

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 49 - N° 5 - Maggio 2011
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.

Speciale V MASan

**VERSO IL
XVII CONGRESSO
F.A.R.E.**

L'appalto di risultato
come strumento di
monitoraggio della
qualità del servizio di
ristorazione

Il valore aggiunto
del sistema
dinamico di
acquisizione in
ambito sanitario

Servizi di Assistenza
Domiciliare Integrata
(ADI): la fornitura
di ausili per
l'incontinenza

AlboFornitori.it
e-procurement



Un punto d'incontro
tra domanda e offerta
negli acquisti on-line



CSAmed s.r.l. - Via Sesto, 41 - 26100 Cremona
tel. +39 0372.801730 - fax +39 0372.801740
www.csamed.it - info@csamed.it

www.albofornitori.it - info@albofornitori.it



In copertina:
Immagine di Antonio Tomasello,
a sostegno della onlus "Labor Mundi"

5.11 | sommario

teme

Tecnica e metodologia economica
Mensile di tecnica ed economia sanitaria
fondato nel 1962 per l'aggiornamento professionale
degli economisti e provveditori della Sanità.

ISSN 1723-9338

Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma
Trib. Viterbo n. 393 del 13/04/93
Anno 49 - Maggio 2011

Organo ufficiale della FARE

Federazione delle Associazioni Regionali
Economisti e Provveditori della Sanità
www.fareonline.it

Direttore responsabile

Marco Boni
e-mail: direttore@teme.it

Capo redattore

Enza Colagrosso
Via Orvieto, 24 - 00182 Roma
Tel. 393.5564782 - e-mail: redazione@teme.it

Redazione

Gianni Conti - Salvatore Coronato - Massimo Masetti
Salvatore Torrisi - Corrada Valle
e-mail: redazione@teme.it

Corrispondenti

Lombardia - Calogero Calandra
A.O. San Paolo - Via di Rudini, 8 - 20142 Milano
Tel. 02.81842122 - Fax. 02.8184400
calogero.calandra@ao-sanpaolo.it

Triveneto - Marco Molinari
Azienda ULSS n. 20 - Via Murari Bra, 35 - 37136 Verona
Tel. 045.8075764 - Fax 045.8075739
mmolinari@ulss20.verona.it

Italia Centrale - Orfeo Mazza
Az. USL2 Urbino - Via S. Chiara, 24 - 61029 Urbino (PU)
Tel. 0722.301832 - Fax 0722.301835

Puglia - Filippo Jacobellis
Via della Repubblica, 3 - 70010 Adelfia (BA)
Tel. 080.4596070

Sicilia - Salvatore Messina
AO Umberto 1° Contrada Ferrante - 94100 Enna
Tel. 0935.516705 - tucchiomessina@virgilio.it

Amministrazione, pubblicità e Abbonamenti
ASSOAE Edizioni TEME - Piazza del Duomo, 6
01033 Civita Castellana (VT)
Tel. e Fax 0761.513737
e-mail: amministrazione@teme.it
assoael.teme@virgilio.it

Abbonamento ordinario annuale Euro 100,00
c/c Postale 10130011
intestato a ASSOAE Edizioni TEME
Partita IVA: 01416490561

Editore - ASSOAE
Via A. Pistola, 21 - 01033 Civita Castellana (VT)
Iscrizione R.O.C. n. 7852

Impaginazione e Stampa
Edizioni Grafiche Manfredi s.n.c.
Via G. Mazzoni, 39/A - 00166 Roma - Tel. 06.6243159
e-mail: edizionimanfredi@tiscali.it

Le opinioni espresse negli articoli firmati vincolano soltanto gli autori. La posizione ufficiale della FARE sui vari temi ed argomenti trattati nella rivista è unicamente quella contenuta nei documenti degli organi deliberanti. In caso di riproduzione è necessaria la preventiva autorizzazione scritta del Direttore di Teme. L'editore garantisce la riservatezza dei dati forniti dai destinatari della rivista TEME nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003. Gli interessati (destinatari o autori) hanno la possibilità di far valere i propri diritti, senza alcuna spesa, secondo quanto previsto dall'art.7 del sopra citato D.Lgs. scrivendo a: Assoael Edizioni Teme, Via A. Pistola 21 - 01033 Civita Castellana (VT).

Autorizzazione del Tribunale di Viterbo n. 393 del 13/04/93

Diritti Riservati



ASSOCIATO ALL'U.S.P.I.
UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA

Chiuso in tipografia il 25/5/2011

3 editoriale

M.A.San.: Management degli Approvvigionamenti in Sanità

F. Bof, M. Boni

Speciale V MASan

6 L'appalto di risultato come strumento di monitoraggio della qualità dei servizi di ristorazione

M. G. Simonetta, G. R. Ruscica, G. Pasotti

16 Il valore aggiunto del Sistema Dinamico di Acquisizione in ambito sanitario

U. Cout, G. Rizzo, P. Banchieri, F. Ferri, M. Carpitetti

24 Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): la fornitura di ausili per l'incontinenza

M. Ferranti, F. Fontana, C. Razzauti, A. Rotelli, M. Santini

34 convegni e congressi

Verso il XVII Congresso

40 juris aula

42 gli esperti rispondono

43 elenco fornitori

fare
www.fareonline.it



navigare informati...

...uno spazio per comunicare,
uno strumento da consultare,
per essere protagonisti
della propria professione!

M.A.San.: Management degli Approvvigionamenti in Sanità

Francesco Bof
Marco Boni

Coordinamento scientifico MASan

Formazione executive ed attività di aggiornamento sono leve aziendali tanto più strategiche quanto più è strategico il ruolo organizzativo a cui si rivolgono, e complessi sono i relativi processi della gestione. Gli acquisti di beni e servizi, in particolare, nelle Aziende Sanitarie pubbliche sono in assoluto tra le attività più strategiche e complesse che ci siano per una serie di ragioni, riconducibili alla valenza della spesa pubblica come volano per l'economia (livello macro), al valore economico assoluto e relativo delle risorse impiegate (25%-35% dei costi aziendali), all'ampio spettro merceologico e di servizi acquistati, con riflessi sulle economie di settore, allo stimolo fornito alla promozione della qualità e dell'innovazione, all'apporto fornito alla qualità del "prodotto sanitario" erogato. Un Responsabile Acquisti, Provveditore-economista, di un'Azienda Sanitaria arriva a gestire team di 80-100 persone, ed in ogni caso raramente inferiori a 6-7 unità. Sembra ormai unanimemente accettato che laddove il numero di risorse umane a disposizione sia adeguato (tutto men che scontato), così non sia per quanto riguarda le competenze, spesso inadeguate a fini di presidio, secondo criteri di buona gestione e di rispondenza ai fabbisogni, di tutte le fasi di un processo trasversale e complesso. Le skill relazionali, la conoscenza dei processi aziendali e del knowledge manageriale oltre che tecnico-specialistico, la capacità di fare scelte strategiche, la propensione all'assunzione di responsabilità, la capacità di gestione operativa e di delega, di un Responsabile Acquisti, Provveditore-economista, dovrebbero dunque essere quelle di un Top manager a tutti gli effetti. Se la preparazione del Manager degli Acquisti è dunque un asset fondamentale di un'azienda sanitaria, le attività di formazione e di aggiornamento che si rivolgono a chi ricopre il ruolo, sono imprescindibili e devono essere oggetto di percorsi attentamente progettati. Il Corso Executive MASan (Management degli Approvvigionamenti in Sanità), che eroga Diploma formale di perfezionamento ex-341/90 (equivalente a metà Master), unico nel panorama europeo per durata, livello di approfondimento e completezza dei temi trattati, da 6 anni cerca di colmare il gap sostanziale e crescente tra natura delle attività di acquisto sanitario pubblico e competenze necessarie ad una loro efficace ed efficiente gestione. Il presente numero speciale di Teme intende dare, in particolare, riconoscibilità ai lavori svolti dai 3 gruppi composti nel corso della Edizione V del MASan (2010-2011) conclusosi nel febbraio 2011. Un lavoro approfondisce uno dei nuovi istituti negoziali di matrice comunitaria, il Sistema Dinamico di Acquisizione. Ne vengono valutate le opportunità applicative per gli specifici fabbisogni della sanità, anche in rapporto all'esigenza di considerare gli aspetti qualitativi dei prodotti. Il documento, che fornisce una sorta di mailing list per l'implementazione della procedura, si conclude con la valutazione dei limiti e dei benefici connessi all'utilizzo del SDA. Un altro contributo tratta dell'acquisizione degli ausili per incontinenza nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare. Vengono analizzati i modelli distributivi e rispettivi punti di forza/debolezza. Procedura di scelta del contraente, analisi dei costi ed esame di alcuni casi completano lo studio. Il terzo lavoro riguarda i servizi di ristorazione. Lo studio prende in considerazione i driver che portano all'esternalizzazione, definisce i criteri di valutazione per la misurazione qualitativa del servizio. Non manca, anche in questo caso, l'analisi di una esperienza concreta, a testimoniare la filosofia MASan di "formazione specialistica a tutto campo e sul campo".



XVII CONGRESSO NAZIONALE FARE

fare

Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Provveditori della Sanità

**EVOLUZIONE
E SOSTENIBILITÀ
DEL SISTEMA SANITÀ**
*Impatto strategico
degli acquisti e ruolo
del provveditore- economo*

RICCIONE - Palazzo dei Congressi
30 Novembre - 03 Dicembre 2011

INFORMAZIONI:

Segreteria Organizzativa Genesi Event Ecm srl
Direzione Commerciale e Sede Operativa
Via Piave, 16 – 61040 Monte Porzio (PU)
Tel 0721-955866 Fax 0721-955681

PROGRAMMA SCIENTIFICO**Primo Annuncio****Mercoledì 30 novembre****16.30**

Registrazione dei Partecipanti

17.00

Cerimonia di Apertura

Saluto delle Autorità

Lecture Magistrali

Giovedì 01 dicembre**09.30 – 13.30**

SESSIONE PLENARIA

Evoluzione e sostenibilità. Le determinanti del Sistema: economica, tecnologica, farmaceutica, ambientale, organizzativa

15.00 - 17.00

SESSIONI PARALLELE

Venerdì 02 dicembre**09.30 – 13.30**

SESSIONE PLENARIA

Impatto strategico degli acquisti e ruolo del Provveditore-Economista

15.00 - 17.00

SESSIONI PARALLELE

Work Shop Aziende

Sabato 03 dicembre**09.30 – 13.30**

SESSIONE PLENARIA ISTITUZIONALE

11.00 - 13.30

ASSEMBLEA DEI SOCI

13.30

Chiusura dei lavori

**Informazioni sempre
aggiornate e complete
si possono trovare
consultando il nostro sito:
www.fareonline.it**

L'appalto di risultato come strumento di monitoraggio della qualità dei servizi di ristorazione

Dott. Maria Grazia Simonetta

Dirigente Amministrativo
Area Prowedtorato-Economato
Ospedale Circolo
Fondazione Macchi

Giorgio Riccardo Ruscica

U.O.C.
Approvvigionamenti - Economato
Fondazione IRCCS Cà Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Giorgio Pasotti

Infermiere dirigente
Spedali Civili Brescia
Direzione Sanitaria

Per "ristorazione collettiva" si intende il servizio di preparazione e consegna su larga scala di pasti completi per gruppi di utenti (es. mense aziendali, scuole, ospedali, carceri ecc.) riferibili alle diverse accezioni del servizio: *ristorazione aziendale e sociale, ospedaliera e scolastica*. L'organizzazione di produzione e distribuzione dei pasti si differenziano secondo il sistema cosiddetto *convenzionale* e il sistema cosiddetto *del legame differito*. In un caso i cibi vengono cotti e immediatamente distribuiti ai consumatori. Il ciclo di preparazione delle vivande si concentra nelle ore che precedono il loro servizio e consumo. Si può razionalizzare il ciclo a) concentrando in luoghi di grandi dimensioni alcune operazioni come quelle che precedono la cottura e b) inviando poi i semilavorati alle cucine per la cottura e la distribuzione. In generale può essere opportuno, al fine di ottenere economie di scale, attività di acquisto e stoccaggio delle derrate alimentari, di pulitura e mondatura, di taglio e porzionatura. È, dunque, di fondamentale importanza sia elevare il livello qualitativo dei pasti, mantenendo saldi i principi di sicurezza igienica, di qualità nutrizionale e organolettica, di corretto utilizzo degli alimenti sia, allo stesso tempo, favorire scelte alimentari per una corretta nutrizione, tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei cibi, dei menù e la promozione delle ricette in tal senso "migliori".

Le Linee Guida e le normative internazionali, europee, nazionali e regionali hanno

tutte, in comune, una estrema attenzione alla qualità del servizio di ristorazione erogabile. In particolare:

1. l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel "*Piano d'azione 2008 - 2013 Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili*", pone come obiettivi primari quelli di esortare gli Stati membri a sviluppare cornici di riferimento per le politiche nazionali, a definire programmi, a scambiare le proprie esperienze, ad implementare e integrare gli interventi e le strategie di prevenzione nelle politiche dei Governi, con il coinvolgimento di tutti i Ministeri;
2. il Consiglio d'Europa ha recentemente ribadito che la ristorazione ospedaliera è parte integrante della terapia clinica e che il ricorso al cibo rappresenta il primo e più economico strumento per il trattamento della malnutrizione. Tale problema misconosciuto e/o sottovalutato, spesso presente già all'inizio del ricovero, aumenta durante la degenza, particolarmente negli anziani e nei lungodegenti, e comporta elevati costi, sia diretti e correlati alla patologia, sia indiretti (in termini socio-psicologici, potenziale incremento della vulnerabilità alla malattia, ricoveri ripetuti, ecc.);
3. la Conferenza Stato-Regioni ha approvato le Linee di indirizzo nazionale per la Ristorazione ospedaliera e assistenziale messe a punto dal Ministero della Salute. Le Linee di indirizzo sono

rivolte a tutti gli operatori della ristorazione ospedaliera e assistenziale e indicano strategie gestionali e clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione e per migliorare il rapporto con il cibo dei pazienti ricoverati¹.

Nell'attuale situazione italiana si riscontra una disomogeneità particolarmente marcata nei comportamenti delle Regioni e delle diverse strutture sanitarie pubbliche all'interno della stessa Regione. Le differenze impattano fortemente sulla qualità nutrizionale, ma anche sugli aspetti gestionali ed organizzativi quali, ad esempio: modalità di distribuzione del pasto, know-how degli operatori, figure professionali impiegate, diversa consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella promozione della salute, laddove è ormai pacifico che la Nutrizione debba essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura delle Aziende Sanitarie. Nell'ottica di valutare il riscontro e l'efficacia delle Linee di indirizzo nazionale nella ristorazione ospedaliera e assistenziale nelle Aziende Sanitarie, il Ministero della Salute ha attivato una *Rete di monitoraggio* delle Regioni e delle Province Autonome, secondo modalità che saranno concordate in relazione alle esigenze legate a flussi informativi tra Aziende sanitarie, le Regioni, Province Autonome e Ministero della Salute. Al fine di potenziare e creare le condizioni di intervento e miglioramento della ristorazione ospedaliera sono state emanate specifiche Linee di indirizzo. Anche Regione Lombardia, per esempio, con riguardo alla ristorazione ospedaliera, ha dettato regole e Linee Guida² tese ad

orientare verso una risposta qualitativa ai fabbisogni dell'utente, che affrontano la necessità di individuare l'opportunità della esternalizzazione nelle AA.SS. attraverso logiche e strumenti di valutazione del servizio erogabile ed erogato.

Perché e quando esternalizzare

Una sempre maggiore capacità degli utenti di valutare la qualità di un servizio e le pressioni per la riduzione della spesa pubblica impongono e stanno sempre più imponendo alle Pubbliche Amministrazioni di riconsiderare il proprio modello di erogazione dei servizi suggerendo il ricorso al settore privato.

La formula classica è quella dell'esternalizzazione. Nella *Guida all'Esternalizzazione di Servizi e Attività Strumentali nella Pubblica Amministrazione*, documento del Dipartimento della Funzione Pubblica, viene definita come esternalizzazione: *".. il trasferimento, che avviene in base a contratti, della produzione di servizi e attività strumentali di pubbliche amministrazioni ad imprese private, pur continuando le stesse pubbliche amministrazioni a finanziare l'attività e ad assumersi la responsabilità del soddisfacimento del bisogno pubblico"*. Con il contratto di appalto, *contracting*, il committente mantiene il controllo del processo e stabilisce come il fornitore deve svolgere il lavoro.

