Sanitaservice avesse avviato la propria attività il primo gennaio 2011. A tal fine, si è ritenuto che il valore delle attività riferite ai primi quattro mesi del 2011 potesse essere determinato con buona approssimazione partendo dai corrispettivi fatturati dalla Società per le medesime attività nei primi quattro mesi del 2012. Si chiarisce che i corrispettivi riferiti ai servizi espletati nei mesi di marzo e aprile 2012 sono stati decurtati della parte di essi riferita alle attività di pulizia delle aree comuni e ai servizi informatici, che Sanitaservice ha iniziato a rendere ad ASL LE (in sostituzione dei medesimi servizi prima resi da ditte esterne) a partire da marzo 2012. Si chiarisce ulteriormente che Sanitaservice non ha proceduto ad addebitare separatamente nelle proprie fatture relative al 2011 la parte di corrispettivo riguardante le attività di ausiliario rispetto a quello relativo ai servizi di pulizia interna. Tuttavia la Società aveva suggerito quale criterio univoco per la ripartizione dei costi, quello del costo del personale e dell'incidenza delle ore contrattuali impiegate nelle diverse attività. Allo stesso modo, per scomputare dalle fatture del primo quadrimestre 2012 la quota di fatturato riferita ai soli servizi di ausiliario e pulizia interna, si è impiegato il medesimo rapporto e provveduto a distribuire il fatturato in applicazione a tale criterio.
- i costi per pulizia delle aree comuni, riferiti a prestazioni rese ad ASL LE da CNS Scarl e Bio-Logica srl unitamente ad altre non ancora trasferite a Sanitaservice e senza apposita indicazione della quota di costo relativa alla sola pulizia delle aree comuni, sono

stati rideterminati per giungere ad una quantificazione estimativa dell'onere riferito all'intero esercizio 2011. Partendo da un dato certo, rappresentato dai corrispettivi maturati dalle suindicate ditte esterne nei mesi da maggio a dicembre 2011, si è giunti a determinare la quota parte di compensi fatturati nei primi quattro mesi, riferiti alla sola attività di pulizia delle aree comuni. Tale valore è stato ottenuto ragguagliando a quattro mesi i valori relativi al periodo da maggio a dicembre. Il criterio appena descritto si è dimostrato affidabile e utile ad ottenere una stima ragionevole dei compensi corrisposti per tali attività del primo periodo dell'anno, schematicamente individuato nella Tabella (Tab. 3) che segue.

Determinazione del costo 2011 per servizi di pulizia e ausiliario

Pulizia	gen-apr	mag-dic	Totale
Consorzio Nazionale Servizi Scarl	362.105,72	724.211,44	1.086.317,16
Bio Logica srl	261.147,00	522.294,00	783.441
Sanitaservice ASL LE unipersonale	3.988.109,64	9.691.614,89	13.679.724,53
	4.611.362,36	10.938.120,33	15.549.482,69
Ausiliario			
Sanitaservice ASL LE unipersonale	226.502,56	550.430,11	776.932,67
	226.502,56	550.430,11	776.932,67
Totale	4.837.864,93	11.488.550,44	16.326.415,37

Tabella 3

Dal procedimento di valorizzazione delle prestazioni erogate ad ASL LE nel corso del 2011 dalle società esterne unitamente (a partire dal mese di maggio) a Sanitaservice, è emerso un costo complessivo sostenuto da ASL LE per tutti i servizi goduti pari ad Euro 17.394.690,34, diverso ed inferiore rispetto a quello stimato nel Parere.

La Tabella che segue (Tab. 4) evidenzia la scomposizione dell'importo sopra indicato con ripartizione tra i differenti fornitori e, per ciascuno di essi, individua il costo complessivo riferito a ciascuna attività da questi resa.

Il costo consuntivo rideterminato nei termini appena descritti relativamente al 2011, ammonta ad **Euro 17.330.674,94**. Tale valore, nella cui determinazione si è opportunamente tenuto conto dell'effetto incrementativo correlato all'aumento della

aliquota Iva pari ad 1 punto percentuale con decorrenza dal 17 settembre 2011, può essere assunto a riferimento per determinare l'onerosità complessiva dell'opzione MAKE.

Costo complessivo sostenuto nel 2011 da ASL Lecce Servizi appaltati a imprese esterne		
Fornitore	Servizio	Totale
Consorzio Nazionale Servizi Scrl	Disinfestazione e Derattizzazione	291.163,05
	Manutenzione del verde	540.431,17
	Vigilanza	124.703,48
	Pulizia	1.086.317,16
	Altri servizi	111.206,87
		2.153.821,73
Blo Logica srl	Disinfestazione e Derattizzazione	770,40
	Manutenzione del verde	0,00
	Raccolta e Smaltimento rifiuti tossici e nocivi	0,00
	Pulizia	783.441,00
	Servizio di Portierato e Ausiliariato	0,00
	Servizi trasporti (non sanitari)	0,00
		784.211,40
Sanitaservice ASL LE unipersonale	Pulizia	13.679.724,53
	Servizio di Portierato e Ausiliariato	776.932,67
		14.456.657,21
Costo complessivo 2011		17.394.690,34
Effetto incremento IVA		64.015,40
Costo complessivo al netto dell'effetto incremento aliquota IVA		17.330.674,94

Tabella 4

Operando un raffronto tra quanto effettivamente sostenuto da ASL LE in relazione ai servizi suddetti, una volta entrato a regime (da maggio 2011) il procedimento di internalizzazione dei servizi di pulizia e ausiliariato, e quanto dalla stessa corrisposto per le

medesime prestazioni nell'esercizio precedente, si rinviene un risparmio complessivo pari a Euro 328.591,17.

