
**PROGETTO DI COSTITUZIONE
DELLA MACROAREA
SARDEGNA**

Il Commissario – Dr. Antonio Onorato Succu

Il Direttore Amministrativo – Dr. Piero Carta

Il Direttore Sanitario – Dr. Salvatore Bruno Murgia

Estensore Dr. Mariano Meloni



Allegato.....
alla deliberazione
n. **272** del **18 NOV 2009**

Sommario

PREMESSA.....	3
CONTESTO – ALTRE ESPERIENZE REGIONALI	4
FUNZIONI	7
FORMA GIURIDICA.....	8
GOVERNANCE	9
SEDE	10
PERSONALE	11
ASPETTI FISCALI.....	11
BILANCIO PATRIMONIO E FINANZIAMENTO.....	12
AVVIO DELLA MACROAREA.....	12



PREMESSA

Con l'articolo 12 della legge regionale del 7 agosto 2009 il legislatore regionale ha previsto l'istituzione di "macroaree" *tale che le loro dimensioni rappresentino il livello ottimale per l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, comprese quelle ospedaliere.*

Con delibera (DGR) 42/17 del 15 settembre scorso la Giunta Regionale propone la costituzione di una unica macroarea, ipotizzando il livello ottimale nell'intera regione.

Il progetto è ambizioso e rappresenta il punto di arrivo di un percorso estremamente complesso che deve potersi realizzare in **maniera graduale** al fine di consentire un efficace trasferimento delle funzioni amministrative e tecniche in capo al nuovo soggetto consortile e nel contempo garantire che tali essenziali funzioni di supporto non abbiano alcuna soluzione di continuità e possano essere, nel frattempo, regolarmente espletate all'interno di ciascuna azienda.

Appare ancora più necessario sottolineare che le funzioni attribuite alla macroarea impattano significativamente sulle attività clinico-assistenziali delle aziende sanitarie con la conseguenza che la riuscita del sistema sarà direttamente correlata al grado di consenso che lo stesso susciterà nei medici e in generale degli operatori della sanità.

In questa prospettiva diventa fondamentale individuare principi operativi che devono ispirare l'attività della macroarea il cui successo operativo è direttamente proporzionale alla capacità di acquisire e porre in essere la rivoluzione culturale che la riforma necessariamente introduce. In conseguenza di ciò la macroarea deve:

- operare secondo strumenti e metodi di programmazione interaziendale, raccordare e coordinare le scelte, omogeneizzare attività e funzioni operative;
- organizzare le attività in modo da garantire la fruizione di servizi appropriati e tempestivi che soddisfino bisogni accertati;
- interpretare l'organizzazione come un sistema complesso, progettato per obiettivi ed articolato per processi, coordinato ed integrato, focalizzato sulla gestione integrata dei processi e delle attività
- governare e gestire i processi aziendali sulla base di criteri di efficacia ed efficienza, produrre e migliorare protocolli, standard e linee guida, ad uso dell'attività operativa;

- perseguire la semplificazione dei procedimenti nel rispetto della legittimità e della correttezza dell'azione amministrativa ed introdurre percorsi di innovazione e di qualità.
- potenziare il contenuto professionale e manageriale delle attività, rafforzando le capacità di indirizzo, programmazione e monitoraggio delle strutture di competenza;
- valorizzare il ruolo dei professionisti nel governo tecnico-amministrativo dell'azienda ed accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori attraverso un processo di formazione e aggiornamento continuo.

L'Azienda di Nuoro al fine di essere immediatamente operativa accompagna il presente progetto con una **bozza di STATUTO** della macroarea che può rappresentare una base di lavoro per l'avvio del processo di costituzione della macroarea.

CONTESTO – ALTRE ESPERIENZE REGIONALI

Il progetto di costituzione della macroarea non può prescindere da un esame, seppur estremamente sommario, del contesto inerente situazione demografica, viabilità, infrastrutture della Regione Sarda e dell'attuale organizzazione sanitaria.

Per estensione la Sardegna costituisce la terza regione italiana, avendo una superficie complessiva di 24.090 km². La lunghezza tra i suoi punti più estremi è di 270 km, mentre 145 sono i km di larghezza. Gli abitanti sono 1,68 milioni, per una densità demografica di 69 abitanti per km².

Le infrastrutture viarie presentano significativi elementi di criticità costituiti dall'incompleta struttura della rete stradale fondamentale sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, dai bassi livelli di servizio dei trasporti pubblici caratterizzati da alti tempi di percorrenza, bassa affidabilità, scarsa sicurezza e comfort e dall'insufficiente struttura degli assi di accesso ai nodi di interscambio con l'esterno (Porti ed aeroporti);

In Sardegna si contano:

8 province

11 aziende sanitarie + 4 costituenti (8 ASL, 2 AOU, 1 AO)

29 ospedali pubblici

1.680.000 di abitanti circa

69 abitanti per km²

24.090 km².