Nell'esternalizzazione il committente individua il risultato atteso senza specificare al fornitore come realizzare il compito affidatogli. Questo processo di collaborazione e partnership che deve attivarsi tra cliente e fornitore e che, dunque, non si limita alla cessione di attività ad un sog-

getto terzo, viene definito con un termine inglese *outsourcing* quando questo viene svolto fuori dall'azienda e *insourcing* quando l'attività viene mantenuta all'interno dell'Azienda tramite la collaborazione di una società esterna che garantisce il necessario know-how. Da distinguersi rispetto al Global Service intendendosi con ciò l'affidamento a fornitori esterni di una pluralità di servizi con la piena responsabilità sui risultati da parte del fornitore. Le prime esperienze di esternalizzazione hanno riguardato attività che non rientrano nel *core-business* (processi sanitari primari) di un'Azienda Sanitaria. Il Sistema Sanitario ha iniziato ad occuparsi di esternalizzazione di servizi a partire dalla seconda metà degli anni 90 dopo l'approvazione dei D.L.vi 502/92 e 517/93 di riforma del SSN, istituito con L. 833/78, che hanno permesso agli Istituti Sanitari Pubblici di "esprimere compiutamente i caratteri di Aziendalità". La decisione di esternalizzazione non deve basarsi solo sulla valutazione di vantaggi economici a breve termine ma deve considerare, nel lungo periodo, di generare un vantaggio competitivo per l'azienda che mette in

atto l'esternalizzazione. L'amministrazione che intende procedere all'esternalizzazione deve in prima istanza effettuare un approfondito *Audit* organizzativo/gestionale per valutare quali aree della propria organizzazione possono essere oggetto di esternalizzazione, prendendo in esame diversi aspetti economici/organizzativi in rapporto ai benefici attesi. La mappatura delle aree di attività dovrà innanzitutto distinguere le attività non esternalizzabili (*core business/service*) da quelle per cui è pensabile una loro collocazione sul mercato (servizi *non core*). Completata l'analisi dell'organizzazione prima richiamata devono essere esplicitate:

- le motivazioni che sostengono la decisione di esternalizzare;
- i possibili benefici conseguibili come vantaggio competitivo;
- la valutazione giuridico/gestionale delle implicazioni che la scelta comporta.

Un capitolato di gara completo e adeguato dovrà tener conto di tutto questi aspetti al fine di pervenire ad un contratto di esternalizzazione capace di selezionare il miglior fornitore e la miglior offerta. L'esternalizzazione deve concentrarsi sul risultato finale in termini di qualità e costo consentendo all'Azienda appaltante di mantenere la *governance* dell'intero processo anche attraverso adeguati strumenti di controllo.

L'UNI – Ente Nazionale Italiano di Unificazione – ha definito le linee guida per la valutazione preliminare di un progetto di outsourcing scaturito nella *norma UNI 11336* "Valutazione preliminare di un progetto di affidamento a terzi (outsourcing) di servizi - linee guida -" adottata nel febbraio 2010. Si sottolinea come il successo dell'outsourcing richiede di norma un cambiamento culturale, un adattamento del sistemi organizzativo e capacità di

Per "ristorazione collettiva" si intende il servizio di preparazione e consegna su larga scala di pasti completi per gruppi di utenti (es. mense aziendali, scuole, ospedali, carceri ecc.) riferibili alle diverse accezioni del servizio: ristorazione aziendale e sociale, ospedaliera e scolastica

coordinamento ed integrazione. Quindi la decisione strategica dell'affidamento a terzi di un'attività richiede un'analisi preliminare relativa all'importanza strategica di attività "core competency" e la valutazione, con la dovuta diligenza, delle capacità dei fornitori scelti. Importante inoltre è monitorare strettamente le prestazioni del fornitore e adottare, quando necessarie, le adeguate azioni correttive. La norma, inquadra in modo esaustivo l'ambito di interesse di un progetto di outsourcing che si sviluppa attraverso quattro fasi:

1. la valutazione preliminare e la progettazione all'interno dell'organizzazione;
2. la selezione del fornitore;
3. la definizione del contratto;
4. la gestione del contratto e dei rapporti con il fornitore.

La norma propone e sviluppa i criteri e le linee guida per affrontare solo la prima fase di questo processo di affidamento a terzi di un servizio. La valutazione si conclude con la predisposizione di quanto necessario per la ricerca di un fornitore. Per prima cosa, come di consueto, al *punto 3 - Termini e Definizioni* - fa chiarezza sul significato di termini usualmente utilizzati in questo ambito a volte con significati non univoci; aspetto quanto mai utile per essere sicuri di parlare tutti la stessa lingua in un ambito in cui, talora si riscontra, una certa approssimazione.

Il *punto 4* sviluppa il "Processo di valutazione" di un progetto di outsourcing in più fasi:

- Analisi preliminare (strategia, tecnologia, mercato risorse)
- Pianificazione (progetto attività e coinvolgimento)
- Decisione operativa del progetto di outsourcing (considerando obiettivi, vantaggi e rischi)

- Richiesta dell'offerta (prestazioni, problemi, costi, documentazione)
- Studio preliminare del contatto.

All'interno di questo punto si introduce il concetto degli SLA (Service Level Agreement) come un documento di rilevanza contrattuale che ha lo scopo di definire una serie di vincoli inerenti l'erogazione del servizio (qualità del servizio reso, parametri di valutazione, modalità di valutazione e verifica dei risultati). Ciò è di grande importanza per far comprendere ai potenziali fornitori, sin dall'inizio, cosa il committente si attende dall'outsourcing. Assume un ruolo di particolare rilievo il servizio di ristorazione, per svariate ragioni: è un processo fondamentale per il sostentamento del paziente ricoverato, l'alimentazione oltre che cultura è anche terapia, il ricovero ospedaliero può essere un momento tipico nell'educazione alimentare di una persona, è un processo molto costoso in termini di risorse assorbite e di impatto sull'immagine dell'ente e sulla soddisfazione del cliente ed ha molti margini di miglioramento.

La valutazione del servizio di ristorazione è suddivisa in due grandi aree: la valutazione dei livelli di qualità del servizio erogato e la valutazione della soddisfazione degli utenti. E auspicabile procedere anche ad una valutazione dell'adeguatezza dei processi di lavoro, indagando il punto di vista degli addetti

La valutazione del servizio di ristorazione

La valutazione del servizio di ristorazione è suddivisa in due grandi aree: la valutazione dei livelli di qualità del servizio erogato e la valutazione della soddisfazione degli utenti. È auspicabile procedere anche ad una valutazione dell'adeguatezza dei processi di lavoro, indagando il punto di vista degli addetti. La qualità di un servizio è l'insieme delle caratteristiche alle quali si attribuisce valore. In altre parole la qualità si misura in funzione della sua capacità di soddisfare i bisogni e le aspettative degli utenti e delle organizzazioni. Il fattore di qualità rappresenta una caratteristica del servizio collegata ai bisogni e alle aspettative degli utenti, pur nel rispetto delle indicazioni di legge e delle disposizioni stabilite dal Servizio di Nutrizione dell'Azienda e dalla Direzione Sanitaria. Qualità del servizio dunque, è sia la sua percezione da parte dell'utenza e sia la visione che ne ha l'organizzazione. Alcuni fattori di qualità della Ristorazione proponibili sono:

- livello di ricettività tempi di erogazione del servizio
- accessibilità e funzionalità dell'attività e degli ambienti destinati alla ristorazione
- composizione menu e qualità degli alimenti impiegati
- garanzia di diete particolari
- rispetto di procedure organizzative per la corretta fruizione del pasto
- facilità di accesso alle informazioni necessarie per l'utilizzo dei servizi

Per ciascuno di questi fattori di qualità si individuano gli indicatori fissati e gli standard di qualità garantiti¹. Il controllo della qualità attraverso l'utilizzo degli SLA (Service Levels Agreement) è generalmente applicato ai contratti che esternalizzano un'attività, prevedendo il pagamento

di un canone mensile di base e il saldo solo dopo aver valutato i risultati ottenuti monitorando in particolare:

1. livello di qualità del servizio atteso misurando le caratteristiche del servizio ritenute importanti attraverso l'applicazione di indicatori specifici per ogni servizio oggetto di appalto, poi descritti nel capitolato tecnico;
2. giudizio da parte dell'utente (interno/esterno) espresso su questionari strutturati predisposti dal committente. L'obiettivo della customer satisfaction è di verificare la corrispondenza dei risultati ottenuti con le audit programmatiche alle aspettative degli utenti, siano essi esterni o interni;
3. verifica del livello di aderenza alle norme di sicurezza, risultante da visite ispettive mirate da parte del personale del Committente.
4. valutazione di efficacia ed efficienza del sistema informatico/informativo.

Il controllo di risultato è svolto con le metodiche previste nei piani guida (standard qualitativi minimi) con la strumentazione definita e attraverso la compilazione di griglie di controllo, relative ai singoli servizi e/o alle singole aree di attività prese in esame. Il risultato del controllo è realizzato comparando i risultati raggiunti con la relativa soglia di accettabilità. I risultati sono evidenziati con valori assoluti pari a 0 (zero) se l'elemento è rifiutato, pari a 1 (uno) se l'elemento è accettato.

Con l'applicazione del sistema di controllo l'Azienda Sanitaria committente si propone di ottenere un monitoraggio costante dell'intero processo di erogazione del servizio di ristorazione, al fine di identificare in tempo utile gli scostamenti dal livello qualitativo richiesto ed ottenere misure correttive efficaci.

1.

L'indicatore è uno strumento che serve per rilevare un determinato fattore di qualità. Lo standard di riferimento è il valore atteso di un determinato indicatore

Il sistema di controllo adottato si basa sulle seguenti attività:

- controlli effettuati attraverso un metodo statistico che consenta l'individuazione di periodi e campioni di controllo rappresentativi;
- scomposizione del servizio globale in sotto-processi per l'identificazione mirata della popolazione di riferimento per la determinazione del campione rappresentativo e del relativo periodo di controllo
- adozione di un metodo di valutazione oggettivo mediante la predefinizione dei criteri di misurazione degli elementi soggetti a controllo, predefinizione delle soglie di accettazione dei criteri utilizzati per la misurazione degli elementi di controllo, predefinizione delle soglie di accettazione delle singole griglie di controllo
- individuazione di indicatori di risultato specifici per ogni singolo sotto processo e definizione del peso di ogni singolo sotto processo per l'individuazione dell'indice generale del servizio
- individuazione di un indice generale del servizio di ristorazione per monitorare l'andamento del servizio erogato attraverso la misurazione dello scostamento tra qualità attesa e qualità erogata
- utilizzo di un programma software di gestione del controllo per un monitoraggio continuo del livello qualitativo del servizio erogato compresa la rintracciabilità delle derrate alimentari ex Regolamento CE 178/02.

La valutazione di qualità erogata dovrebbe essere affiancata da un'indagine sulla customer satisfaction, dalla valutazione di impatto sulla Salute (HIA) nei percorsi di ristorazione collettiva, come suggerisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I metodi di verifica della customer sati-

sfaction possono essere diversi; i più utilizzati sono l'analisi dei reclami/elogi pervenuti agli uffici U.R.P. associata o meno alla rassegna stampa periodica, l'intervista strutturata, la somministrazione di questionari di gradimento del ricovero o specifici per la parte ristorativa.

Se si sceglie lo strumento "questionario", l'elaborazione deve tener conto di alcune attenzioni: deve essere sufficientemente breve da non stancare (possibilmente non superare le due facciate e le 25 domande); le domande devono essere poste in modo indiretto e lasciar esprimere una opinione differenziabile tra livelli (evitare le domande dirette con risposta Si/No), i punteggi o le graduazioni devono essere chiare, devono essere scritti in modo leggibile anche per chi ha difetti di vista, devono lasciare spazio a suggerimenti liberi. L'auto compilazione o la somministrazione da parte di operatori dell'azienda sanitaria è la scelta migliore, in caso di esternalizzazione del servizio.

Logica di processo, tipicamente definito a partire dal risultato a cui questo tende, e sistemi di monitoraggio continuo e costante del servizio esternalizzato, nel corso delle diverse fasi di erogazione per l'intera durata del contratto, sono due aspetti fondamentali che contraddistinguono un'innovazione, innanzitutto culturale, nell'approccio alla gara

Una possibile alternativa è l'indagine telefonica post-dimissione, che presenta il vantaggio di una maggiore libertà di espressione dell'utente, soprattutto se effettuata non da personale aziendale, ma ad esempio da componenti dei Comitati Consultivi Misti (detti anche Comitati degli Utenti), ma questa opzione è difficilmente utilizzata come sistema di monitoraggio continuo, mentre è utilizzata per verifiche di prevalenza o in occasione di indagini nazionali.

Il caso dell'AOU di Foggia

Attualmente sistemi di rilevazione dei LQA (Livelli Qualitativi Attesi) negli appalti di ristorazione sono poco presenti, al contrario sono più consolidati negli appalti di sanificazione ove esiste un capitolato tipo prodotto dalle associazioni di categoria.

Si è analizzato in particolare il Piano Guida, allegato al capitolato speciale d'appalto di ristorazione, predisposto dall'AOU di Foggia. Tale documento fornisce gli elementi tecnici necessari per descrivere il Sistema di Controllo di risultato che verrà applicato al servizio di ristorazione e gli standard qualitativi attesi del servizio di ristorazione oggetto di questo appalto. Ai fini della valutazione del risultato, in termini di livello qualitativo atteso del servizio di produzione, trasporto e distribuzione del vitto, sono stati identificati i parametri e gli indicatori utilizzati per la misurazione delle prestazioni nonché per la predisposizione del sistema di controllo. Il controllo di risultato viene realizzato attraverso un auditing che garantisce la raccolta strutturata di informazioni sulla messa in opera del servizio con l'obiettivo di verificare che il livello di qualità del servizio erogato corrisponda agli standard qualitativi prefissati

dal progetto offerto in sede di gara e sarà svolto tenendo conto delle indicazioni e con la strumentazione prevista.

I dati raccolti, debitamente registrati e vagliati, saranno trasmessi al Gruppo di Controllo che potrà pianificare le azioni necessarie a correggere eventuali carenze o a determinare un continuo miglioramento delle prestazioni.

In caso di controlli con esito negativo le risultanze saranno trasmesse al Servizio Acquisti Aziendale per l'applicazione delle penali previste.

Con l'applicazione del sistema di controllo di seguito illustrato, l'A.O. si propone di ottenere un monitoraggio costante dell'intero processo di erogazione del servizio di ristorazione, al fine di identificare in tempo utile gli scostamenti del livello qualitativo richiesto ed ottenere misure correttive efficaci.

Il sistema di controllo applicato al servizio oggetto d'appalto è organizzato nel seguente modo:

- controlli effettuati attraverso l'utilizzo di un metodo di campionamento statistico che risponde ai requisiti definiti dalle norme ISO2.
- scomposizione del servizio globale in sotto processi per l'identificazione mirata della popolazione di riferimento, per la determinazione del campione rappresentativo e del relativo periodo di controllo (si veda Tabella 1).

Dalla Tabella 1 si evince che la popolazione di controllo è pari a 60 unità per quanto attiene la produzione pasti ed è pari a 90 unità per quanto attiene il trasporto e la distribuzione.

Indicatori di risultato specifici per ogni singolo sotto processo

- *Indicatori relativi alle operazioni di Preparazione pasti*

2.

2859:1993 Parte 1 e Parte 2 e dalle norme ISO 3534:2000 Parte 1 e Parte 2. Il piano di campionamento scelto per l'applicazione del sistema di controllo adottato è un piano di campionamento semplice a livello 2, come suggerito dalla norma ISO 2859-1:1999II.

TABELLA 1

Sotto Processo	Unità di controllo	Periodo di controllo	Popolazione di controllo	Campione rappresentativo
Produzione pasti	Numero di processi di produzione giornalieri effettuati n°. 2 Strutture	1 Mese	2 Cucine di prod. x 30 gg = 60 unità di controllo	10 Controlli
Trasporto e distribuzione pasti	Numero di processi di distribuzione giornalieri effettuati n°. 2 + 1 terminali	1 Mese	3 Terminale x 30 gg = 90 unità di controllo	13 Controlli

- Verifica del Processo HACCP
- Organizzazione
- Pulizia e Sanificazione
- *Indicatori relativi alle operazioni di Distribuzione dei pasti*
 - Modalità di consegna e ritiro
 - Pulizia locali adibiti alla esecuzione del servizio
 - Pulizia ed integrità delle stoviglie
 - Modalità di trasporto
 - Modalità di distribuzione
 - Riordino dei locali, e stoccaggio provvisorio dei rifiuti
 - Analisi e soddisfazione dell'utenza
 - Gradimento Menù

Procedure di controllo

- procedura di sorteggio: i controlli delle aree costituenti il campione saranno determinati tramite sorteggio. Il sorteggio potrà essere aleatorio o casuale, sarà effettuato sul totale delle aree costituenti la popolazione di controllo del lotto considerato e le aree estratte saranno imperativamente controllate. Le aree controllate, saranno giornalmente reintegrate nella popolazione di controllo per i successivi sorteggi. Il sorteggio delle aree da controllare verrà effettuato il giorno stesso del controllo.
- Preparazione delle griglie di controllo: a sorteggio avvenuto il controllore preparerà le griglia di

controllo sulle quali andrà a riportare tutti i dati necessari al corretto svolgimento delle operazioni di controllo.