Quanto evidenziato vale a significare che l'opzione MAKE, per la parte realizzata nel corso dell'esercizio 2011, ha consentito ad ASL LE di ottimizzare l'impiego di risorse espletando in proprio attività prima gestite in ottica privatistica.

La Tabella che segue (Tab. 5) sintetizza i risultati dell'analisi condotta.

Rammentiamo che la comparazione effettuata tiene conto dei costi sostenuti da ASL LE nel 2010 e nel 2011 per tutti i servizi di pulizia, sanificazione e disinfestazione, manutenzione delle aree verdi e incolte, pulizia aree esterne, vigilanza, facchinaggio e ausiliario, eseguiti presso tutte le strutture ospedaliere, i distretti socio-sanitari e i dipartimenti della ASL di Lecce.

A) Costo complessivo 2011 per ASL LE al netto dell'effetto incremento aliquota IVA	17.330.674,94
---	----------------------

B) Costo complessivo 2010 per ASL LE	17.659.266,11
---	----------------------

C)= A) - B) Minori costi sostenuti nel 2011	-328.591,17
--	--------------------

Tabella 5

6. COMPARAZIONE TRA COSTI EFFETTIVI SOSTENUTI NEL 2011 DA ASL LE RISPETTO A QUELLI STIMATI NEL PARERE PER IL MEDESIMO ESERCIZIO, RIGUARDANTI I SOLI SERVIZI DI AUSILIARIATO E PULIZIE

Ultima delle analisi condotte è quella relativa al confronto tra i costi riferiti ad attività di pulizia e di ausiliariato determinati a consuntivo per l'intero esercizio 2011, e le proiezioni di costo contenute per lo stesso periodo nel Parere.

Si precisa preliminarmente che l'accertamento su base presuntiva dei costi che ASL LE avrebbe sostenuto nel 2011 nell'ipotesi in cui avesse essa stessa, mediante una struttura pubblicistica interamente controllata, provveduto all'erogazione dei servizi, è stato condotto dal redattore del Parere tracciando tre ipotesi distinte, tutte frutto di differenti procedimenti estimativi. In particolare, avvalendosi di tre criteri distinti, il redattore del Parere giunge alla determinazione di un *range* di valori all'interno del quale avrebbero dovuto presuntivamente muoversi i costi consuntivati da ASL LE nel 2011 per i soli servizi di pulizia interna e ausiliariato realizzati in proprio attraverso la controllata Sanitaservice. L'opzione MAKE riferita esclusivamente a tali servizi, in particolare, condurrebbe a risultati antieconomici rispetto all'opposta visione strategica (BUY). Infatti, le tre ipotesi estimative descrivono un costo minimo stimato per la realizzazione interna di tali attività pari ad Euro 18.994.523,29 e un costo massimo pari ad Euro 26.020.395,50.

Il primo procedimento evidenziato nel Parere per stimare il costo di produzione corrispondente all'opzione MAKE è consistito nella costruzione, sulla base di tecniche di analisi statistica, di un conto economico "standard" di settore, con particolare riferimento al costo complessivo di produzione dei servizi e all'incidenza percentuale delle varie voci di costo sul costo complessivo di produzione. Tale criterio è giunto a quantificare un costo complessivo per l'espletamento dei servizi di pulizia e ausiliariato di Euro 26.020.295,50.

Una seconda ipotesi di costo è stata costruita partendo dal Business Plan di Sanitaservice, normalizzato al fine di tenere conto esclusivamente dei costi del personale dipendente imputabili alle attività oggetto di comparazione. Dall'applicazione di tale metodologia, risulterebbe un costo di Euro 18.994.523,29.

Da ultimo il terzo criterio ipotizzato prende a riferimento il bilancio della società "Sanitaservice ASL FG srl unipersonale", società *in-house* dell'ASL di Foggia, comparabile rispetto a quella oggetto di indagine per dimensione, contesto di operatività e natura dell'attività. Mediante tale ultimo procedimento si giunge alla determinazione di una ipotesi di costo dell'ordine di Euro 19.588.928,57.

Su questa premessa, l'analisi da noi svolta è consistita in un confronto omogeneo tra i corrispettivi addebitati da Sanitaservice ad ASL LE in relazione alle attività di pulizia e ausiliario alla stessa rese nel corso dell'anno 2011 e i risultati probabilistici contenuti nel Parere.