E' utile confrontare i dati di cui sopra con quelli una delle Regioni in cui sono state istituite le Aree Vaste. L' Emilia Romagna conta

10 Province

17 aziende sanitarie

4.357.164 abitanti

194 abitanti per km²

22.451,29 km² di superficie

Solo l'AVEN, che è l'area Vasta dell'Emilia Nord conta

7 Aziende Sanitarie (4 Aziende USL, 2 AOU, 1 AO)

2.000.000 di abitanti circa

26 Ospedali

7000 posti letto per acuti

Il contesto sopra descritto suggerisce significativi elementi di riflessione in ordine alla costituzione di un'unica macroarea, alla sua localizzazione, alla individuazione del suo organico e alla centralizzazione di determinate funzioni, quali ad es. la logistica.

E' utile anche uno sguardo ad altre Regioni che hanno centralizzato le funzioni amministrative.

In Emilia Romagna sono state istituite le associazioni di Area Vasta che, concepite come enti strumentali delle aziende sanitarie contraenti, non hanno personalità giuridica, non esercitano alcuna attività esterna nei confronti dei terzi, non hanno natura imprenditoriale e svolgono attività esclusivamente nei confronti di queste ultime. Le attività centralizzate riguardano le funzioni di acquisizione dei beni e servizi, comprensive del monitoraggio dei consumi nella fase post-gara, e la realizzazione di un sistema di logistica integrata in area vasta dei beni di consumo sanitari.

In Toscana, dopo l'esperienza dei consorzi, sono stati istituiti gli ESTAV (acronimo di Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta) quali enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica. Sono competenti, secondo quanto previsto dall'art. 101 della L.R. n. 40/05 e successive modificazioni in materia di:

- approvvigionamento di beni e servizi
- gestione dei magazzini e della logistica



- gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP)
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni
- organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale
- gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale
- gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale

In Umbria è stata istituita l'Agenzia per l'integrazione della gestione delle aziende sanitarie regionali denominata Agenzia Umbria Sanità alla quale la l.r. n. 17/2005 e s.m.i., attribuisce le seguenti funzioni:

- a) procedure di acquisizione di beni e di servizi e ottimizzazione logistica;
- b) gestione di programmi concernenti gli investimenti, il patrimonio e le tecnologie sanitarie;
- c) sviluppo e gestione del sistema informativo e delle tecnologie informatiche, nonché dei relativi servizi di supporto;
- d) attività concernente la misurazione dei costi;
- e) attività di omogeneizzazione dei sistemi di gestione contabile e del controllo interno delle Aziende sanitarie regionali e redazione del bilancio consolidato;
- f) promozione di modelli organizzativi, sistemi contabili e gestionali innovativi anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, all'economicità e all'efficacia;
- 1) svolge tutte le funzioni di supporto e consulenza, informazione e promozione culturale nell'ambito della prevenzione, promozione della salute, educazione sanitaria, mediante le seguenti attività:
 - 1) raccolta e conservazione di materiali di informazione sanitaria;
 - 2) documentazione;
 - 3) osservazione e monitoraggio;
 - 4) rilevazioni, studi e ricerche;
 - 5) produzione editoriale

In Campania è stata istituita la So.Re.Sa (Società Regionale per la Sanità spa) alla quale è stato affidato il processo di centralizzazione e razionalizzazione negli acquisti. In Abruzzo è stato istituito l'Ufficio Regionale Unico per gli acquisti, mentre in Friuli vi è il Consorzio obbligatorio "Centro Servizi Condivisi" che svolge le seguenti funzioni:

- Contabilità, tesoreria,
- approvvigionamento,logistica e distribuzione
- personale, formazione, convenzioni, legale, aa.gg.,
- sistema informativo

FUNZIONI

Le funzioni esercitate dalla macroarea secondo la norma e la DGR riguardano:

- 1) Le competenze dei servizi **tecnico-logistici** istituiti con l'ultimo atto aziendale adottato dalle aziende sanitarie e riguardano principalmente la gestione del patrimonio e dei magazzini;
- 2) Alcune competenze dei servizi **provveditorato** che riguardano le funzioni di centrale di committenza ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. La DGR propone in maniera più generale le procedure di acquisto di beni e servizi;
- 3) Alcune competenze dei servizi del **personale** che riguardano la gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva previdenziale del personale, la DGR indica anche la gestione giuridica. Rientra inoltre tra tali servizi anche la formazione, funzione collocata nello staff di direzione secondo le linee guida regionali sugli atti aziendali;
- 4) La gestione e organizzazione delle **reti informatiche** e della connessa tecnologia, inclusa la gestione dei sistemi di **prenotazione centralizzata** delle prestazioni sanitarie tali funzioni sono generalmente inserite nello staff della direzione, la seconda anche presso le strutture territoriali.
- 5) La DGR inoltre propone una ulteriore funzione che riguarda le procedure di **pagamento** e si ritiene anche d'incasso, in sostanza l'attività di contabilizzazione dei movimenti finanziari (fatture/ricevute attive e passive), oltre che il **servizio di tesoreria**.