- Procedura di annotazione: per ogni categoria il controllore verificherà tutti gli elementi contenuti sulla scheda dei fattori qualitativi attribuendo ad ognuno di essi il punteggio 0 o 1 rispetto ai criteri di accettabilità definiti sulla scheda stessa per ogni elemento³.

Monitoraggio del livello qualitativo

Nell'area considerata si procede alla valutazione di tutti gli elementi e a ognuno di essi si attribuisce la nota 0 (non conforme) o 1 (conforme) secondo i criteri di valutazione definiti. Per ogni elemento, viene calcolato il punteggio come prodotto fra la nota attribuita (0 o 1) ed il relativo eventuale coefficiente ponderale. Infine viene calcolata la somma dei coefficienti ponderali di tutti gli elementi (A) e la somma dei punteggi di valutazione di tutti gli elementi (B). Si evidenzia il LQA quale rapporto tra B e A.

Se il valore "B/A" (si veda nota 3) corrisponde a un punteggio pari o superiore al livello di soglia dell'area oggetto di audit, il controllo è ritenuto positivo, altrimenti il controllo è ritenuto negativo.

Al termine del periodo di controllo, si procede al conteggio delle aree non con-

3.

Le procedure di annotazione dei fattori delle diverse categorie sono: 1. Controllare qualsiasi elemento presente sulla scheda 2. Riportare il punteggio nella scheda di controllo 3. Completare la colonna "valore" quale risultato del punteggio di controllo moltiplicato per il coefficiente di ponderazione 4. Effettuare i totali: tra A e B ove A = somma dei coefficienti degli elementi presenti nella scheda B = somma dei valori degli elementi 5. valutare la categoria quale rapporto B/A 6. riportare l'esito del controllo (B/A ≥ LQA definito è il controllo è positivo se B/A ≤ LQA definito è il controllo è negativo)

formi. La conformità complessiva delle prestazioni eseguite sul lotto di controllo è accettata (giudizio positivo) se il numero complessivo delle aree non conformi è

minore o uguale al numero di accettabilità ammesso dal piano di campionamento; viceversa il lotto è rifiutato (giudizio negativo).

Indice di Produzione Pasti (IP)

$$IP = \frac{\sum \text{indicatori di risultato dei controlli effettuati}}{\text{indicatori di qualità attesa}} = \frac{\text{Numero dei controlli effettuati}}{\text{Numero dei controlli effettuati}}$$

se $IP \geq 1$ = Servizio **CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso
se $IP < 1$ = Servizio **NON CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso

Indice di Trasporto e Distribuzione (ID)

$$ID = \frac{\sum \text{indicatori di risultato dei controlli effettuati}}{\text{indicatori di qualità attesa}} = \frac{\text{Numero dei controlli effettuati}}{\text{Numero dei controlli effettuati}}$$

se $ID \geq 1$ = Servizio **CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso
se $ID < 1$ = Servizio **NON CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso

Attraverso il metodo di attribuzione di un coefficiente ad ogni sotto processo è possibile ottenere l'indice Generale del Servizio di Ristorazione. Finalizzato alla *valutazione dell'andamento globale del servizio di ristorazione*

$$IGR = IP \times \text{coefficiente attribuito} + ID \times \text{coefficiente attribuito}$$

se $IGR \geq 1$ = Servizio **CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso
se $IGR < 1$ = Servizio **NON CONFORME** al Livello Qualitativo Atteso

Conclusioni

La malnutrizione dei pazienti rallenta la risposta alle cure, con un pesante aggravio dei costi sanitari. Cibo scadente, talora rifiutato dagli stessi malati, personale impreparato, mancanza di screening nutrizionali, sono sintomi di scarsa attenzione a servizi fondamentali alla persona che ruotano intorno ai servizi "core" di cura.

È a partire da questa premessa che il ministero della Salute ha emanato le "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale. La malnutrizione comporta un allungamento del ricovero del 55%, mentre le giornate di degenza recuperabili annualmente, con un migliora-

mento della ristorazione, ammonterebbero a circa l'8,5% in ospedali di 800-900 posti letto. Quali strumenti ha oggi a disposizione una stazione appaltante che ha deciso di esternalizzare il servizio di ristorazione per centrare l'obiettivo *qualità*? E quali le logiche da adottare?

Mentre infatti in un appalto "tradizionale" il concetto di qualità viene in evidenza unicamente nella fase di gara e più in particolare nella fase in cui la commissione giudicatrice preposta alla valutazione di un progetto - offerta, deve attribuire i punti qualità, in un appalto strutturato secondo il risultato che la stazione appaltante stabilisce a priori di perseguire, il concetto

di qualità diventa elemento centrale sia in fase di gara sia soprattutto in fase di esecuzione del contratto.

L'appalto cosiddetto di risultato mette la qualità, misurata sul paziente, al centro. Logica di processo, tipicamente definito a partire dal risultato a cui questo tende, e sistemi di monitoraggio continuo e costanti del servizio esternalizzato, nel corso delle diverse fasi di erogazione per l'intera durata del contratto, sono due aspetti fondamentali che contraddistinguono un'innovazione, innanzitutto culturale, nell'approccio alla gara. Non si attende, come tipicamente succede in un appalto tradizionale la segnalazione di disservizio, ma si creano le condizioni affinché questo non si manifesti mai in un rapporto di vera partnership con il fornitore. Negli appalti di risultato la stazione appaltante non specifica *come* deve essere svolto il servizio, ma si concentra sul risultato che intende ottenere in ogni fase di erogazione del medesimo.

Il risultato che si desidera ottenere è espresso dagli LQA (Livelli di Qualità Attesa). Il fornitore ha quindi maggiore libertà di azione

nel progettare il servizio, fermo restando che la qualità desiderata deve essere sempre garantita e ciò a pena di un mancato riconoscimento (proporzionato) del corrispettivo economico pattuito. Essendo in questo caso il pagamento del corrispettivo legato in modo strettamente dipendente dal controllo degli LQA la stazione appaltante è obbligata a monitorare in modo costante la qualità del servizio erogato nel corso dell'intera durata contrattuale. Altro aspetto innovativo e di pregio degli appalti di risultato è la possibilità definita in capitolato di avere riconosciuto un corrispettivo maggiore se il servizio reso supera i livelli di qualità attesi e di massima definiti. Tale sistema premiante svolge un ruolo di stimolo per i fornitori che hanno la capacità di innovare e migliorare le performance.

Il limite che frequentemente si presenta rispetto all'adozione di sistemi innovativi di gestione di contratti di esternalizzazione di servizi è rappresentato dalla necessità, da parte delle stazioni appaltanti, di dotarsi di strutture dedicate con personale qualificato e risorse destinate al monitoraggio continuo della qualità dei servizi appaltati.

BIBLIOGRAFIA

- Benvenuti C, Cassatella C. *Ristorazione collettiva: tra qualità e convivialità. Atti del 15° Congresso Nazionale ANDID. Bagni di Tivoli, 9-12 aprile 2003, pp. 97-100,*
- *Linee e Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003.*
- *Regione Piemonte Proposte Operative per la Ristorazione Ospedaliera, 2007 <http://www.regione.piemonte.it/sanita/index.html>*
- *Risoluzione Re AP(2003)3 del Consiglio d'Europa di Strasburgo novembre 2003 scaricabile dal sito <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp> citando il riferimento ResAP(2003)3.*
- *Testolin G Simonetti P. La qualità nutrizionale degli alimenti nella ristorazione ospedaliera. In: Aggiornamenti in Nutrizione Clinica. 11 Pensiero Scientifico Editore Torino, 1994; 2: 19-22.*
- *Guida alla esternalizzazione di Servizi e attività strumentali nella pubblica amministrazione - come quando e perché*
- *Outsourcing da Wikipedia*
- *I quaderni dell'innovazione - L'outsourcing nella pubblica amministrazione il caso inglese - Chiara Lacave 2002*
- *Il ricorso all'outsourcing nel S.S.N.: i risultati di una indagine empirica - Manuela Samantha Macinati - MECOSAN 57 (2006) pp 121-140*
- *Outsourcing delle risorse umane infermieristiche tra etica e management ... Maurizia D'Amore Antonia Perone - Professioni Infermieristiche*
- *Scelta di outsourcing in sanità - Manuela Samantha Macinati - Tendenze Nuove 4 - 5/2006 nuova serie*
- *Appunti per una lezione sulle esternalizzazioni - Maria Teresa Sillano*
- *Norma UNI 11336 Valutazione preliminare di un progetto di affidamento a terzi (outsourcing) di servizi*
- *DG Sanità Decreto Direttore Generale 26 maggio 2009 n. 5250 - Linee guida per la ristorazione ospedaliera*
- *Ministero della salute - DIPARTIMENTO PER LA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, LA NUTRIZIONE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DIREZIONE GENERALE DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE UFF. V - "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale"*
- *Capitolato d'appalto per l'affidamento del servizio di ristorazione - PIANO GUIDA per il controllo del SERVIZIO DI RISTORAZIONE - degli Ospedali Riuniti - Azienda ospedaliera di Foggia*
- *Capitolato d'appalto per l'affidamento del servizio di ristorazione redatto dall'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA - VERONA*

Il valore aggiunto del Sistema Dinamico di Acquisizione in ambito sanitario

Umberto Cout

Dirigente Responsabile
S.C. Provveditorato Economato
Azienda USL Valle d'Aosta

Gennaro Rizzo

Dirigente Responsabile
U.O.C. Gestione Servizi Generali
Logistica ed Approvvigionamenti
Azienda Ospedaliera
di Desio e Vimercate

Pierluigi Banchieri

Responsabile gare a valenza
tecnico economale e servizi
gestione diretta
Azienda Ospedaliera
Carlo Poma di Mantova

Fabiola Ferri

Coordinatore Amministrativo
Professionale Esperto,
titolare Posizione Organizzativa
U.O.C. Provveditorato/
Economato ASUR
Zona Territoriale n.3 di Fano

Massimiliano Carpitetti

P.O. Coordinamento attività
del Servizio Provveditorato/
Economato ASUR
Zona Territoriale n.9 di Macerata

Premessa

In un contesto di digitalizzazione della P.A. con l'entrata in vigore del nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) con il D. Lgs. N. 235 /2010 pubblicato sul GURI del 10/01/2011 n. 6 (tab.1) si è realizzato un nuovo pilastro su cui si basa il processo di rinnovamento della P.A. già avviato dalla riforma Brunetta. Tale Codice non rappresenta un "big bang" con cui si dà inizio ad un nuovo mondo, ma dà forma ed effettività a quell'universo di principi e regole che hanno segnato il percorso di trasformazione, di rinnovamento e di innovazione in atto da diversi lustri nella P.A. Nel contempo, ora che il cantiere giuridico della contrattualistica pubblica dovrebbe aver subito, finalmente, una battuta d'arresto con l'agognata prossima entrata in vigore del regolamento applicativo del codice appalti, il vero banco di prova per la costruzione di un mercato degli appalti pubblici elettronici è rappresentato dall'attuazione del nuovo quadro giuridico in materia di e-procurement.

Con il presente approfondimento, nell'ambito dell'e-Procurement si è deciso di analizzare un istituto innovativo poco sviluppato, il Sistema Dinamico di Acquisizione (SDA) atto a soddisfare l'acquisizione di particolari categorie merceologiche in ambito sanitario. Obiettivo del lavoro è l'individuazione dei punti di forza ma anche delle criticità di questo nuovo strumento flessibile e dinamico che, nel rispetto della normativa vigente, sia in grado di aiutare i buyers della Sanità a

fronteggiare le sfide esistenti in maniera adeguata garantendo nel contempo economicità, concorrenza del mercato, efficienza e buon andamento dell'azione amministrativa. Lo SDA è un'opportunità in quanto, oltre ad essere un metodo di scelta del contraente interamente elettronico, consente grandi margini di operatività in un contesto giuridico con pochi limiti. Dobbiamo diventare da formali notai garanti della procedura a buyers dinamici per sfruttare le condizioni e le tecnologie presenti sul mercato. Dopo una breve trattazione sulla disciplina normativa del Sistema Dinamico di Acquisizione, verrà offerta la scomposizione dello SDA nelle sue varie fasi di implementazione operativa. Nel presente lavoro, in seguito all'analisi molto importante dell'esatto ambito oggettivo ed operativo nel quale si può utilizzare lo SDA, si cercheranno di cogliere ed evidenziare gli attuali limiti ed i rilevanti benefici di tale nuovo strumento, per poi trovare le nostre riflessioni e conclusioni finali.

Cos'è lo SDA

L'art.3, comma 14 del Codice degli appalti (tab. 1) definisce il sistema dinamico di acquisizione come un processo di acquisto interamente elettronico per acquisti di beni e servizi di uso corrente, le cui caratteristiche generalmente disponibili sul mercato soddisfano le esigenze di una stazione appaltante. Il processo è limitato nel tempo e aperto per tutta la sua durata a qualsivoglia operatore economico che

soddisfi i criteri di selezione e che abbia presentato un'offerta indicativa conforme al capitolato d'oneri. Questa tecnica di acquisizione consente alle Amministrazioni aggiudicatrici di disporre, tramite la creazione di un elenco di offerenti già selezionati e alla costante possibilità per gli altri operatori economici di aderire a detto elenco, di un ventaglio particolarmente ampio di offerte grazie ai mezzi elettronici utilizzati e, quindi, di assicurare un'utilizzazione ottimale delle finanze pubbliche mediante un'ampia concorrenza.

Disciplina normativa

L'art. 60 del Codice (tab.1) detta la disciplina, introdotta ex novo dalle direttive europee del 2004, dei sistemi dinamici di acquisizione cui possono fare ricorso le stazioni appaltanti. Tali sistemi sono utilizzati esclusivamente nel caso di forniture di beni e servizi tipizzati e standardizzati, di uso corrente, con esclusione degli appalti da realizzare in base a specifiche tecniche del committente che, a causa della loro complessità, non possano essere valutate in base alle regole che governano sistemi di questo tipo. Il ricorso a questi sistemi non può, in ogni caso, essere

effettuato in modo tale da ostacolare, limitare o distorcere la concorrenza. Le stazioni appaltanti, inoltre, non possono porre a carico degli operatori economici interessati o dei partecipanti al sistema contributi di carattere amministrativo.

Ambito oggettivo

L'art. 60, c. 1 del D.Lgs 163/06 s.m.i. (tab.1) rileva come "1. Le stazioni appaltanti possono ricorrere a sistemi dinamici di acquisizione. Tali sistemi sono utilizzati esclusivamente nel caso di forniture di beni e servizi tipizzati e standardizzati, di uso corrente, esclusi gli appalti di forniture o servizi da realizzare in base a specifiche tecniche del committente che, per la loro complessità, non possano essere valutate tramite il sistema dinamico di acquisizione".

Il riferimento a beni e servizi tipizzati e standardizzati, di uso corrente verte in particolare su tutti quei beni che rientrano nell'attività caratteristica, istituzionale dell'Azienda Sanitaria: in conclusione il citato sistema è certamente applicabile non solo "alle forniture di carta, penne...", ma anche agli altri prodotti di uso routinario come, ad esempio, i pace-makers,

TABELLA RIEPILOGATIVA DEGLI STRUMENTI INFORMATICI DI ACQUISTO

Asta elettronica	Art.85, Codice Appalti Artt. 288, Regolamento attuativo
Procedura di gara gestita con sistemi informatici	Art.85, comma 13, Codice Appalti Artt. 289-290, Regolamento attuativo
Sistema dinamico di acquisizione	Art. 60, Codice Appalti Art. 287, Regolamento attuativo
Negoziato Elettronico; ME.P.A.	Art.26, legge n. 488/1999 e s.m.i. Art. 58, legge N.388/2000 Art.1, comma 449, legge n.296/2006 Art.2 , comma 573, legge n. 244/2007 D.P.R. 101/2002

presidi emodinamica, alcune categorie di farmaci (biosimilari), che rappresentano per le Aziende Sanitarie beni che compongono e caratterizzano le acquisizioni afferenti la spesa corrente.

Nello specifico campo degli approvvigionamenti sanitari, per beni di uso corrente dobbiamo dunque intendere i beni da acquisire in via ordinaria e con caratteristiche generalmente disponibili sul mercato che soddisfino le esigenze del core clinico aziendale.