Si precisa che i dati consuntivi oggetto di comparazione sono anch'essi ottenuti da un procedimento estimativo finalizzato alla misurazione del costo complessivo che sarebbe stato sostenuto da ASL LE nel 2011 se questa avesse affidato l'espletamento di tali attività a Sanitaservice a partire dal primo gennaio 2011, invece che dal primo maggio dello stesso anno. Pertanto, è indispensabile fare riferimento ad una configurazione di costo in grado di esprimere l'onerosità effettiva dell'opzione strategica esaminata (MAKE). Rimandando alla metodologia illustrata nel paragrafo che precede per tutto quanto attiene ai criteri di rideterminazione dell'onere relativo alle prestazioni di servizi di pulizia interna e delle aree comuni e di ausiliario, si evidenzia che tale onere opportunamente ragguagliato e rettificato riferito al 2011, ammonta ad **Euro 16.326.415,37**. Questa configurazione di costo esprime ragionevolmente il risultato *a posteriori* dell'intervento di internalizzazione dei servizi in esame, e si presenta di molto inferiore a quanto stimato nel Parere.

La Tabella che segue (Tab. 6) pone a confronto il dato consuntivo relativo al 2011, opportunamente rettificato, con i valori corrispondenti alle differenti ipotesi prospettiche descritte in precedenza e riportate nel Parere.

Il raffronto evidenzia come la opzione strategica adottata da ASL LE, consistente nella realizzazione *in-house* delle prestazioni oggetto di esame, ha condotto sotto il profilo strettamente economico l'Azienda a conseguire risparmi notevoli rispetto a quanto stimato in prospettiva. In particolare, il confronto restituisce un valore differenziale tra consuntivo e preventivo dell'ordine minimo di Euro 2.668.107,92 e massimo di Euro 9.693.980,14.

Comparazione tra i costi consuntivi 2011 di ASL LE e le ipotesi di costo contenute nel Parere

Costi ASL LE per servizi Pulizia e Ausiliariato 2011	Ipotesi di costo per servizi di Pulizia e Ausiliariato 2011 come da Parere	Differenza
16.326.415,37	IPOTESI A) CONTO ECONOMICO MEDIO/STANDARD DI SETTORE	26.020.395,50 -9.693.980,14
	IPOTESI B) CONTO ECONOMICO MEDIO NORMALIZZATO 2010-2012	18.994.523,29 -2.668.107,92
	IPOTESI C) BILANCIO 2010 SANITASERVICE FOGGIA	19.588.928,57 -3.262.513,20

Tabella 6

7. CONCLUSIONI

Sulla base di quanto fin qui rilevato, si ritiene di poter affermare che l'incremento dei costi per ASL LE correlato al processo di internalizzazione dei servizi accessori, stimato su base previsionale nel documento di cui ci è stato chiesto di procedere ad una analisi interpretativa "a consuntivo", non risulta confermato, dovendosi al contrario prendere atto che la *mission* sottesa alla stessa costituzione di Sanitaservice, rappresentata tra l'altro dalla esigenza di un più efficace controllo dei costi dei servizi accessori alle istituzionali prestazioni di natura socio-sanitaria svolte in favore della collettività da ASL LE, appare senz'altro confermata.

Per come in precedenza chiarito, la analisi effettuata ha dovuto tenere necessariamente conto della durata, inferiore a dodici mesi, delle attività prestate nel corso del 2011 da Sanitaservice in favore della sua controllante, ciò che non ha tuttavia impedito, pur con qualche inevitabile necessità di ricalcolo comunque sempre basato su *consuntivi di spesa* e non su previsioni, di smentire le funeste previsioni di cospicui incrementi di spesa cui ASL LE sarebbe andata incontro a seguito del processo di internalizzazione dalla stessa promosso.

Al contrario, il consuntivo 2011 evidenzia un cospicuo risparmio di costi rispetto alle previsioni contenute nel documento oggetto di nostra analisi interpretativa, e un contenimento, pur se di minore entità, dei costi effettivi rispetto al consuntivo 2010.

Ovviamente, per la completa e definitiva conferma di tale *trend* di contenimento dei costi dovrà attendersi il completamento del processo di internalizzazione di tutti i servizi precedentemente affidati da ASL LE ad imprese esterne, e lo svolgimento per un intero esercizio da parte di Sanitaservice di tutti i servizi precedentemente erogati da tali imprese; solo allora, con gli aggiustamenti del caso (ad esempio legati alla prevista modifica della aliquota Iva rispetto a quella in vigore nel 2010 e che avrebbe comunque interessato anche i servizi prestati da soggetti diversi da Sanitaservice), potrà aversi una conferma certa ed inequivocabile del percorso virtuoso che ASL LE sembra aver intrapreso con il processo di internalizzazione dei servizi accessori.

§ * § * §

Così ritenuta ultimata la analisi interpretativa richiestaci, si rimette la presente relazione e si resta a disposizione per qualunque ulteriore chiarimento sul contenuto della presente.
L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

STUDIO PROFESSIONISTI ASSOCIATI

Avv. Maurizio Siciliano

Dott.ssa Adriana Padula