Si ritiene che l'elenco delle funzioni enunciate non sia esaustivo, ma è auspicabile che rappresenti un elenco esemplificativo che la regione o l'accordo tra le aziende potrà integrare.

Alcune di queste funzioni già hanno avuto delle esperienze sovra aziendali:

- sono stati gestiti gli acquisti di prodotti farmaceutici attraverso l'Unione d'acquisto facente capo alla ASL1 e l'Unione d'acquisto facente capo alla ASL8;

- si sono accordati gli acquisti e la distribuzione "in nome e per conto" del SSR di farmaci del PHT da parte delle farmacie alla ASL8 di Cagliari;
- la ASL8 di Cagliari effettua il pagamento della spesa per la farmaceutica convenzionata per conto di tutte le Aziende Sanitarie;
- Con il progredire del progetto SISA-R si sta attuando, attraverso l'intervento di enti regionali, l'informatizzazione delle procedure amministrative e sanitarie ed completamento della rete informatica del SSR;

In questo ultimo caso occorrerà regolare le competenze di SardegnaIT e del Cressan al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

Una ulteriore funzione non prevista dalla LR 3/2009 è gestita da diversi anni in forma aggregata è il servizio territoriale del 118, che si riparte tra la centrale operativa di Sassari a cui fanno capo le aziende di Sassari, Olbia, Nuoro e Lanusei e la centrale operativa di Cagliari a cui fanno capo le aziende di Cagliari, Santuri, Carbonia e Oristano.

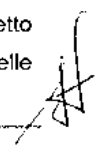
FORMA GIURIDICA

Sul modello di governance e la forma giuridica da adottare per la costituzione della macroarea, la DGR propone di consorzio gli uffici delle aziende sanitarie e accorpate le funzioni amministrative per la parte principale in una entità separata a carattere di consorzio tra le diverse aziende, mentre la legge si limita ad individuare e definire il ruolo e i compiti degli amministratori.

Possiamo definire il consorzio come una forma di associazione volontaria istituibile per la gestione di servizi pubblici o di funzioni, strutturato sul modello dell'azienda speciale in quanto compatibile. Il consorzio è pertanto un ente strumentale delle aziende, ossia ente istituzionalmente dipendente dalle aziende sanitarie e/o ospedaliere ed elemento del sistema amministrativo facente capo a queste, per l'esercizio in forma associata di funzioni e/o attività e fa parte del sistema amministrativo di ognuno degli enti associati. A tale configurazione non osta il conferimento al consorzio della personalità giuridica, che vale solo a caratterizzarlo, sul piano formale, come un nuovo centro di imputazione di rapporti giuridici, distinto dagli enti che lo hanno istituito.

Punti di forza

La gestione centralizzata permetterà di conseguire una serie di benefici sotto l'aspetto delle risorse umane, della semplificazione amministrativa, della omogenizzazione delle



procedura, della contrattazione di massa, garantendo a tutte le aziende standard qualitativi e stesse condizioni.

Ulteriore punto di forza del consorzio sarà la specializzazione operativa, fatto questo che consentirà alla società di sviluppare maggiore incisività ed efficienza a favore dei soggetti interessati, senza i limiti oggi imposti dalla burocrazia della pubblica amministrazione. Il tutto garantirà una maggiore uniformità nell'erogazione dei servizi ed economie di scala, privilegiando la qualità.

Solleverà le singole direzioni aziendali delle incombenze legate alle attività di supporto, che spesso possono distogliere in maniera determinante l'attenzione dall'effettivo "core business" aziendale, così come meglio definito dalla DGR 43/17 *"l'Assessore fa notare che la scelta di un modello come quello della L.R. n. 3/2009, con la separazione tra le funzioni puramente sanitarie e quelle amministrative, accorpate per la parte principale in una entità separata a carattere di consorzio tra le diverse aziende, consentirà al nucleo di governance delle aziende di concentrare l'attenzione sulle risposte da dare ai cittadini con un sicuro impatto positivo sulla qualità del servizio."*

Punti di debolezza

I punti di debolezza sono essenzialmente legati alle difficoltà di condividere percorsi assistenziali, protocolli clinici e processi amministrativi che devono essere necessariamente uniformati affinché si creino le condizioni per gestire in maniera integrata le relative attività di supporto.