Lo SDA potrebbe essere ragionevolmente ben applicato ai beni piuttosto che ai servizi i quali, per loro natura, presentano maggiori difficoltà di standardizzazione. Considerato che lo SDA, a fronte della pubblicazione di un Bando di Gara generale presenta come vedremo, la possibilità di esperire nella successiva fase tanti piccoli bandi semplificati, in base alle contingenti esigenze, si può ragionevolmente stimare di trarre massima utilità nell'utilizzo di detta procedura per alcuni beni e cioè quelli per i quali:

- non sono ottenibili significative economie di scala;
- presentano un invecchiamento tecnologico forte (hanno un'elevata obsolescenza);
- costi elevati di stoccaggio;
- costi "ordine" e/o "amministrativi" collegati poco rilevanti.

Implementazione dello SDA

Il criterio di aggiudicazione:

Le Aziende Sanitarie hanno spesso la necessità di esperire procedure fondate sul criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art. 83 D. Lgs 163/06) ed è quindi evidente che è in tal senso che va indirizzato lo sforzo di sviluppare una proposta ad alto valore aggiunto.

I Limiti tecnologici:

L'applicazione pratica nel campo degli appalti elettronici ha dimostrato che non è stato possibile offrire le soluzioni (di alta tecnologia) auspiccate per tutte le fasi procedurali di gara (comunicazione on-line e off-line, presentazione dei documenti giustificativi, la valutazione automatica dell'Offerta Economicamente più Vantaggiosa, un sistema di validazione temporale accettato in tutta l'UE). In alcuni casi, i progressi sono stati il frutto di un approccio più pragmatico, che ha assunto la forma di soluzioni alternative meno esigenti dal punto di vista tecnico. Tuttavia, queste soluzioni sono valide: esse offrono semplicemente mezzi alternativi per ottenere il risultato voluto.

Malgrado ciò va precisato che lo SDA potrebbe essere agevolmente impostato in forma interamente elettronica anche per la valutazione di qualità attraverso la costruzione di griglie di punteggio qualitativo suddivise in sub criteri, sub punteggi il più possibile analitiche e sviluppabili grazie all'ausilio di esperti dell'oggetto di gara (es: ingegnere clinico..). In tale ipotesi va da sé che la maggiore difficoltà che deve affrontare la S.A. consiste proprio nella costruzione di tali check list che, una volta impostate, possano consentire di automatizzare l'intero percorso di gara, con adeguata verbalizzazione di gara con i requisiti di legge di seguito indicati ed affermando una soluzione ancora più solida di quella di seguito proposta perché interamente automatizzata.

Il documento elettronico:

L'art. 20 c. 1 bis del citato CAD ribadisce che "L'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono liberamente valutabili in giudizio, tenuto conto delle sue caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità ed

immodificabilità, fermo restando quanto disposto dall'articolo 21". È quindi nostro interesse definire un documento "solido" valido anche in giudizio.

I requisiti tecnici richiesti:

- Personal Computer collegato ad internet;
- firma digitale generata mediante dispositivo per firma sicura, ex-art. 38, comma 2, DPR 445/00;
- un kit di marcatura temporale rilasciata dal Certificatore iscritto all'elenco, ex art. 28, DPR 445/00;
- indirizzo di posta elettronica certificata (Pec).

Le 3 macro fasi di implementazione operativa:

La costruzione di uno SDA richiede lo svolgimento di una serie di attività ed adempimenti più o meno complessi.

Nell'intento di semplificare l'illustrazione di un'implementazione operativa dello SDA proposto è utile distinguere 3 macro fasi e cioè:

I° FASE) L'AMMISSIONE DELLE DITTE;

II° FASE) L'AVVIO CONFRONTI CONCORRENZIALI SU SINGOLI APPALTI SPECIFICI

III° FASE) L'AGGIUDICAZIONE DELLO SDA



TABELLA 3 - Flow chart relativo alle fasi dello SDA

Fase	Schema Semplificato di Processo	Descrizione	Soggetto di Riferimento
I° Fase			
Istituzione dello Sda	Avvio Sda	AMMISSIONE DELLE DITTE Pubblicazione Bando Generale (procedura aperta); Criterio OEPV "generico"; Termine per pre-qualificarsi; Termini valutazione offerte indicative (anche > 15 gg informando gli operatori);	Stazione Appaltante
Pre-qualificazione allo SDA	Elaborazione schede a cura degli operatori	Accreditamento alla piattaforma; Presentazione Dichiarazioni (artt. 38, 41 e 42); Presentazione Offerta Indicativa;	Operatori Economici
Ammissione allo SDA	Soddisfa i requisiti?	Commissione di Gara verifica i requisiti; Comunica l'esclusione / ammissione;	Stazione Appaltante
II° Fase:			
Pubblicazione del Bando Semplificato	Pubblicazione Bando Semplificato in base alle esigenze della S.A.	Precisazione dei seguenti elementi: - caratteristiche Tecniche richieste - ponderazione qualità/prezzo; - termini di presentazione offerte singole	Stazione Appaltante
Presentazione dell'offerta Singola	Stesura Offerta Specifica in base al contenuto del Bando Semplificato	Gli operatori (già ammessi e quelli non ancora ammessi previo accreditamento) formulano una proposta indicativa attraverso la formalizzazione di due "Buste Virtuali": Busta Tecnica (B.T) e Busta Economica (B.E);	Operatori Economici
Valutazione Tecnica	Attribuzione Punti qualità alle offerte	Il sistema automaticamente nel caso di check list costruita dalla S.A. altrimenti una Commissione Giudicatrice accreditata allo SDA provvederà all'attribuzione del punteggio qualità	Stazione Appaltante
Confronti concorrenziali	In base a classifica rilanci degli operatori	Gli operatori Economici valutata la classifica ed il prezzo corrispondente alla migliore offerta possono rilanciare per tentare di aggiudicarsi lo SDA.	Operatori Economici
III° Fase			
Aggiudicazione dello SDA	Aggiudicazione SDA	Il 1° classificato ha l'obbligo di inviare alla S.A., l'offerta provvista di marca temporale e firma digitale.	Operatore Economico

I simboli utilizzati nei diagrammi di flusso sono i seguenti:

- RETTANGOLO CON SPIGOLI ARROTONDATI: indica l'inizio o la fine del diagramma
 - RETTANGOLO NORMALE: indica un'attività/un compito
 - ROMBO: indica un punto decisionale
 - PARALLELOGRAMMA: identifica gli input e gli output
 - FRECCIA: indica il flusso delle azioni
- Permangono i vantaggi comuni e potenzialmente utilizzabili nelle procedure telematiche.

Lo SDA proposto, analogamente ai sistemi di e-procurement, ovviamente consente di attivare automaticamente tutte le comunicazioni di cui all'art. 79 rubricato "Informazioni circa i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni", le comunicazioni ai sensi dell' Art. 7 rubricato "Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture", il calcolo delle fidejussioni, la verifica dei requisiti ai sensi dell'art. 48, la richiesta di CIG.

Lo SDA è un'opportunità in quanto, oltre ad essere un metodo di scelta del contraente interamente elettronico, consente grandi margini di operatività in un contesto giuridico con pochi limiti. Dobbiamo diventare da formali notai garanti della procedura a buyers dinamici per sfruttare le condizioni e le tecnologie presenti sul mercato

Limiti e benefici

La principale caratteristica e peculiarità della procedura prevista dall'art. 60 del codice degli appalti denominata sistemi dinamici di acquisizione (tab.1) è che tutto il procedimento di gara viene effettuato on line, il processo è completamente paperless con vantaggi facilmente intuibili.

Il principale vantaggio è legato alla parziale soluzione del noto problema di archiviazione e di conservazione dei documenti di gara, ed alla facilità di disporre, in caso di accesso agli atti, in tempi rapidissimi. Il problema dell'archivio documentale, è noto, è un problema non di poco conto. Considerato che gli spazi sono limitati e comunque producono costi, sia diretti che indiretti, il poter esperire una procedura archiviando tutti gli atti di gara su una piattaforma informatica ha un valore aggiunto notevole. Considerato che i nuovi processi di logistica sono orientati a politiche di approvvigionamento "just in time" con l'obiettivo di rendere efficiente ed efficace l'azione amministrativa mediante l'ottimizzazione dei processi ed una corretta gestione e rotazione del magazzino, sicuramente effettuare una procedura di gara completamente su supporto informatico consente un notevole risparmio anche in termini di spazi e di costi di conservazione. Sempre in quest'ambito altro importantissimo vantaggio consiste nel poter consultare in qualsiasi luogo un operatore si trovi gli atti di gara, in quanto basta "loggarsi" sul piattaforma web ed ottenere e scaricare tutto ciò che può servire in merito alla gara esperita.

È di palmare evidenza, poi, che una procedura completamente informatizzata risponde sicuramente e maggiormente

al principio di trasparenza, uno dei principi ispiratori della Normativa Comunitaria e del codice degli appalti.

Oltre a ridurre i costi per gli operatori economici che intendono partecipare alle procedure di gare, costi che ovviamente ribaltano sulla stazione appaltante che indice la procedura di gara, una procedura completamente informatizzata con l'utilizzo della firma digitale fa sì che i file non siano modificabili e pertanto tutto ciò rappresenta una maggiore garanzia per coloro che intendono partecipare, in situazione di par condicio, ad una procedura di gara. La stazione appaltante può predisporre informaticamente una procedura atta a facilitare completamente sia la sua attività di verifica e controllo dell'offerta presentata sia la compilazione di tutto ciò che il partecipante ad una procedura deve produrre per poter partecipare ad una procedura di gara. Spesso, talune stazioni appaltante inseriscono nella lex specialis di gara esposte cause di esclusione quali, ad esempio, la mancata produzione di un documento oppure la mancata indicazione mediante una crocetta nella domanda di partecipazione alla procedura. Orbene, con una procedura completamente informatizzata è possibile eliminare questo tipo di problemi in quanto l'operatore economico non può continuare con la preparazione dell'offerta ed il relativo "lancio" se non ha compilato in modo corretto tutti i campi previsti dalla stazione appaltante. Così facendo si riducono errori grossolani che talvolta costringono l'amministrazione pubblica ad escludere un potenziale valido concorrente.

Altro aspetto, che in questi mesi, conferisce a quest'istituto un particolare vantaggio competitivo è che le procedure

effettuate utilizzando l'art. 60 del codice degli appalti (tab.1) e cioè mediante un sistema dinamico di acquisizione, non sono parzialmente soggette al D. Lgs. N. 53 del 21 marzo 2010 che recepisce la cosiddetta "Direttiva Ricorsi".

È d'uopo osservare che tale direttiva comunitaria 2007/66/CE è stata recepita con D. Lgs. del 20 marzo 2010 n. 53, è stata definita con enfasi dai primi commentatori come rivoluzionaria a causa dei nuovi adempimenti e vincoli per le stazioni appaltanti e non di meno a livello processuale con la dimidiazione dei termini impugnatori e la previsione di molteplici disposizioni funzionalmente orientate a garantire la massima accelerazione del contenzioso.

Alla luce di quanto si precisa che in capo alla stazione appaltante detta normativa impone quanto segue:

L'effettivo raggiungimento dei benefici attesi ed auspicati nel presente studio presuppone, di base, una forte azione di sensibilizzazione culturale nel panorama organizzativo degli acquisti volta a rendere più efficace l'implementazione dell'e-procurement. La sfida reale risiede, in un cambiamento complessivo dei processi e delle modalità delle procedure elettroniche d'approvvigionamento

- 1) La comunicazione dell'aggiudicazione definitiva va effettuata "tempestivamente e comunque entro un termine non superiore a cinque giorni".
- 2) È dato alle imprese un termine di trenta giorni per la notificazione del ricorso e per la proposizione di motivi aggiunti avverso atti diversi da quelli impugnati, decorrenti dalla ricezione della comunicazione degli atti ai sensi dell'art. 79 del D. Lgs. N. 163/2006 e per i bandi e gli avvisi con cui si indice una gara, dalla pubblicazione di cui all'articolo 66 comma 8.

La stazione appaltante ha, fra l'altro, ora anche il divieto di stipulare il contratto prima che siano trascorsi n. 35 giorni, "termine dilatorio", dall'ultima comunicazione.

Ebbene, come accade altresì per l'accordo quadro, in virtù della disposizione prevista dall'art. 11 comma 10^{bis} del d. l.vo 163/06 e ss.mm., il famigerato *stand still period* non è previsto per lo

SDA, e questo abbrevia di 35 giorni i tempi di gara!

Uno degli elementi interessanti è che un concorrente può abilitarsi in qualsiasi momento, facilitando quindi la concorrenza e consentendo alla pubblica amministrazione di poter ottenere il miglior prodotto al miglior prezzo.

Adottando un approccio estensivo della norma (ma a giudizio di chi scrive pienamente sostenibile) si potrebbero prevedere scadenze periodiche (trimestrali, semestrali,..) di ammissione delle ditte garantendo la partecipazione al bando semplificato solo alle ditte già accreditate ed ammesse con le modalità ed i termini indicati dal bando generale mentre a quelle non ammesse sarà data la possibilità di accreditarsi alle scadenze pianificate ed indicate tassativamente negli atti di gara (art. 60 c.7 e c.3 del D.Lgs 163/06).

Conclusioni

L'effettivo raggiungimento dei benefici attesi ed auspicati nel presente studio presuppone, di base, una forte azione di sensibilizzazione culturale nel panorama organizzativo degli acquisti volta a rendere più efficace l'implementazione dell'e-procurement. La sfida reale risiede, infatti, non nella mera utilizzazione degli istituti telematici, ma in un cambiamento complessivo dei processi e delle modalità delle procedure elettroniche d'approvvigionamento. Per fare ciò è imprescindibile un chiaro commitment del vertice sia politico sia organizzativo; spetta a noi professionisti della Sanità Pubblica sviluppare la consapevolezza del ruolo propulsivo e a valenza fortemente strategica da parte degli uffici che si occupano di acquisti. Una forte attenzione va dunque posta alla gestione dei

Nello SDA lo strumento elettronico deve essere visto come realmente alternativo ai classici e, spesso farraginosi, modelli procedimentali: così come accade nelle collaudate aste telematiche, la trasmissione del documento in formato elettronico equivale infatti a quella cartacea la si può imporre senza violare la par condicio, anzi risparmiando tempo e denaro

cambiamenti organizzativi, perché nei sistemi dinamici di acquisto va colta l'attitudine a garantire nel contempo grande flessibilità di incontro fra la domanda ed offerta nel peculiare mercato sanitario, e la capacità di stimolo continuo del confronto competitivo. Ma è opinione di chi scrive che, per cogliere appieno le potenzialità del nuovo strumento a disposizione del buyer, la lettura da dare all'ambito di applicazione tracciato nelle norme che disciplinano questo innovativo istituto giuridico, che ad oggi non è stato ancora sfruttato adeguatamente, non deve essere letterale e formale bensì va condotta in senso teleologico. La disamina della richiesta tipizzazione nonché standardizzazione dei beni e servizi oggetto dello SDA deve tenere conto altresì dell'uso corrente a cui vanno esclusi i soli : "appalti di forniture e servizi da realizzare in base a specifiche tecniche del committente che, per la loro complessità, non possano essere valutate tramite il sistema dinamico di acquisizione". La *ratio* di questa esclusione va rapportata indubbiamente alle opere del

settore dei lavori pubblici, ai servizi di ingegneria ed architettura, a complessi contratti misti; nella galassia sanitaria costellata, come è noto, da migliaia di dispositivi medici, i beni di uso corrente vanno intesi quelli con caratteristiche generalmente disponibili sul mercato che soddisfino le esigenze dell'Azienda Sanitaria. Non può non definirsi tipica, standard e soprattutto di uso corrente, l'acquisizione ed utilizzo di presidi chirurgici, materiale sanitario, strumentario chirurgico (cotone, bende, garze, ma anche presidi tecnologicamente evoluti quali, ad esempio, pacemakers, defibrillatori, stent vascolari, guide angiografiche). Nello SDA lo strumento elettronico deve essere visto come realmente alternativo ai classici e, spesso farraginosi, modelli procedurali: così come accade nelle collaudate aste telematiche, la trasmissione del documento in formato elettronico equivale infatti a quella cartacea e oramai, è noto, la si può imporre ai partecipanti senza violare la *par condicio*, anzi risparmiando tempo e denaro.

BIBLIOGRAFIA

- *Direttiva 2004/17/CE relativa al coordinamento delle procedure di appalto degli enti erogatori di acqua e di energia, degli enti che forniscono servizi di trasporto e servizi postali;*
- *DIRETTIVA 2004/18/CE del 31 marzo 2004 - relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi;*
- *Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163 - Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;*
- *Regolamento (CE) n. 1177/2009 della Commissione, del 30 novembre 2009, che modifica le direttive del Parlamento europeo e del Consiglio 2004/17/CE, 2004/18/CE e 2009/81/CE riguardo alle soglie di applicazione in materia di procedure di aggiudicazione degli appalti;*
- *Innovazione ed efficienza nella Pubblica Amministrazione il ruolo dell'e-Procurement Executive Summary del Rapporto 2009 Osservatorio eProcurement nella PA - Maggio 2009;*
- *LIBRO VERDE sull'estensione dell'uso degli appalti elettronici nell'UE - SEC(2010) 1214*
- *E- procurement: i passi da compiere di Davide Colaccino Pubblicato in "ASTRID - Rassegna" n. 2 del 2006;*
- *[http://www.i2000segna.it/2009/08/e-procurement-nel-settore-pubblico/;](http://www.i2000segna.it/2009/08/e-procurement-nel-settore-pubblico/)*
- *Appalti di servizi e forniture, Maggioli Editore, Salvio Biancardi, Febbraio 2010;*
- *[http://www.lavoripubblici.it/news/2006/04/lavori-pubblici/procedure-aperte-ristrette-e-negoziare/;](http://www.lavoripubblici.it/news/2006/04/lavori-pubblici/procedure-aperte-ristrette-e-negoziare/)*
- *http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/l22009_it.htm;*
- *<http://nuke.soresa.it/CentralizzazioneAcquisti/AttieBandidiGara2010/SistemaDinamicoAcquisizioneProtesiortopediche/tabid/146/Default.aspx>*
- *Ministero dell'Economia e delle Finanze, il sistema dinamico di acquisizione, Alessandra De Luca e Gian Luigi Albano, 31 Marzo 2006*

Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): la fornitura di ausili per l'incontinenza

Matteo Ferranti

Azienda Ospedaliera di Como

Francesco Fontana

Azienda Ospedaliera di Como

Claudia Razzauti

ESTAV Nord Ovest Toscana

Alessandro Rotelli

ASL di Sassari

Massimo Santini

ESTAV Nord Ovest Toscana

L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione"; la definizione comprende un articolato insieme di servizi che si distinguono tra loro per a) la maggiore o minore intensità assistenziale, b) per il grado di integrazione degli interventi, c) per il numero e la competenza professionale degli operatori coinvolti, d) per il profilo di persona/paziente a cui si rivolgono ed e) per le modalità di lavoro degli operatori. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si caratterizza per l'integrazione delle attività di natura sanitario con quelle di natura socio-assistenziale, progettati e gestiti in base ai bisogni dei pazienti, da figure professionali multidisciplinari (operatori sanitari, operatori del sociale, fisioterapisti, farmacisti, infermieri ecc.). Un indicatore molto efficace per comprendere le caratteristiche dell'offerta di servizi domiciliari in Italia riguarda la diffusione sul territorio dei servizi di ADI: secondo il rapporto *Osservasalute 2008*¹, nel tempo, la diffusione dei servizi di ADI in Italia è aumentata, passando dai 359 casi di assistibili per 100.000 abitanti nel 1998, ai 703 casi del 2006, con un incremento medio annuo del 9%. L'incremento trova recente conferma nei dati della "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2007-2008"², secondo i quali nell'anno 2007 sono stati 474.567 i pazienti che hanno usufruito dell'ADI con

una media nazionale di 803 casi trattati per 100.000 abitanti, di cui 81,2% rappresentato da anziani. Nonostante i dati complessivi evidenzino un trend chiaramente crescente, la diffusione territoriale dei servizi di ADI, registra una grande differenza fra Centro-Nord e Sud Italia. Il censimento promosso dalla Fondazione ISTUD sulle strutture pubbliche, private e no profit che erogano ADI in Italia ha indagato il numero di servizi attivi e la relativa ripartizione sul territorio del Paese. Il valore medio nazionale di distretti pubblici con servizi domiciliari attivi rispetto al totale dei distretti è pari al 64% (541 distretti su 841 esistenti). La ripartizione dei servizi attivi è distribuita equamente tra Nord (75%) e Centro (78%), mentre il Sud, con il 46% ha, in media, meno di un servizio attivo ogni due distretti. A livello nazionale, il 29% della popolazione italiana non è coperto da servizi di cure domiciliari e al sud le cure al proprio domicilio sono inesistenti per un cittadino su due.

La fornitura degli ausili per incontinenza ed i modelli distributivi di ausili

Le principali categorie di soggetti destinatari dei servizi di ADI sono:

- soggetti con malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- malati terminali;
- soggetti con incidenti vascolari acuti;
- soggetti con gravi fratture;
- malati vasculopatici con necessità di ria-

1.

Anno di pubblicazione 2009, disponibile on-line sul sito del Ministero della Salute

2.

presentato a Roma il 7 luglio u.s. (fonte: il Sole 24 Ore Sanità 27.7.2010-2.8.2010)

- bilitazione;
- malati neurolesi con necessità di riabilitazione;
- malati cronici soggetti a frequenti ricattizzazioni della patologia (malattie respiratorie o cardiocircolatorie);
- soggetti in dimissione protetta da strutture ospedaliere.

L'incontinenza urinaria si presenta come una patologia "trasversale" rispetto alle affezioni sopra indicate, nel senso che è presente in moltissimi casi come disturbo correlato direttamente o indirettamente al quadro di infermità principale. Essa è una delle patologie di maggior rilevanza qualitativa: si stima che da tre a cinque milioni di persone siano affette da questo disturbo³, che ha importanti risvolti clinici, sociali e relazionali, e con enorme impatto sulla qualità di vita delle persone, per molte delle quali costituisce un grande problema anche per il normale svolgersi delle attività quotidiane, lavorative e non. Anche per la rilevante complessità e variabilità degli aspetti qualitativi, le ricerche svolte in questo campo difficilmente riescono a fotografare la reale incidenza del fenomeno; una distinzione solitamente viene adottata, è quella fra pazienti incontinenti *conosciuti* dal S.S.N., seguiti dai medici di base o assistiti al domicilio o presso strutture residenziali, e pazienti *sconosciuti* al S.S.N., che sono potrebbero rappresentare addirittura la maggioranza e che sfuggono alle indagini per scarsa propensione a manifestare con qualsiasi forma di pubblicità, la patologia. Secondo una ricerca commissionata dalla

Fondazione Italiana Continenza, l'incontinenza urinaria interessa il 7% della popolazione italiana di età compresa tra i 18 e i 70 anni, mentre nella popolazione più anziana (55-70 anni) la percentuale raggiunge il 10%. Con riguardo ai possibili rimedi, il 7% del campione, percentuale che coincide con il totale degli incontinenti, manifesta il desiderio di avvalersi specificamente di ausili assorbenti di migliore qualità e di avere la possibilità di scegliere tra una gamma di prodotti più ampia.

In generale, la scelta del prodotto e le relative modalità di distribuzione, sotto analizzate, sono aspetti strategici ai fini della qualità del servizio di ADI.

3.

fonte: www.finco.it - Federazione Italiana Incontinenti

L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione essa si caratterizza per l'integrazione delle attività di natura sanitaria con quelle di natura socio-assistenziale

Il concetto di qualità nei servizi di ADI è ovviamente molto ampio e complesso, e risulta impossibile prenderlo in esame nell'ambito del presente lavoro.

Tuttavia, sotto il profilo della scelta del prodotto, preme rilevare che il servizio di ADI deve garantire almeno uno standard minimo di sicurezza, evitando che, a seguito dell'erogazione del servizio, i pazienti vedano peggiorate le loro condizioni di salute. L'affermazione è solo in apparenza superficiale, considerato che l'impiego di ausili di cattiva qualità oppure l'errato utilizzo degli stessi possono avere conseguenze negative sullo stato di salute del paziente ed abbattere anche considerevolmente la qualità del servizio. L'altro aspetto rilevante, sia sotto il profilo dei costi che sotto il profilo del servizio reso all'utenza, è rappresentato dalla scelta della modalità di distribuzione dell'ausilio.

In generale, sono possibili due canali di approvvigionamento:

- il *canale pubblico*, cioè il canale caratterizzato dall'intervento del S.S.N., a cui il cittadino si rivolge per ottenere assistenza;
- il *canale farmacia*, cioè il canale in cui il cittadino si reca direttamente in farma-

cia per acquistare l'ausilio, senza rivolgersi al S.S.N.

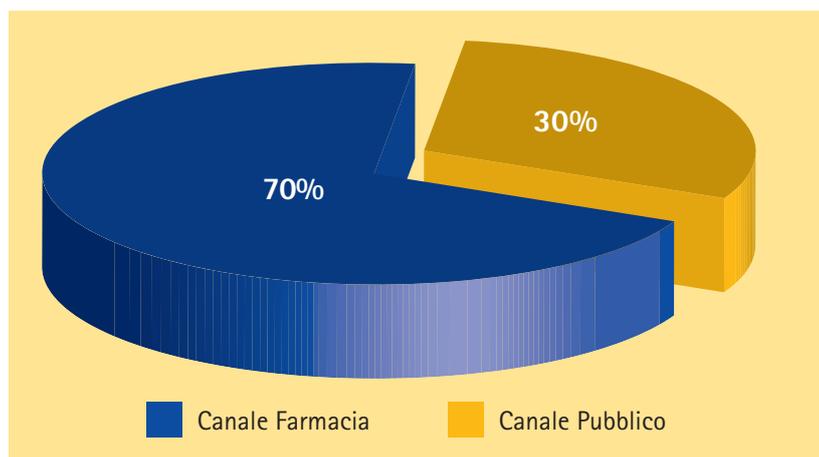
Nell'ambito del *canale pubblico* sono possibili due modalità distributive: consegna a domicilio e ritiro in farmacia. Come vedremo, entrambi queste modalità presentano vantaggi e criticità, che debbono comunque essere confrontati con la realtà locale (condizioni territoriali e situazione personale dell'assistito).

Secondo Assobiomedica il 70% di ausili transitano attraverso il *canale pubblico* mentre il restante 30% transita attraverso il *canale farmacia*, ovvero con acquisti effettuati da privati senza l'intervento del S.S.N. (grafico n.1).

Utilizzando come criteri di analisi le modalità di distribuzione dei prodotti e le modalità di remunerazione del fornitore, è possibile individuare, nell'ambito del "canale pubblico", almeno 3 tipologie di modelli distributivi degli ausili per incontinenza:

- 1) *distribuzione domiciliare* (prezzo prodotto o prezzo forfettario). In questo modello l'Azienda Sanitaria affida a un'impresa la fornitura degli ausili ad assorbenza e il servizio di distribuzione presso il domicilio dell'utenza. La remunerazione può essere prevista a singolo pezzo o a forfait/giornaliero, fissato a prescindere dalla tipologia e quantità dei prodotti erogati;
- 2) *distribuzione in farmacia* (distribuzione *per conto* o *convenzione diretta* - prezzo a singolo prodotto o prezzo forfettario). Sono possibili due configurazioni: nella prima l'Azienda Sanitaria acquista da un'impresa gli ausili e si avvale delle farmacie per il servizio di distribuzione degli agli utenti (distribuzione *per conto*); nella seconda l'Azienda Sanitaria stipula una convenzione con le farmacie che

GRAFICO 1



si approvvigionano dalle imprese e distribuiscono direttamente gli ausili agli utenti (*convenzione diretta*). Anche in questo modello, la remunerazione può essere prevista a singolo pezzo o a forfait/giornaliero, fissato a prescindere dalla tipologia e quantità dei prodotti erogati;

- 3) distribuzione diretta senza servizio. In questo caso l'Azienda Sanitaria acquista e provvede a distribuire direttamente gli ausili avvalendosi delle proprie strutture e risorse.

Secondo rivelazioni di Assobiomedica il 78% degli ausili sono distribuiti attraverso il modello di distribuzione domiciliare (di cui il 43% con remunerazione a singolo pezzo, il 35% con remunerazione a prezzo forfettario), il 18% attraverso il modello di distribuzione in farmacia, il restante 4% attraverso il modello di distribuzione diretta (Grafico 2).

Analizziamo di seguito i punti di forza e di debolezza dei modelli sopra citati.

1. Distribuzione domiciliare (prezzo prodotto o prezzo forfettario);

Punti di forza/benefici:

- Migliora il servizio all'utenza con la consegna domiciliare;
- Abbatte i costi diretti e indiretti di distribuzione per l'Azienda Sanitaria;
- Nei servizi a gestione forfettaria in cui il prezzo è stabilito a quota fissa giornaliera comprensiva di costo prodotto e servizi connessi (consegna, infermiere professionale, numeri verdi, formazione ecc.), si incentiva la fornitura di prodotti tecnologicamente evoluti (per esempio ausili con maggior capacità di assorbenza) e di maggior appropriatezza prescrittiva, con maggior soddisfazione per l'utenza

e contenimento di consumi e relativi costi.

Punti di debolezza/criticità:

- nei capitolati speciali sono inserite clausole di consegna periodica, di norma con cadenza trimestrale per non aumentare l'incidenza dei costi di distribuzione; ciò comporta problemi di stoccaggio che ricadono sull'utenza, un impegno finanziario anticipato per le Aziende Sanitarie, e maggiori sprechi in caso di decesso dell'utente. Si tratta di un modello che adotta il cd. metodo *push* per cui le consegne, sono eseguite secondo una programmazione, indipendentemente dalle necessità dell'utente, con alti livelli di stock presso l'utente stesso (i metodi *push* si distinguono dai metodi *pull* nei quali i prodotti sono immessi all'interno del processo produttivo dagli ordini dei clienti);
- i costi di distribuzione presentano alta variabilità in funzione della struttura logistica e delle caratteristiche del territorio servito.

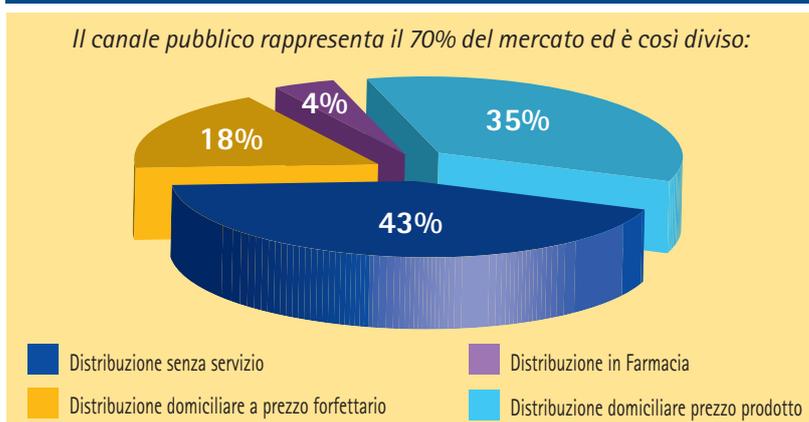
2. Distribuzione in farmacia

Punti di forza/benefici:

- il farmacista fornisce supporto all'utenza;

GRAFICO 2 fonte: Assobiomedica

Il canale pubblico rappresenta il 70% del mercato ed è così diviso:



- in caso di *convenzione diretta* è garantita la libera scelta e l'accesso all'innovazione tecnologica;
- di norma l'utente ha la facoltà di scegliere la modalità di ritiro più consona alle proprie abitudini (ritiro diretto in Farmacia o consegna a domicilio);
- la frequenza delle consegne è ravvicinata (generalmente mensile) con risparmi finanziari e limitazione degli sprechi (nel modello *distribuzione domiciliare* la consegna è effettuata secondo una cadenza predefinita, generalmente trimestrale, che avviene indipendentemente dal livello di stock presente presso l'utenza). In questo modello l'utente ritira il prodotto direttamente in farmacia quando effettivamente il livello delle sue scorte è basso. Ne conseguono elevati livelli di appropriatezza del servizio, con forti risparmi sulla spesa complessiva. È stato dimostrato che, a fronte di una autorizzazione per 365 giorni, l'utente ritira prodotti corrispondenti ad un fabbisogno di circa 320 giorni con un risparmio dell'Azienda dell'11% circa in pezzi-prodotto e del 19% circa in valore⁴.

4.

Punti di debolezza/criticità di questo modello sono:

- il prezzo di rimborso include il "margine" per l'intermediazione svolta dalle farmacie con conseguente aumento dei costi sostenuti per il servizio;
- non sempre è prevista la possibilità di consegna domiciliare, con conseguente disagio per i pazienti che effettivamente hanno bisogno di tale servizio a per motivi personali e familiari;

3. Distribuzione diretta senza servizio

Punti di forza/benefici:

- il prezzo del singolo ausilio risulta di norma contenuto;
- consente di ottenere buoni risultati nel contenimento dei consumi.

I punti di debolezza/criticità di questo modello sono:

- le modalità di ritiro degli ausili non agevolano l'utente;
- sono richiesti spazi e personale dedicato, con relative incidenze economiche;
- non può essere gestito forfettariamente in quanto l'azienda sanitaria ordina sulla base dei consumi delle varie tipologie di ausili indipendentemente dal numero degli utenti.

Considerato che il modello *Distribuzione diretta senza servizio* ha una incidenza trascurabile e per di più in ulteriore declino, presentiamo una tabella di confronto dei principali modelli distributivi, *Distribuzione domiciliare* e *Distribuzione in farmacia* (vedi tabella 1).