GOVERNANCE

La governance della macroarea è garantita da un comitato di coordinamento composto dai direttori generali delle singole aziende. La norma regionale prevede la partecipazione a tale comitato dei direttori generali, amministrativi e sanitari, nulla dice sulle competenze di ciascuno e sui diritti esercitabili. Nella bozza di statuto allegata ai direttori amministrativi e sanitari si è attribuito un ruolo maggiormente coadiuvante nei confronti dei propri direttori generali. Essi costituiscono il comitato tecnico che deve garantire l'integrazione delle strategie e dei processi operativi a livello di macroarea, svolge preminentemente una attività propositiva e consultiva, ma anche di monitoraggio delle funzioni avviate. Completa il quadro degli organi di governo la figura del direttore, che ha la rappresentanza legale del consorzio e lo gestisce secondo le direttive ricevute dal comitato.

SEDE

Nella sede del consorzio si trovano gli uffici della segreteria del comitato, della direzione e di eventuali strutture per le singole competenze aggregate. Non esiste in Italia, per organizzazioni con finalità simili, alcun esempio di unica sede in cui accentrare tutte le attività del consorzio. Presso le singole aziende si ipotizzano delle dipendenze nelle quali opereranno i dipendenti del Consorzio e dal quale svolgeranno tutte le attività operative. Tale struttura, che ricalca l'organizzazione degli altri enti regionali, le grandi aziende di servizi (banche, enti previdenziali etc.) è oggi ancora più possibile con il notevole sviluppo dell'ICT. Si attenua in questo modo la criticità rappresentata dalla morfologia del territorio sardo e dall'estensione della superficie rispetto alla popolazione residente. La bozza di statuto quindi prevede comunque la possibilità di istituire sedi secondarie o dipendenze nelle quali localizzare o singole competenze consortili (ad esempio presso la ASL di Nuoro tali dipendenze potrebbe gestire per tutte le aziende le forniture di automezzi) o ambiti subordinati che accorpano solo alcune aziende (per esempio il subambito di Oristano, Nuoro e Lanusei). Essendo al servizio di tutte le aziende sanitarie regionali pare opportuno localizzare la sede del consorzio in maniera baricentrica rispetto alle stesse sia in termini di distanza che di tempo tale che la prima sia mediamente intorno ai 100 km e la seconda intorno ai 90 minuti. Tale luogo non può che essere al centro Sardegna come indicato nella seguente cartina.



PERSONALE

Il personale dovrà prioritariamente essere reclutato dalle singole aziende consorziate mediante trasferimento o comando/distacco. Per entrambi questi istituti è necessario il consenso del dipendente. I profili interessati per il comparto sono quelli amministrativi, tecnico e professionale, per i dirigenti gli stessi sono integrati dal profilo sanitario non medico. Questo che può sembrare un limite, evita comportamenti opportunistici che portano a svolgere, senza alcuna giustificazione, attività non rientranti nel proprio profilo. Nessun limite esiste naturalmente per il personale in regime di convenzione. I CCNLL della sanità regolano l'istituto del comando per il comparto con l'art.20 del contratto 20/9/2001 e per la dirigenza dall'art.21 dei contratti 8/6/2000.

Ciascuna azienda dovrà indicare un elenco del personale addetto alle funzioni trasferite al consorzio, dettagliandone la categoria e il profilo.

Criticità

L'istituzione del consorzio ha come fine, tra l'altro, la razionalizzazione della risorsa personale che come già detto deve prioritariamente essere reclutato dalle aziende. Essendo il trasferimento al consorzio a carattere esclusivamente consensuale, potrebbe accadere che vi sia un numero ridotto di adesioni. Potrebbe costituire un incentivo al passaggio al consorzio l'applicazione del contratto di lavoro dei dipendenti della Regione Sardegna.

ASPETTI FISCALI

A decorrere dal 1° gennaio 2009 trova attuazione **il regime di esenzione per le prestazioni di servizi rese ai consorziati da parte di consorzi**, costituiti tra soggetti con percentuale di detrazione non superiore al dieci per cento nel triennio solare precedente. E' l'importante semplificazione fiscale prevista dall'art. 82, comma 16, del decreto-legge 25 giugno 2008, n.112, convertito dalla legge n. 133 del 2008, che rinvia al 1° gennaio 2009 la completa attuazione delle modifiche normative previste dalla legge finanziaria per il 2008 (legge n. 244 del 2007, art. 1, commi 261, lett. b), concernenti la revisione del regime di esenzione delle prestazioni rese tra soggetti collegati che svolgono attività esenti, in attuazione della direttiva comunitaria n.2006/112/CE.