Fonte: Web Care Unità Operativa Farmaceutica Asl 5 di Pisa

TABELLA 1: analisi dei 2 principali modelli distributivi

	DISTRIBUZIONE IN FARMACIA	DISTRIBUZIONE DOMICILIARE
Frequenza Consegne	Di norma mensile	Di norma trimestrale
Stock/esposizione finanziaria	Ridotta	Elevata
Modalità ritiro prodotto	Al momento del bisogno	Secondo programmazione del fornitore
Consulenza di prodotto	Presente	Presente
Consulenza specifica alla consegna	Qualitativa (Farmacista)	Non presente (consegna con Corriere)
Privacy	Garantita	Garantita
Prezzi	Include margine farmacia	Generalmente inferiori

La casistica

In assenza d'indirizzi precisi a livello nazionale e in dipendenza delle diverse politiche regionali sul territorio italiano i diversi modelli distributivi sono applicati a macchia di leopardo.

Nell'*Asl di Como*, in Lombardia, per esempio, nell'anno 2009 è stata stipulata con Federfarma una convenzione triennale con scadenza al 31/12/2012. Con l'introduzione del modello distributivo tramite le Farmacie, a fronte di un incremento del numero di assistiti, il costo complessivo HA fatto registrare, nel 2010, un decremento dello 0,4%.

Nell'*Asl di Sassari*, in Sardegna, da marzo 2009 la distribuzione degli ausili per incontinenza avviene tramite le farmacie presenti sul territorio (circa 108), grazie ad un'altra convenzione stipulata con Federfarma attraverso la quale è stata messa disposizione una piattaforma web per la gestione delle richieste degli ausili sulla base dei piani terapeutici. L'*Asl di Sassari* ha potuto verificare che in 9 mesi di sperimentazione sono stati conseguiti risparmi di spesa per Euro 658.000. Oltre al risparmio di spesa, le farmacie, tramite la propria rete, avviano un percorso di integrazione con i distretti sanitari territoriali, permettendo di conseguire obiettivi strategici e operativi condivisi e, soprattutto, creano un valore aggiunto per gli utenti che continuano ad avere nella farmacia di fiducia un punto di riferimento sicuro.

Nel caso dell'*Area Vasta Nord Ovest Toscana*, invece, coabitano diversi modelli distributivi; in particolare:

- USL Massa Carrara / USL Livorno / USL Lucca: distribuzione domiciliare con prezzo a forfait;
- USL Viareggio: distribuzione in farmacia, convenzione diretta con rimborso a singolo pezzo;

- USL Pisa: distribuzione in farmacia, convenzione diretta con prezzo a forfait.

Si tratta di un caso in cui all'interno di un'area geografica omogenea (Area Vasta Nord Ovest Toscana) si offrono ai propri assistiti, per lo stesso servizio, condizioni differenti. Alcuni utenti, infatti, ricevono i pannoloni direttamente al domicilio con fornitura trimestrale, altri invece si recano in Farmacia per ritirare il fabbisogno mensile. Oltre alla diversità di servizio offerto, le stesse ASL hanno anche una diversa modalità di controllo della spesa perché, come argomentato nei paragrafi precedenti, a seconda del modello si innescano numerose variabili gestionali.

Considerato quanto sopra, la fase di costruzione del capitolato e di successiva indizione di una nuova gara sono strategiche rispetto all'obiettivo di conciliare esigenze di razionalizzazione della spesa con la capacità di soddisfare una tipologia di un'utenza *fragile*, portatrice di bisogni complessi, difficilmente standardizzabili e per cui la possibilità di scelta e/o la possibilità di richiedere un servizio che sia il più possibile adeguato al suo bisogno specifico son fattori discriminanti.

Dal prezzo alla spesa effettiva: quali i driver?

Nella valutazione economica dei dispositivi fino ad un recente passato ha prevalso la valutazione del singolo prezzo unitario di acquisto. Tale considerazione, nella valutazione dell'incontinenza, non può essere condivisa, in quanto l'aggiudicazione di una fornitura per incontinenza comprende differenti tipologie di prodotti e di conseguenza deve svincolarsi dal concetto di prezzo-prodotto per abbracciare il concetto più ampio della *spesa complessiva effettiva*, parametro di valutazione economica più ampio e che può

trovare la Pubblica Amministrazione quale parte attiva di un circolo virtuoso per il suo contenimento. Come agire per raggiungere questo obiettivo?

La spesa è influenzata da differenti fattori o driver, oltre al prezzo, che concorrono in modo determinante:

1. Mix prodotti prescritti; nel mondo dell'incontinenza è facilmente riscontrabile una asimmetria nelle prescrizioni degli specialisti che, a fronte di almeno 12 prodotti prescrivibili, concentrano le prescrizioni esclusivamente su 4 prodotti (3 dei quali sono tendenzialmente più costosi): il pannolone mutandina misura grande e misura media, traversa salva materasso rimboccabile 80 x 180 e pannolone rettangolare;
2. Quantità Prodotti Prescritti: allo stesso modo del punto 1, tendenzialmente, le prescrizioni sono almeno nel 70% dei casi riferite alla massima quantità autorizzabile da N.T.N.;
3. Gamma prodotti a disposizione: a fronte di un mercato dei dispositivi medici in continua evoluzione, con l'ingresso di prodotti più performanti, confortevoli ed assorbenti, l'attuale N.T.N. risulta superato e rappresenta una barriera all'utilizzo delle nuove tecnologie. Mettere a disposizione dei medici prescrittori un'ampia gamma di prodotti, permetterebbe una personalizzazione mirata della prescrizione, sia in termini di quantità sia in termini di tipologia di prodotti, permettendo ulteriori economie dirette sulla spesa complessiva;
4. Modalità di distribuzione dei prodotti: abbiamo già evidenziato come i sistemi tipo *pull*, comportino una riduzione della spesa complessiva, in quanto determinano l'erogazione del prodotto solo nel momento in cui l'assistito ha terminato la precedente fornitura, riducendo gli

sprechi e contenendo i consumi effettivi;

5. Ultimo driver, non meno importante, la qualità dei prodotti: anche se indirettamente collegato alla spesa effettiva per l'incontinenza, questo driver può consentire ulteriori risparmi legati alla riduzione di prestazioni mediche accessorie, a seguito dell'utilizzo di prodotti di qualità, confortevoli, traspiranti, con sostanze dermoprotettive, ecc.

Agendo in particolare sui primi due driver di spesa, e quindi formando ed educando i medici prescrittori ad un'attenta anamnesi dell'incontinente e ad una conoscenza specifica dei prodotti e del loro utilizzo, si opererebbe nell'ambito così definito *dell'appropriatezza prescrittiva*, un fattore in grado di ridurre considerevolmente la spesa complessiva per la voce incontinenza (secondo Assobiomedica la sola suddivisione dei pazienti incontinenti in 3 fasce di gravità determinerebbe un risparmio di spesa di circa il 15%). Contemporaneamente sarebbe assicurata la massima soddisfazione dell'utente che avrebbe a disposizione i prodotti di cui effettivamente necessita.

Le procedure di scelta del contraente

Le principali procedure di scelta del contraente, previste dalla vigente normativa, ed utilizzabili per l'affidamento della fornitura di ausili per incontinenza sono:

1. la convenzione, ovvero l'accordo fra ASL e Associazione Titolari Farmacia del territorio per la distribuzione degli ausili;
2. l'accordo quadro, ovvero "l'accordo concluso tra una o più amministrazioni aggiudicatrici e uno o più operatori economici, il cui scopo è quello di stabilire le clausole relative agli appalti da aggiudicare per una certa durata, in particolare per quanto riguarda i prezzi e, se del caso, le quantità previste" (art. 59 del D.lgs 163 del 2006);

3. la gara tradizionale.

Qualunque sia la procedura adottata è necessario che il buyer pubblico sviluppi adeguatamente i tre aspetti fondamentali di un capitolato speciale e precisamente:

- la definizione delle referenze e delle caratteristiche tecniche dei prodotti;
- la definizione dei criteri di valutazione della qualità;
- la definizione dei criteri di valutazione dei livelli di servizio.

Nella maggior parte dei capitolati di gara

pubblicati fino ad oggi vengono valutate esclusivamente le referenze previste dal Nomenclatore Tariffario Nazionale.

L'Ente appaltante dovrebbe invece prevedere una gamma completa di referenze, effettivamente rispondente delle esigenze dell'utenza che sono molteplici e individualizzate. Inoltre, come abbiamo visto in precedenza, attraverso i percorsi di appropriatezza prescrittiva viene perseguito anche l'obiettivo economico di razionalizzazione della spesa.

TABELLA 2
ipotesi di elenco referenze e caratteristiche descrittive dei prodotti da inserire in un capitolato di gara

ELENCO PRODOTTI OGGETTO DI GARA		
PANNOLONE A MUTANDINA	TAGLIA	Indicazioni prescrittive
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria grave con o senza incontinenza fecale - Utenti allettati
PANNOLONE A MUTANDINA CON ELEVATO POTERE ASSORBENTE	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria gravissima con o senza incontinenza fecale - Utenti allettati
PANNOLONE A MUTANDINA TRASPIRANTE E/O CON DERMOPROTEZIONE	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria grave con o senza incontinenza fecale - Utenti allettati con problematiche cutanee
PANNOLONE A MUTANDINA TIPO CINTURA	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media	Incontinenza urinaria grave con o senza incontinenza fecale - Utenti deambulanti
PANNOLONE A MUTANDINA PULL UP	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria leggera - Utenti deambulanti e autosufficienti
PANNOLONE ANATOMICO SAGOMATO	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria moderata, grave e gravissima - Utenti deambulanti
PANNOLONE ANATOMICO PER INCONTINENZA LEGGERA	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Grande - Media - Piccola	Incontinenza urinaria leggera o moderata - Utenti deambulanti
PANNOLONE ANATOMICO PER INCONTINENZA LEGGERA MASCHILE	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Piccolo	Incontinenza urinaria lieve o moderata
PANNOLONE RETTANGOLARE	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
		Incontinenza urinaria moderata
TRAVERSE ASSORBENTI	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	90 X 180 CM - 60 X 90 CM	Incontinenza urinaria grave o gravissima con o senza incontinenza fecale - Prescrivibile in associazione ad altro ausilio
SISTEMA DI FISSAGGIO PER PANNOLONI E PROTEZIONI ASSORBENTI	TAGLIA	Esempi di indicazione prescrittiva
	Extra-Grande - Grande - Media - Piccola	Tale ausilio è prescrivibile esclusivamente in abbinamento ai pannoloni sagomati, a quelli rettangolari e alle protezioni assorbenti per uomo, non dotati di adesivo di fissaggio

Gli aspetti qualitativi da tenere in considerazione sono molteplici, ognuno dei quali con un'importanza specifica per il raggiungimento della soddisfazione dell'utenza.

Tabella 3: ipotesi di griglia valutativa da inserire in un capitolato di gara in merito a:

- Valutazione dei prodotti offerti
- Valutazione del servizio descritto.

TABELLA 3

Caratteristiche e funzionalità	Valutazione	Peso %
Comfort e vestibilità		15%
Traspirabilità del rivestimento		15%
Altri sistemi di dermoprotezione		10%
Superficie/Corpo assorbente		7%
Sistemi di fissaggio		10%
Barriere assorbenti		5%
Sistemi di identificazione prodotto		5%
Valutazione servizio	Valutazione	Peso %
Modalità di attivazione del servizio		3%
Soluzioni per la personalizzazione delle prescrizioni		10%
Software gestionale - Hardware		5%
Soluzioni per il contenimento spesa reale		15%
Totale punteggio		100%

Conclusioni

I *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Nel campo dell'incontinenza i LEA garantiscono al cittadino la fornitura di specifici ausili monouso per la gestione delle disabilità vescicosfinteriche, fra i quali sono ricompresi gli assorbenti. Ogni categoria di prodotti viene identificata attraverso un codice ISO e catalogata nel cd. Nomenclatore Tariffario Nazionale (N.T.N.) di cui al DM 332 del 27.8.99.

Nel tempo, l'evoluzione tecnologica ha por-

tato alla creazione e alla commercializzazione di diversi tipi di prodotti, non rientranti necessariamente nelle categorie identificate col codice ISO. Per venire incontro alle esigenze degli utenti, in molti capitolati speciali di gara si prevede lo strumento della *riconcucibilità*, cioè della possibilità di prescrivere ausili con caratteristiche similari. Nel 2008, con la presentazione del DPCM per i nuovi LEA, fu elaborato anche il "nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili", la proposta accoglieva l'esigenza di libera scelta del paziente per prodotti non uguali, ma che all'apparenza presentano caratteristiche similari, e propo-

neva inoltre una soluzione orientata al soddisfacimento dei bisogni personalizzati. Ad oggi però i nuovi LEA non sono stati ancora adottati.

Il buyer pubblico può "anticipare" queste innovazioni attraverso una gestione lungimirante della fase di costruzione e qualificazione dei capitolati di acquisto e un'opportuna scelta della procedura per l'aggiudicazione del contraente, in un'ottica di "triple win", dove vincono il canale pubblico, il paziente e il mercato.

Ciò significa, in primo luogo, prendere coscienza della caratteristica di *non standardizzabilità* del bisogno cui il servizio di ADI ed i fornitori degli ausili ad assorbenza devono rispondere. Questo principio riguarda in particolare tutti i prodotti destinati a uso diretto del paziente domiciliare e/o del care giver, quali per esempio prodotti per incontinenza, presidi per diabetici, medicazioni avanzate. Nel caso specifico, gli ausili ad assorbenza sono dispositivi "indossati" e determinano un impatto diverso sul paziente, derivante dalla qualità degli accorgimenti tecnologici e dalla "percezione soggettiva" dei medesimi, anche in relazione a medesime caratteristiche tecniche.

In secondo luogo, nel processo di selezione del dispositivo più adatto, l'obiettivo principale deve essere quello di generare valore attraverso soluzioni gestionali che conducano all'accuratezza prescrittiva e alla soddisfazione del paziente, driver questi nettamente più importanti del singolo prezzo anche per il contenimento della spesa. Tutti gli operatori sono coinvolti in questo processo: medico prescrittore, care giver, farmacista possono contribuire in modo significativo alla razionalizzazione dei consumi ed alla attuazione di un percorso di appropriatezza prescrittiva, diventando figure strategiche e driver fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi.

Infine, nel mondo dell'assistenza integrativa è veramente importante comprendere la realtà dell'area geografica in cui i servizi dovranno essere offerti, le condizioni oro-geografiche, le caratteristiche logistiche del territorio, le infrastrutture esistenti, le tipologie di ausili utilizzati, gli usi e consuetudini dei pazienti, i prezzi applicati ed i costi sostenuti.

Dal punto di vista economico è doveroso precisare che il mero confronto di prezzi è fuorviante poiché i diversi modelli distributivi generano, attraverso la razionalizzazione dei consumi, differenti percentuali di risparmio, più o meno rilevanti. Diventa quindi essenziale poter avere un'analisi della situazione di partenza che consenta di confrontare la spesa sostenuta rispetto alla spesa CONSIP, "il riferimento per la Pubblica Amministrazione", completata infine con il costo reale per ogni paziente gestito.

In dipendenza dell'analisi di cui sopra, emerge la possibilità per il buyer di utilizzare i tre strumenti contrattuali più sopra indicati: la convenzione, la gara tradizionale e l'accordo quadro. In particolare, nella gara tradizionale con il servizio di consegna a domicilio aggiudicato ad un solo contraente, il buyer non è in grado di soddisfare in termini reali il bisogno di libera scelta e di facilitazione del percorso burocratico del paziente. Tutto questo può invece essere raggiunto con gli altri due strumenti citati che, nei fatti, consentono di garantire la libera scelta anche di servizio, offrendo la possibilità di scegliere tra consegna a domicilio e/o ritiro in farmacia. In ogni caso, qualunque sia la scelta definitiva, è fuor di dubbio che la qualità dei prodotti deve essere garantita e valutata con un percorso semplificato, ma che rispecchi il comportamento in uso dei prodotti, approccio di cui abbiamo fornito nel presente lavoro l'indicazione da noi ritenuta la più indicativa.

Verso il XVII Congresso

Il XVII Congresso dovrà delineare la figura del Provveditore Economo prossimo venturo, interrogandosi sulla valenza – in un quadro, appunto, di "sanità sostenibile" – dell'acquisizione e della gestione dei beni e dei servizi. Del "chi" fa "che cosa" e "come", per rendere compatibile l'assistenza sanitaria con le risorse a disposizione. TEME vuole stimolare il dibattito pre-congressuale sollecitando i provveditori economi ad esprimersi su quello che – tradizionalmente ma, comprensibilmente – è sempre stato l'interrogativo clou di tutte le assise della FARE: qual è il futuro e la collocazione professionale del Provveditore Economo? Non è una visione rosea quella che prefigura Virgilio Frau in questo "provocatorio" e perciò stimolante primo contributo. Sarà davvero residuale la funzione acquisti? Perché la centrale acquisti è "altro" da noi? Siamo in balia della "benevolenza" altrui? Colleghi, che ne pensate, che proposte formulate?

IL DIRETTORE

L'INSOSTITUIBILE FIGURA PROFESSIONALE DEL PROVVEDITORE Virgilio Frau – Presidente ARPES

"Papà che lavoro fai? Come trascorri le tue giornate in ufficio?"

Questa è la domanda ricorrente che i miei figli, ma penso i figli di tanti Provveditori Economisti, rivolgono in famiglia. La risposta, di solito sbrigativa, è: "compro, insieme ai miei collaboratori, tutto quello che è necessario per il buon funzionamento dei Presidi della mia Azienda".

D'altronde, lo insegnano anche nei migliori corsi di formazione, comprare il bene giusto, al momento giusto, nel modo giusto e al prezzo giusto è il mio compito. La curiosità di mio figlio, forse sarà pure soddisfatta, ma oggi giorno il lavoro del Provveditore, la sua "Mission" è solo uno slogan ideale o c'è dell'altro? Eccome se c'è dell'altro!!

La verità è che stiamo cambiando il nostro modo di operare, altro che manicotti e schede di carico e scarico, di timbri e visti; tutti ti chiedono dati, te li chiede il Direttore Generale, l'Assessorato alla Sanità, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia, l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici etc. Forse ci eravamo illusi troppo presto, quando i vari consulenti avevano promesso che l'informatizzazione avrebbe risolto i nostri problemi, che tutto si sarebbe risolto con il cosiddetto "processo a cascata" e che quindi una volta inserito l'ordine, ricevuta la bolla e registrata la fattura, il mondo si darebbe aperto a noi e i "maghi" del Controllo di Gestione, con le loro slides, avrebbero soddisfatto tutte le richieste inoltrate dai nostri "clienti" interni ed esterni. I super consulenti ci hanno pure detto che la funzione acquisti diventerà presto residuale e che chiunque potrà svolgerla, magari inserito in una grossa centrale di committenza che comprerà per tutti. L'impressione, a questo punto, è che la nostra sopravvivenza, come Provveditori Economisti non dipenda tanto da noi stessi, dalla nostra professionalità o dalla nostra esperienza, dal lavoro delle nostre "Associazioni", che pure sono vivaci e piene di iniziative formative, quanto affidata alle decisioni del legislatore e alla "benevolenza" del Direttore Generale di turno, con la speranza che egli capisca che il raggiungimento dei suoi obiettivi passa anche attraverso i "buoni acquisti" ovvero le nostre "best practices" appena elencate. Ci dicono che gli impianti tecnologici saranno gestiti da una comoda centrale operativa e dalle sue splendide consolle, e funzionerà tutto premendo solo dei pratici pulsanti, in effetti l'informatizzazione sta facendo il suo corso, si parla oramai di "dati processati", di "report" e quant'altro. Sarà pure così, ma intanto il mio "vecchio geometra", che conosce a memoria gli impianti dell'ospedale e sa dove sono situate le varie valvole di chiusura, dove transitano i tubi e tutte le condutture e da dove si alimentano, tra un po' andrà in pensione ed io sono fortemente preoccupato perché forse il super tecnico esperto in informatica che lo sostituirà, in caso di guasto avrà pure il layout a video dell'impianto, ma chissà se saprà individuare e chiudere la saracinesca giusta, per quanto mi riguarda auguro, a me stesso e ai miei colleghi, di non finire "rottamati" senza capire il "perché".



ASPETTANDO IL XVII CONGRESSO FARE

Il prossimo congresso F.A.R.E. avrà luogo a Riccione, località a cui dedicheremo, a partire da questo numero, degli approfondimenti relativi a come raggiungerla, alla sua storia e a tutte le altre informazioni di carattere tecnico e turistico. Speriamo in questo modo che ciascuno di voi possa sapere comodamente tutto ciò che riterrà necessario per organizzare al meglio il proprio soggiorno e vivere un'esperienza piacevole, capace di unire l'utile del nostro stare assieme al dilettevole del ritrovarci tutti in una località ricca di attrattive.



La storia di Riccione

Riccione comincia ad avere un certo rilievo al tempo dei Romani, come luogo di ristoro per quanti percorrevano la via Flaminia fino a Roma. Era, infatti, l'ultima stazione di posta prima di Ariminum (ne esisteva una ogni 10 miglia), dove la Via Emilia si congiungeva con la Via Popilia. È un piccolo borgo medievale con il nome di Arcione (o Arzone, che significa arco della sella delle cavalcature), nel XIII secolo. Era il feudo degli Agolanti, famiglia vassalla dei Malatesta discendente da Pistoia (famiglia Tedici di origine longobarda), il cui castello sorgeva sopra un colle denominato "Tomba Bianca". Ubaldo Marchi nel 1743 citò il castello come "una delle fabbriche, anzi la migliore che sia nel territorio di Rimini". Di recente ha subito una profonda ristrutturazione che ha restituito un luogo di grande fascino da cui si gode una bellissima vista sulla costa. Ricordiamo inoltre vi dimorò la Regina Cristina di Svezia (1657) diretta a Roma. Nella storia più recente il castello fu poi abitato dal Generale tedesco Lobkiewitz e dalle sue truppe. Oggi ospita mostre d'arte e spettacoli internazionali. La caduta in disgrazia della famiglia dei Malatesta determina per Riccione l'inizio di un periodo storico difficile sotto il dominio dello Stato Pontificio.

Il Settecento e l'Ottocento sono secoli più tranquilli. Il borgo è molto piccolo: un nucleo di insediamenti abitativi che si sviluppano attorno alla chiesa di San Martino e sulla via Flaminia. Gli abitanti sono circa 1700 distribuiti in due parrocchie: San Martino e San Lorenzo. Il 96% della popolazione è analfabeta, come rileva nel 1848 il governatore dello Stato Pontificio. Il 1861 è un anno importante per Riccione: entra in funzione la Ferrovia Adriatica. Nel 1865 grazie all'operato del parroco Don Luigi Tonini, il treno omnibus della linea Bologna - Ancona effettua la fermata a Riccione facilitando notevolmente i collegamenti con l'Emilia e il nord dell'Italia. Nel 1867 vengono accolti 106 bambini affetti da scrofola (malattia similtubercolare) grazie al neo fondato Comitato per gli Ospizi Marini che, formato da personaggi influenti dell'epoca (Dr. Giovanni Giorgi, Dr. Carlo Tonini, il conte Giacinto Martinelli, Antonio Pozzi farmacista) sostiene gli effetti salutari del sole e del mare per numerose malattie. I bimbi vengono ospitati dalle famiglie del posto e condotti al mare con carri agricoli con l'assistenza di Don Carlo Tonini. Negli anni successivi inizia la costruzione delle colonie marine. I benefici della talassoterapia vengono resi noti dai rapporti medici di tutta Europa: siamo agli albori del turismo che sconvolgerà l'economia della costa. I decenni che seguono vedono la realizzazione di diversi edifici e l'ampliamento della cittadina, fino all'inizio del '900, quando avvengono cambiamenti davvero rilevanti. Maria Bormann Ceccarini, grande benefattrice di Riccione, migliora la condizione di vita dei marinai con una cospicua donazione che permette la sistemazione del Rio Melo e del porto. Sempre all'inizio del secolo viene costruita la Scuola Comunale e inaugurato il primo albergo di Riccione, l'Hotel Amati che sorge in Via Viola (l'attuale Viale Ceccarini). La Belle Epoque vedrà poi la costruzione di numerosi alberghi:





Hotel Belvedere (poi Hungaria), Hotel Ravioli, l'Hotel des Bains, l'Hotel Bolognese-Bellevue, l'Albergo Milano, la Pensione Angelici, che aprirà poi una dependance sul mare che oggi ha il nome di Hotel Baltic, l'Hotel Milano-Hungaria, l'Hotel Igea-Praga, Hotel Boemia. Vengono costruiti anche Chiese ed edifici pubblici, oltre a ville e villini per le vacanze della ricca borghesia. Famosa la villa del tenore Amedeo Bassi, trasformata poi in albergo e oggi sede delle Maestre Pie. Nel 1916 un grave terremoto arrecherà gravi danni e distruggerà la Chiesa di San Lorenzo e tanti altri edifici. Nello stesso anno il Re Vittorio Emanuele III passerà in rassegna le truppe romagnole in partenza per la guerra. Nel 1917 vengono requisiti ville ed ospizi per accogliervi i profughi provenienti dalle zone invase dalle truppe austro-ungariche e per i prigionieri di guerra. Terminata la prima guerra mondiale, nel 1919 viene inoltrata la richiesta per costituire il comune autonomo di Riccione. La richiesta al Ministero Affari Interni è motivata dalla crescente economia del turismo, della pesca e del commercio che dà alla cittadina la possibilità di affrancarsi da Rimini. Negli anni Venti vengono edificate strutture pubbliche come il Politeama Nirigua in zona San Martino, una grande struttura polivalente con migliaia di posti a sedere dove si alternano concerti, gare di motociclismo, tiro alla quaglia ecc, lo Stadium, mentre le pensioni e gli alberghi sono complessivamente 13, poiché i turisti continuano a preferire Ville e villini per le loro vacanze. Nel 1922 Riccione diviene comune autonomo con decreto regio. È il 19 Ottobre. Pochi giorni dopo i fascisti marceranno su Roma. Negli anni successivi verranno costruiti il Ponte sul Marano, il Teatro Dante, sistemata la rete stradale, abbellito il Ponte sul Rio Melo con colonnine in stile Liberty e altre opere. Nel 1926 la famiglia Mussolini trascorre le vacanze a Riccione, a Villa Terzi (proprietà del Conte Terzi), successivamente all'Hotel Lido (oggi Hotel Mediterraneo) e poi nel 1934 comprerà qui una propria residenza. Nel 1928 viene costituita l'Azienda Autonoma di Cura e Soggiorno di Riccione. Nello stesso anno i turisti si divertono con una giostra direttamente nel mare antistante il centro della cittadina che si raggiunge tramite una passerella. Nello stesso modo sono montati altalene e trampolini a circa 200 metri dalla riva. Il trabaccolo Gaetano guida turisti e residenti per brevi escursioni marine. Nel 1929 Edda Mussolini inaugura in Viale Ceccarini la Casa del Fascio (oggi sede della Polizia stradale). Viene costruito il Grand Hotel di Riccione. Con gli anni Trenta aumenta il numero degli alberghi insieme a quello dei turisti, che supera perfino i visitatori di Rimini. Con il secondo conflitto mondiale comincia un periodo molto difficile segnato anche dal passaggio della Linea Gotica, che semina nelle campagne numerosi piccoli cimiteri di guerra. Chi fa vacanza a Riccione non trova solo mare e divertimento ma entra anche in un bellissimo territorio a cui la storia ha lasciato testimonianze artistiche e architettoniche molto importanti, un territorio di grande ricchezza naturale e culturale. Nelle vicinanze, a 40 minuti di auto, c'è la bellissima Urbino, e poi, nelle colline che circondano Riccione, Gradara, Montefiore, San Leo, Ravenna e tanti altri luoghi che anche dal punto di vista gastronomico offrono un'accoglienza deliziosa.

IL CONGRESSO F.A.R.E. DI GALLIPOLI DEL 1999

Il meeting nazionale fu organizzato con il coordinamento del dottor Filippo Jacobellis, allora Presidente dell'Associazione regionale della Puglia, a Gallipoli e si svolse nei giorni dal 22 al 25 di settembre di quell'anno. Il tema designato era "Etica e professionalità nella acquisizione delle risorse per le aziende sanitarie degli anni 2000", una traccia su cui si sono sviluppati tutti gli interessanti contributi dei partecipanti che, in quell'occasione, espressero vivo entusiasmo nella progettazione del futuro da immaginare accanto ad una attenta e delicata riflessione circa l'immediato passato da cui provenivano: era appena entrato in vigore, difatti, il decreto legislativo n. 229 che integrava e potenziava i processi di aziendalizzazione del SSN. Questa duplice direttrice dell'incontro si evidenzia bene nel bilancio che l'allora presidente uscente, dottor Marco Boni, ebbe a fare a conclusione dei lavori, definendoli come *Un indicatore indiretto che la Fede ragione sta diventando un punto di riferimento per l'analisi*

e il dibattito sul processo di aziendalizzazione del S.S.N., processo in cui la componente "beni e servizi" - è ormai convinzione acquisita - si configura come importante leva gestionale. Nel contesto dell'analisi del nuovo assetto privatistico, non poteva mancare l'approfondimento del tema degli acquisti con norme, appunto, di diritto privato. Più in generale, sono stati delineati i trends evolutivi dell'approvvigionamento e la connotazione del buyer delle Aziende Sanitarie degli anni 2000. Di indubbio rilievo fu la Lettura Magistrale sul tema del congresso svolta da Sergio Zavoli, intervento che la nostra rivista pubblicò integralmente sul n. 10 di quell'anno anche in forza dei suoi elevati contenuti etici, deontologici e sociologici. Si trattava di valori fortemente auspicati per il futuro professionale del Provveditore economo, come prova un ulteriore passo tratto dalle riflessioni conclusive di Marco Boni, più precisamente quando fece riferimento a *quell'etica, mirabilmente evocata da Sergio Zavoli, che ci guida nell'impiego e nella responsabilità di lavorare per il bene comune*. Seguono ulteriori relazioni di grande rilievo scientifico e tecnologico. Tra queste, "Il manifesto della semplificazione amministrativa. Linea guida elaborata dalla Fare" di Gianni Conti, "Il ruolo del paziente nel controllo della qualità dell'assistenza sanitaria" di Padua, Romanini, Zanoli, "La gestione delle risorse alla luce del riordino del SSN, e del Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000" della dottoressa Nerina Dirindin della Direzione generale della programmazione del Ministero della Sanità, "Come acquistare. Esperienze a confronto" del prof. Ernesto Veronesi, "Modalità di acquisto e gestione del farmaco e dei prodotti sanitari. Realtà europee a confronto" con interventi di esperti in Farmaco-economia di Germania, Francia, Spagna, Belgio. Abbiamo scelto di riproporre, tra i lavori congressuali, la prolusione di Marco Boni che contiene una "citazione" della vita della Federazione e un quadro legislativo, relativo agli acquisti, tracciato per spiegare il contesto in cui si sono inseriti i lavori del XIII Congresso della F.A.R.E.:

LE FINALITÀ DEL CONGRESSO di Marco Boni

[...] Alle ragioni del congresso credo di dover premettere due parole sulle ragioni della scelta di Gallipoli come sede congressuale, del perché siamo tornati in questa terra di Puglia, dove tanti anni fa, nel 1969, fu celebrato il 3° congresso. Avevamo, come dire, un obbligo morale: quello di rispettare la volontà di uno dei padri fondatori della federazione, Vincenzo Diomede Fresa, che ormai malfermo in salute, non aveva voluto comunque mancare al nostro ultimo appuntamento triennale, quello di Viterbo, a testimonianza di un impegno per la federazione che ha accompagnato con passione tutta la sua vita. Essere qui oggi come lui aveva auspicato è credo l'omaggio più tangibile che tutta la F.A.R.E. gli rinnova. Ma non è solo per assolvere a un impegno preso che siamo qui: è anche perché l'entusiasmo, l'impegno e le capacità di una associazione, quella degli economi pugliesi tra quelle, come dire «storiche» e sempre presenti nella vita associativa della federazione, ci danno la certezza dell'organizzazione di un evento ai livelli che la F.A.R.E. merita. Ed infine la nostra presenza qui nel Salento credo possa assumere anche un valore simbolico di ringraziamento della collettività nazionale ad una terra che ormai da anni porta il peso di essere diventata una frontiera dell'Europa, con i drammatici problemi umani e sociali che ben conosciamo. È stato giustamente osservato che da questa terra non ricca sono arrivate e arrivano straordinarie prove di generosità e di impegno sociale. Un esempio di civiltà che deve essere riconosciuto dalla comunità internazionale. Se siamo d'accordo, credo che il congresso possa aderire ufficialmente alla campagna promossa per l'assegnazione del premio Nobel per la pace alle popolazioni del Salento. Il XIII Congresso F.A.R.E. cade in momento, come dire, di mutamento degli assetti strutturali del S.S.N. anche se le continue ritarature del sistema sono diventate una costante.