L'Agenzia delle entrate illustra le condizioni di applicazione della semplificazione fiscale con la circolare Circ. n. 23/E dell'8 maggio 2009 Agenzia delle entrate – Dir. normativa e

contenzioso Iva - *Prestazioni di servizi rese dal consorzio in favore di consorziati che non hanno diritto ad esercitare la detrazione - Prestazioni esenti ai sensi dell'art. 10, secondo comma, del D.P.R. n. 633 del 1972*

BILANCIO PATRIMONIO E FINANZIAMENTO

Al fine di ottenere dati contabili coerenti con quelli delle aziende sanitarie è necessario che il Consorzio adotti il medesimo sistema contabile delle stesse e produca con la medesima tempistica le chiusure infrannuali. Oltre ai documenti che compongono il rendiconto dovranno essere adottati in sede di programmazione il bilancio di previsione.

Il patrimonio sarà costituito da beni materiali e immateriali di cui il Consorzio si doterà utilizzando le ordinarie procedure ad evidenza pubblica.

La sede centrale e le altre saranno individuate in fabbricati di proprietà delle singole aziende consorziate e assegnate al Consorzio o in locazione o in comodato d'uso.

Il sistema consorzile dovrà reggersi sulle risorse finanziarie assegnate alle aziende del SSR, le quali dovranno sovvenzionare interamente il Consorzio attraverso tre tipi erogazione:

1. una **quota iniziale** per l'avvio del servizio proporzionale al valore della produzione di ogni singola azienda;
2. un **contributo annuale** determinato dal Comitato di Coordinamento;
3. dai **corrispettivi** derivanti dalla erogazione dei servizi ai consorziati nella misura determinata preventivamente dal Comitato di Coordinamento.

Occorre che i pagamenti al Consorzio siano coerenti con le obbligazioni dello stesso verso i propri fornitori in maniera tale che non vi siano sofferenze di liquidità che potrebbero comportare anche incrementi nei prezzi delle forniture.

AVVIO DELLA MACROAREA

Come detto in precedenza, è assolutamente necessario che le funzioni tecnico-amministrative di supporto che si prevede di trasferire alla macroarea siano espletate senza interruzione alcuna al fine di assicurare la regolare erogazione dei servizi sanitari. E' indispensabile che il trasferimento di funzioni venga effettuato attraverso un'analisi dei processi e delle competenze delle strutture delle aziende sanitarie individuando le fasi dei processi che vanno accentrare nella macroarea e quelle residuali che permangono in capo

alle aziende medesime. E' perciò necessario porre in essere una fase di sperimentazione prevedendo un passaggio graduale di competenze e funzioni.

Fase di START - UP

L'attività che riguarderà tutto l'anno 2010 e si articola nei seguenti sotto fasi:

- 1) - studio del progetto da parte delle direzioni aziendali e dell'Assessorato regionale alla Sanità;
 - definizione di un piano di avvio e di piano industriale che comprenda l'individuazione del personale necessario sia in termini quantitativi che di professionalità necessarie;
 - individuazione della sede e della logistica e definizione dello statuto del Consorzio;
- 2) una **fase negoziale con le OO.SS.** per chiudere un accordo relativo alle modalità di transito del primo contingente minimo necessario di personale dipendente ed le condizioni contrattuali da applicare;
- 3) della formale **costituzione** del Consorzio;
- 4) dell'avvio dei primi **esperimenti di centralizzazione** delle funzioni, che per le esperienze già maturate in Sardegna possono riguardare le forniture farmaceutiche e la rete informatica, le prenotazioni delle prestazioni almeno a livello di call center. Per esempio per quanto riguarda la funzione acquisti relativamente all'approvvigionamento dei farmaci il processo si potrà sviluppare nel modo seguente:
 - ciascuna azienda sanitaria effettua una reale e approfondita ricognizione sui contratti in essere, con le relative scadenze e con le priorità di acquisizione;
 - viene costituito un gruppo tecnico permanente composto da tutti i Direttori delle Farmacie Ospedaliere e Territoriali delle aziende sanitarie e/o ospedaliere, affinché realizzi un graduale e razionale processo di standardizzazione dei prodotti e definisca un programma pluriennale per l'acquisizione di farmaci e dispositivi medici;
 - viene costituito un gruppo tecnico permanente composto da tutti i Provveditori delle aziende sanitarie e/o ospedaliere, affinché in ottemperanza alla normativa vigente in materia, provveda alla individuazione della procedura di gara più conveniente per l'approvvigionamento di beni e servizi, sulla base di attenta valutazione dell'interesse pubblico e dell'accertamento della convenienza in termini economico – funzionali – organizzativi;

- operando attraverso le strutture consortili si espletano le procedure di gara in nome e per conto di tutte le altre aziende della Regione, si stipula il contratto, lasciando in questa prima fase comunque alle singole aziende la gestione dello stesso;

Fase di CONSOLIDAMENTO

Con tale fase che durerà ulteriori 12 mesi, per cui nel corso di tutto l'anno 2011, si accompagnerà il consorzio all'attività a pieno regime affinando gli strumenti sperimentati nel corso dell'anno precedente. Potranno inoltre essere avviate ulteriori sperimentazioni per nuove funzioni secondo il percorso illustrato in precedenza.

In questa fase dovrà essere posta a regime la piena integrazione con il progetto informatico SISaR soprattutto quale supporto indispensabile dei processi amministrativi.

Fase attività a REGIME

Nella fase a regime dovrà essere definito sulla falsa riga del **contratto di servizio**, un contratto di tra ogni singola Azienda ed il Consorzio che regolamenti in intesi i seguenti aspetti per ciascuna funzione attivata:

- durata e tempi del contratto
- Oggetto del contratto ed oggetto specifico
- Obblighi del gestore
- Obblighi dell'amministrazione
- Profili economici del contratto
- Monitoraggio



Allegato 1 – BOZZA STATUTO CONSORZIO

STATUTO del Consorzio tra le Aziende Sanitarie

Macroarea "SARDEGNA"

Art.1 – Costituzione, Sede e consorziati.

In attuazione della Legge Regionale del 7 agosto 2009 n.3 e della delibera della Giunta Regionale _____ che prevede l'istituzione di una macroarea per la gestione integrata di attività di tecniche, amministrative e di supporto e' costituito il Consorzio denominato "SARDEGNA", che può essere abbreviato in MaSa, con sede in _____ . Il Comitato di Coordinamento potrà istituire sedi secondarie o dipendenze.

Il Consorzio Macroarea SARDEGNA è costituito dalle seguenti aziende:

ASL 1 di Sassari

ASL 2 di Olbia

ASL 3 di Nuoro

ASL 4 di Lanusci

ASL 5 di Oristano

Asl 6 di Sanluri

ASL 7 di Carbonia

ASL 8 di Cagliari

AO di Olbia

AO di Nuoro

AO di Oristano

AO di Carbonia

AO Brotzu di Cagliari

AOU di Sassari

AOU di Cagliari

L'appartenenza al Consorzio impegna le Aziende aderenti al rispetto delle risoluzioni prese dai suoi organi rappresentativi, secondo le competenze statutarie.

Art.2 - Carattere del Consorzio.

Il Consorzio ha carattere obbligatorio e non ha scopo di lucro, si configura come un soggetto strumentale delle Aziende Sanitarie Socie, verso le quali esercita la propria attività in maniera esclusiva finalizzata alla gestione, tecnica, amministrativa e di supporto.

I consorziati sono tenuti ad un comportamento corretto, collaborativo sia nelle relazioni interne con gli altri consorziati che con terzi nonché all'accettazione delle norme del presente statuto.

Art.3 - Scopi del Consorzio.

Il Consorzio ha lo scopo di erogare servizi, esclusivamente all'insieme dei soci, di carattere tecnico ed amministrativo con particolare riferimento alla gestione integrata e unitaria:

- 1) delle forniture di beni e servizi quale centrale di committenza;
- 2) degli immobili e degli impianti, comprese le tecnologie sanitarie;
- 3) dei magazzini farmaceutici ed economici;
- 4) degli aspetti giuridici ed economici del personale e alla formazione ECM;
- 5) delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
- 6) della prenotazione centralizzata delle prestazioni sanitarie;
- 7) dei servizi di registrazione contabile limitatamente alle fatture/ricevute, attive e passive;
- 8) di ulteriori attività configurabili quale supporto alla gestione sanitaria.

La gestione integrata delle suddette attività potrà essere avviata in successione e in via sperimentale anche solo per una parte delle aziende partecipanti.

Art. 4 – dotazione di beni e di personale.

Per lo svolgimento dei servizi il Consorzio si dota di beni materiali ed immateriali necessari operando sul mercato nel rispetto della normativa vigente, avuto riguardo alla natura pubblica.

Il Consorzio è provvisto di una propria dotazione organica, assume personale dipendente prioritariamente dalle Aziende aderenti al consorzio anche nella forma del comando, ove necessario direttamente secondo la vigente normativa, o attiva contratti di consulenza al fine di garantire lo svolgimento dei servizi con criteri di qualità ed economicità.

Art.5 - organi del consorzio.

Sono Organi del Consorzio:

- il Comitato di Coordinamento
- il Direttore
- il Collegio Sindacale

Art.6 - Comitato di Coordinamento

Il Consorzio ha nel Comitato di Coordinamento (Comitato) il suo organo sovrano. Ad esso partecipano con diritto di voto i Direttori Generali delle Aziende consorziate.

Garantisce l'esercizio del controllo di ciascun consorzio nei confronti del Consorzio, analogo a quello esercitato sui propri servizi.

La partecipazione al Comitato di cui sopra è gratuita e per la partecipazione alle riunioni e l'espletamento delle funzioni correlate alle cariche ricoperte

non possono essere corrisposti compensi a qualsiasi titolo se non il rimborso delle spese vive.

Hanno diritto di partecipare al Comitato sia in seduta ordinaria che straordinaria tutti i consorziati. Il Comitato può essere convocato tanto in sede ordinaria che straordinaria:

- a) dal Presidente del Comitato;
- b) su richiesta di almeno _____ delle aziende consorziate nel loro insieme;
- c) su richiesta del Direttore .

Art.7 - Convocazione del Comitato

Le sedute sia ordinarie che straordinarie del Comitato sono formalmente convocate, anche a mezzo fax o e-mail, con almeno 10 giorni lavorativi di preavviso. In caso di urgenza il preavviso deve essere dato almeno 24 ore prima della data fissata per l'adunanza.

Art.8 - Costituzione e deliberazione del Comitato

Il Comitato in sede ordinaria è regolarmente costituito in prima convocazione con la presenza di almeno la metà più uno dei componenti.

In seconda convocazione essa è validamente costituita con presenza di tanti consorziati che dispongono di almeno _____ dei voti.

Il Comitato è presieduto da uno dei suoi componenti designato annualmente dai _____ dei componenti.

I verbali delle riunioni del Comitato sono redatti dal segretario o ove ritenuto necessario da un notaio.

Il Comitato in seduta ordinaria delibera sia in prima che in seconda convocazione, con la maggioranza minima della _____ degli aventi diritto al voto presenti. In caso di parità di voti il Comitato deve essere

chiamato subito a votare una seconda volta.

Il Comitato in seduta straordinaria delibera, sia in prima che in seconda convocazione, con il voto favorevole dell' ___% dei componenti. Le funzioni di segretario del Comitato in seduta straordinaria possono essere demandate, ove ritenuto necessario, anche ad un notaio.

Le deliberazioni prese in conformità allo statuto obbligano tutti i consorziati anche se assenti, dissenzienti o astenuti dal voto.

Art.9 - Forma di votazione del Comitato.

Il Comitato vota normalmente per alzata di mano su richiesta di almeno un terzo dei componenti, per argomenti di particolare importanza la votazione può essere effettuata a scrutinio segreto e sono scelti, in questo caso, dal Presidente del Comitato due scrutatori fra i presenti.

Art.10 - Compiti del Comitato.

Al Comitato spettano i seguenti compiti:

- a) adotta, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, il regolamento di funzionamento del comitato;
- b) adotta, sulla base di un atto di indirizzo della Regione, gli atti regolamentari necessari all'operatività della macroarea (C. straordinario);
- c) approva il programma annuale di attività e il bilancio di previsione predisposto dal Direttore (C. ordinario);
- d) svolge funzioni di direzione, di indirizzo e di verifica dell'attività della macroarea (C. ordinario);
- e) la nomina del Direttore e del Collegio Sindacale (C. ordinario)
- f) l'approvazione delle proposte di modifica dello Statuto (C. straordinario);

Art.11 - Direttore

Il Direttore ha la responsabilità generale della conduzione e del buon andamento degli affari sociali e gli spettano tutti i poteri collegati all'ordinaria amministrazione del Consorzio. Allo stesso spetta la formazione degli atti sociali che impegnano il Consorzio sia nei riguardi dei consorziati che dei terzi, in particolare è responsabile dell'attuazione delle deliberazioni del Comitato.

Egli esercita, nei limiti della sfera di attività del Consorzio, la rappresentanza sostanziale della stessa ed agisce in virtù del suo ruolo in nome e per conto degli enti consorziati, con pieno mandato di agire.

Al Direttore compete:

- l'attuazione del piano annuale delle acquisizioni/attività approvato dal Comitato;
- la promozione di tutte le iniziative affinché risulti rispettata la tempistica convenuta;
- il coordinamento operativo del Consorzio con la predisposizione, l'individuazione, il coordinamento e monitoraggio delle attività per la razionalizzazione della spesa funzionali al conseguimento delle finalità del Consorzio;
- la costante interlocuzione con il Presidente del Comitato nei confronti della quale costituisce suo precipuo debito informativo il puntuale ragguaglio in merito ai risultati operativi conseguiti, a tal riguardo dovrà essere predisposta con cadenza semestrale una relazione dettagliata sull'andamento della gestione e sui risultati conseguiti, con cadenza trimestrale dovrà predisporre i conti economici infrannuali;
- la validazione dei risultati conseguiti in base alla reportistica

periodicamente rilasciata.

- la partecipazione alle riunioni del Comitato fatta eccezione per il caso in cui all'ordine del giorno siano iscritti provvedimenti che lo riguardano;
- la formulazione di proposte al Comitato anche in tema di modifiche del presente statuto;
- ogni e qualsiasi altra responsabilità che il Comitato ritenesse di affidargli nell'espletamento dei compiti propri del Consorzio di tutte le iniziative utili affinché risulti rispettata la tempistica
- la rappresentanza in giudizio ai sensi dell'art. 77 c.p.c.

Il Direttore è personalmente responsabile dell'assolvimento dei compiti indicati.

Art.12 - Nomina del Direttore .

Il Direttore è nominato dal Comitato in seduta ordinaria e dura in carica per il periodo stabilito all'atto della nomina e comunque per un periodo non superiore a tre anni, salvo rinnovo. Egli deve possedere i requisiti per essere nominato direttore generale della aziende sanitarie previsti dall'art. 3bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e può essere anche estraneo alle Aziende Consorziate. In caso di assenza, di dimissioni o di impedimento grave, le funzioni di Direttore sono esercitate da un vice Direttore nominato dal Comitato in seduta ordinaria.

Art.13 - Collegio Sindacale

Al Collegio Sindacale spetta il controllo sulla gestione amministrativa del Consorzio. Allo stesso si applicano, in quanto compatibili, le norme del Codice Civile che disciplinano il Collegio Sindacale delle società per Azioni. Il Collegio deve redigere la relazione al Comitato relativamente ai bilanci

consuntivi e preventivi predisposti dal Direttore .

Art.14 - Composizione del Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è composto da 3 membri di cui uno con funzioni di presidente, nominati e revocati dal Comitato dei consorziati; durano in carica sino ad un triennio.

Art.15 - Comitato tecnico

Al fine di migliorare l'integrazione tra le Aziende consorziate ed il Consorzio stesso, in particolare per la definizione dei processi di supporto, per la loro standardizzazione, per la creazione di nomenclatori comuni etc., è prevista la costituzione del Comitato Tecnico dell'Associazione formato dai Direttori Amministrativi e Sanitari delle Aziende aderenti al Consorzio. Tra i suoi componenti è nominato a maggioranza un Coordinatore che dura in carica un anno. Il Comitato Tecnico ha funzioni propositive e consultive e di monitoraggio circa il perseguimento delle finalità del Consorzio.

Ove ritenuto necessario il Comitato tecnico può istituire al suo interno dei gruppi di lavoro, integrati dai Responsabili aziendali e/o esperti, per singole funzioni del consorzio o per progetto.

Art.16 - Il Bilancio.

Alla fine di ogni anno solare il Direttore predispone il bilancio consuntivo. Detto bilancio deve essere trasmesso al collegio sindacale almeno quindici giorni prima della seduta del Comitato convocato per la sua approvazione. Il Comitato dei consorziati deve tenersi entro il 28 febbraio di ogni anno. Il bilancio deve essere depositato entro due mesi a norma dell'art. 2615 bis Cod. Civile

Il Comitato dovrà, altresì, approvare il bilancio di previsione entro il 30

ottobre.

L'eventuale residuo attivo risultante dal bilancio deve essere destinato all'incremento del fondo consortile, o

Le norme contabili applicabili al Consorzio coincidono con quelle previste per le aziende sanitarie.

Art.17 - Finanze e patrimonio ed entrate del Consorzio

Il fondo Consortile è costituito dalle quote versate da tutti i consorziati

Le entrate del Consorzio sono costituite:

- a) Dalle quote iniziali versate dai consorziati all'atto della costituzione, determinate dalla Giunta Regionale.
- b) dai contributi annui ordinari, da stabilirsi annualmente dal Comitato su proposta dell'organo direttivo
- c) dai corrispettivi derivanti dalla erogazione dei servizi di cui al presente statuto dei consorziati

Art.18 - Regolamento interno.

Particolari norme di funzionamento e di esecuzione del presente statuto, potranno essere eventualmente disposte con regolamento interno da elaborarsi a cura del Direttore e approvato dal Comitato.

Art.19 - Rinvio.

Per tutto quanto non è previsto dal presente statuto si fa rinvio alle norme di legge ed ai principi generali del Codice Civile in materia di consorzi.