La riforma ter entrerà giustamente nel dibattito congressuale nei suoi aspetti generali di rimodellazione del sistema-azienda introdotto dal 502-517, ma vi entrerà più specificatamente per gli aspetti che più direttamente ci riguardano: la previsione legislativa sugli acquisti con norme di diritto privato,





quella che potremmo definire una piccola grande rivoluzione nella gestione delle forniture di un'azienda pubblica. La F.A.R.E. non può che essere favorevole ad un provvedimento che migliora le capacità negoziali della domanda, avvicinandola a quella del Buyer privato. Con la consapevolezza però che, pur con un'operatività di diritto privato, il contesto istituzionale dell'azienda-sanità rimane pubblico, se non altro in quanto agisce con impiego di risorse pubbliche. La F.A.R.E. ha già compiuto un'analisi preliminare di questa innovativa previsione legislativa e ha elaborato un primo documento, una sorta di linea guida che tende a contemperare efficacia privatistica e valori etici di comportamento negoziale che si richiamano a valori costituzionali, valori comuni prealtro al Buyer pubblico e a quello privato, a determinare quindi il punto di incontro e l'elemento che può dare coerenza all'atipico rapporto dei sistemi giuridici pubblico e privato. Un contributo per le regioni e i direttori generali delle aziende sanitarie che devono regolamentare la materia ed utile anche quale base di discussione per quel necessario confronto tra il mondo della domanda e quello dell'offerta, che si dispiegherà nei prossimi mesi e che proprio questo congresso intende inaugurare. I temi dell'approvvigionamento delle aziende sanitarie sono talmente attuali che il congresso potrà entrare, come dire, in «presa diretta» a dibattere alcuni contenuti che si vanno delineando, almeno a livello di proposta per la legge finanziaria: i tagli alle spese, ma soprattutto verrà dibattuta la ventilata ipotesi di creare agenzie regionali per gli acquisti, ottenendo, secondo i proponenti, consistenti risparmi di spesa. Prima di ogni analisi di merito - ma avremo modo nel dibattito congressuale di esplicitare le nostre valutazioni anche nel merito, non possiamo che osservare l'incoerenza e contraddittorietà del legislatore: aziende che dovrebbero operare con enfaticata autonomia imprenditoriale e atti privatistici di gestione, che devono viceversa per legge delegare gli acquisti. Etica e professionalità nell'acquisizione delle risorse è il tema del congresso, quanto mai attuale, nel momento in cui si ripropone con la legge finanziaria il tradizionale tema dei tagli di spesa in sanità: una logica ancora una volta finanziaria in un sistema che dovrebbe essere gestito con logiche economiche. Proprio nell'economicità, cioè nel minor costo (non la minor spesa) dei fattori per la qualità attesa si realizza l'etica dell'approvvigionatore pubblico. L'etica nella acquisizione delle risorse e l'altra faccia dell'etica nell'allocazione delle risorse. In un sistema di risorse finite e di bisogni sanitari tendenzialmente infiniti, allocare risorse in sanità significa non soddisfare proporzionalmente altri interessi collettivi anch'essi cosituionalmente protetti. Sono i temi generali delle politiche di Welfare, ma sono anche temi che ricadono nella quotidiana gestione delle aziende sanitarie pubbliche, nella misura in cui quotidianamente si devono compiere scelte di allocazione di risorse: l'acquisto di un bene o servizio, entrambi utili al miglioramento dello stato di salute. Ed allora, nel suo «particolare» gestionale il grande tema dell'etica in sanità si traduce per il provveditore nell'imperativo morale di dare la massima utilità alle risorse impiegate, in termini di qualità dell'acquisto, perché a questo risultato è collegata la possibilità di soddisfare ulteriori quote di bisogno sanitario. Quale Buyer pubblico per la sanità degli anni 2000 è la domanda cruciale del congresso. Un sistema che ha virato decisamente verso l'aziendalizzazione e la gestione con sistemi privatistici non può che avere un Buyer professionale. È una elementare considerazione di management, non la richiesta corporativa di una categoria che promuove una propria identità. La dismissione degli atti e delle procedure e l'approdo alla logica dei fatti e dei risultati, la competizione nel mercato delle prestazioni assistenziali, non ammettono un approccio amministrativo e burocratico all'impiego delle risorse. Avere un professionista degli acquisti e avere una risorsa strategica per la qualità delle gestione. L'acquisto dei fattori rispetto alla produzione diretta assume sempre maggior rilievo economico, quindi strategico, nella gestione delle aziende. Le aziende sanitarie stanno ripercorrendo la strada tracciata dall'imprenditoria privata in termini di incremento di ciò che si acquista, nelle diverse forme dell'outsourcing, rispetto a ciò che si produce. Le frontiere dell'approvvigionamento si aprono ormai su spazi un tempo impensabili, anche di prestazioni tecniche sanitarie di «core business». Non rivendichiamo promozioni sul campo,



chiediamo che il sistema si muova finalmente con una visione strategica, come si conviene ad un sistema di aziende vere, oltrepassando la perdurante asfittica logica del contingente. Chiediamo che venga implementato un sistema formativo strutturato per il management pubblico, collegato al sistema dell'istruzione superiore che preveda la specializzazione del «procurement», cioè negli acquisti pubblici e che questa specializzazione divenga la premessa abilitante allo svolgimento della funzione. Sotto questo aspetto ci pare che l'occasione rappresentata dall'investimento formativo che viene previsto dal riordino del sistema e dal PSN 1998-2000 non determini opportunità in questa direzione: esso appare infatti pericolosamente squilibrato sull'area medica e pressoché inesistente per la formazione dei quadri gestionali. C'è bisogno di interventi strutturali ed invece con una straordinaria continuità, anche nell'alternanza delle maggioranze politiche, il tema dei beni e servizi diviene di attualità in autunno con l'elaborazione della legge finanziaria, nella improbabile ricerca di risultati con azioni spot per il breve periodo, per riaddormentarsi con l'approvazione della legge di bilancio. La conseguenza è questa: negli ultimi dieci anni nessuno dei risparmi di spesa previsti dalle leggi finanziarie in materia di beni e servizi è stato raggiunto. In compenso, alcuni interventi strutturali previsti da alcuni anni, ad esempio l'osservatorio centralizzato dei prezzi, non hanno raggiunto la fase sperimentale. La F.A.R.E. non ha mancato di proporre ai livelli di governo centrale del sistema la realizzazione di un pacchetto di possibili interventi strutturali, praticamente a «costo zero», in grado di razionalizzare e dare efficienza al sistema degli acquisti, la creazione di un sistema formativo strutturato, come si è detto, la «deregulation» burocratica, di cui si parlerà nel congresso, la costruzione di un nomenclatore dei beni e servizi acquistati dal s.s.n. quali condizione indispensabile per dare trasparenza al sistema e una corretta leggibilità dei fatti gestionali, e quindi implementare l'osservatorio dei prezzi. Ed ancora, la razionalizzazione dei sistemi di comunicazione domanda-offerta, il superamento del medievale sistema della pubblicità sui giornali, utile solo a finanziare l'editoria, che dovrebbe invece essere finanziata, in un paese democratico moderno, dalla fiscalità generale. Nel mentre le istituzioni sono latitanti, la F.A.R.E. svolge un'azione surrogatoria in materia di aggiornamento e formazione professionale a prezzi politici, attiva una banca dati telematica per l'incontro della domanda e dell'offerta, elabora, in sinergia con altre organizzazioni professionali interessate e le organizzazioni rappresentative dei fornitori, documenti tecnici per indire gare di fornitura efficaci e trasparenti, elabora linee guida per la semplificazione amministrativa e la riduzione dei costi di interfaccia tra fornitore e cliente, fornisce alle istituzioni consulenza professionale quando devono affrontare sul piano regolamentare e legislativo le problematiche che riguardano l'acquisizione e gestione dei fattori. Questo non ci pesa. Sappiano di farlo per una giusta causa, per un valore etico che ci riporta al tema del XIII congresso. In sintesi: lavorare per il bene comune. Buon lavoro e buon congresso a tutti noi, grazie.



Al termine dei lavori congressuali, l'Assemblea nazionale dei delegati, congiuntamente al Consiglio Direttivo nazionale Fare, confermano la validità del deliberato assunto dal Consiglio direttivo il 30 gennaio 1999, di reincaricare il Direttivo Nazionale uscente per deroga statutaria. L'Assemblea Ordinaria, con deliberazione assunta in pari data, approva la proposta di deroga all'art. 12 dello Statuto sociale, ritenendo necessario ed opportuno il reincarico al Direttivo Nazionale uscente, in considerazione del particolare momento in cui si sta discutendo il cambiamento nella Sanità nei settori di competenza degli iscritti FARE, per assicurare quindi agli attuali organi statutari la necessaria continuità delle azioni intraprese, e consentire un maggiore accreditamento della FARE e delle Associazioni Regionali federate nel sistema sanitario (Ministero, Regioni, UU.SS.LL., Associazioni professionali, Associazioni fornitori etc.). In ragione di ciò alle cariche sociali furono confermati: Marco Boni - Presidente; Felice Giancaspro - vice Presidente; Alfredo Porcaro ed Emilio Perusi - Ufficio di Presidenza; Michele Mancini, Flavio Neirotti e Livio Sabena - Sindaci; Gianni Alfieri - Segretario cassiere.

Rassegna giurisprudenziale

È indirizzo prevalente nella giurisprudenza amministrativa che le imprese operanti in un determinato settore siano legittimate ad impugnare le determinazioni che riguardano le modalità di conferimento del servizio anche al solo fine di ottenere l'annullamento della gara e dell'eventuale aggiudicazione, ed il rinnovo della procedura cui aspirano a partecipare (cfr. in termini Cons. St. V, 10 settembre 2009, n.5426; 31 dicembre 2007, n.6797; 27 ottobre 2005, n.5996; 4 maggio 2004, n.2696). (...) Secondo la giurisprudenza sopra richiamata – inoltre – ai fini del riconoscimento della legittimazione all'impugnativa da parte di una impresa del settore non occorre documentare una capacità operativa paragonabile a quella del soggetto prescelto, trattandosi di elemento che assume rilevanza solo in sede di partecipazione alla gara e di valutazione comparativa delle offerte presentate dalle imprese concorrenti

Il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando, rivestendo carattere di eccezionalità rispetto all'obbligo dell'Amministrazione di individuare il privato contraente attraverso il confronto concorrenziale, richiede un particolare rigore nella individuazione dei presupposti che possono legittimare il ricorso a tale procedura. Nella fattispecie in esame, in cui la scelta della procedura negoziata di cui all'art. 57 d.lgs. n.163 è stata effettuata per "ragioni di natura tecnica",

le quali presuppongono l'esistenza di una sola impresa in grado di fornire l'autoproduttore di ossigeno medicale con i requisiti voluti dall'Azienda, era onere di questa dimostrare la "unicità" del fornitore, e la conseguente necessità di attivare la procedura negoziata. (...) Non essendo stato accertato, attraverso una puntuale indagine conoscitiva (da effettuarsi anche in ambito comunitario), che sul mercato operava una sola impresa in grado di fornire quanto richiesto dall'Azienda, non sussistevano le condizioni per la procedura negoziata, né la circostanza che [Alfa] offrisse un sistema con caratteristiche particolarmente gradite dalla Azienda poteva giustificare la deroga alla procedura concorsuale, dal momento che proprio in sede di gara pubblica potevano essere meglio apprezzate le qualità tecniche dei prodotti offerti, con la possibilità di scegliere quello maggiormente rispondente alle esigenze della Amministrazione. Anche perché il sistema di autoproduzione di ossigeno ricercato dalla Azienda non doveva possedere caratteristiche tecniche particolari se non quella di produrre ossigeno avente un grado di purezza conforme a quanto stabilito dalla normativa europea. (cfr. art. 57 comma 2, lett. b) d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)

Tratte da Consiglio di Stato, Sez. III, 19 aprile 2011, n. 2404 (Sifra S.r.l. contro Linde Medicale S.r.l. in P. e Q. Mand. Rti, nei confronti di Azienda Ospedaliera San

Camillo – Forlanini, Aifa – Agenzia Italiana del Farmaco)

L'Azienda Ospedaliera, con specifica delibera, procedeva ad acquistare direttamente dalla società [Alfa] un sistema di autoproduzione di ossigeno e uno di autoproduzione di area medicale, mediante procedura negoziata senza pubblicazione del bando, ai sensi dell'art. 57, comma 2, lett. b) d. lgs. n. 163/2006.

Tale delibera veniva così impugnata dalla società [Beta] davanti al competente Tar sotto diversi profili, tra cui l'assenza delle condizioni previste dall'art. 57 del d. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 in quanto, sosteneva, l'apparecchio prescelto dall'Azienda per la produzione di area medicale non poteva essere considerato come oggetto di privativa industriale e l'Azienda avrebbe prima individuato una determinata apparecchiatura e poi individuato le proprie esigenze, invertendo in tal modo l'iter prefigurato dall'art. 57 di cui sopra.

Il Tar ha accolto il ricorso con sentenza successivamente impugnata da [Alfa], che, in particolare, ha eccepito in via preliminare il difetto di legittimazione a ricorrere di [Beta] e, in secondo luogo, il difetto di motivazione.

[Alfa] ha affermato, in particolare, che "nessuno degli adempimenti necessari per far luogo alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando sarebbe stato effettuato dalla stazione appaltante. Ciò in

quanto l'Azienda avrebbe provveduto: a) alla individuazione delle esigenze tecniche; b) alla fissazione dei requisiti minimi e alla definizione tecnica del bene; c) allo svolgimento di una indagine conoscitiva" e che "per quanto riguarda poi l'impianto di area medicale l'affidamento senza gara è avvenuto a norma dell'art. 125 d.lgs. n.163, che prevede la non applicazione delle norme del Codice ai contratti di servizi e forniture sottosoglia".

Il Collegio ha respinto l'appello proposto sulla base delle seguenti argomentazioni.

1. In via preliminare, afferma il Consiglio di Stato, "viene anzitutto all'esame del Collegio la questione di cui al primo motivo di appello con il quale viene censurata la sentenza di primo grado nella parte in cui ha riconosciuto a [Beta] la legittimazione a ricorrere avverso la procedura negoziata intercorsa tra l'Azienda ed [Alfa]".

1.1. In merito, replica il Collegio, rigettando il motivo, "deve però rilevarsi che la sentenza appellata assume a supporto della legittimazione a ricorrere da parte di [Beta] anche la posizione di questa quale impresa operante nello stesso settore cui si riferiva la procedura negoziata intrapresa dall'Azienda". Occorre, pertanto, considerare che "è indirizzo prevalente nella giurisprudenza amministrativa che le imprese operanti in un determinato settore siano legittimate ad impugnare le determinazioni che riguardano le modalità di conferimento del



servizio anche al solo fine di ottenere l'annullamento della gara e dell'eventuale aggiudicazione, ed il rinnovo della procedura cui aspirano a partecipare (cfr. in termini Cons. St. V, 10 settembre 2009, n.5426; 31 dicembre 2007, n.6797; 27 ottobre 2005, n.5996; 4 maggio 2004, n.2696)".

Nè può aver fondamento l'eccezione prospettata da [Alfa] sul difetto di interesse di [Beta] "in quanto, non avendo un prodotto tecnicamente adeguato a quello oggetto della procedura negoziata, non avrebbe comunque potuto partecipare all'appalto per la relativa fornitura", perché, prosegue il Collegio, sempre "secondo la giurisprudenza sopra richiamata, infatti, ai fini del riconoscimento della legittimazione all'impugnativa da parte di una impresa del settore non occorre documentare una capacità operativa paragonabile a quella del soggetto prescelto, trattandosi di elemento che assume rilevanza solo in sede di partecipazione alla gara e di valutazione comparativa delle offerte presentate dalle imprese concorrenti".

Per quanto concerne la censura di illegittimità del ricorso alla procedura negoziata di cui all'art. 57, comma 2, lett. b) d.lgs. n.163/2006, il Collegio la respinge sulla base di puntuali osservazioni:

1. [Alfa] ha, in particolare, eccetto, da parte del giudice di primo grado, "una lettura errata della norma anzidetta, che prevede la possibilità di ricorrere alla procedura negoziata

senza previa pubblicazione del bando allorché "per ragioni di natura tecnica o artistica ovvero attinenti alla tutela dei diritti esclusivi, il contratto possa essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato"; e ciò in quanto la sentenza ha individuato tra le condizioni di applicabilità della norma "la sussistenza delle particolari esigenze tecniche relative alla presenza di privative industriali", non distinguendo tra le tre possibili ipotesi, ma sovrapponendo in tal modo due delle distinte ipotesi previste dalla norma, ossia le ragioni di natura tecnica e quelle attinenti alla tutela dei diritti esclusivi".

1.1. Tale censura, affirma il Collegio, risulta "del tutto pretestuosa dal momento che nella sentenza di primo grado sono state invece ben evidenziate le diverse situazioni che consentono di addivenire alla procedura negoziata, ed anzi è fatta (alle pagine 11-12) una descrizione analitica dei presupposti di fatto che debbono sussistere in relazione a ciascuna delle tre ipotesi indicate dall'art. 57, comma 2, lett. b) d.lgs. n.163, giungendo alla conclusione che nella fattispecie non ricorre alcuna di esse".

2. [Alfa] ha dedotto, altresì, che " l'Amministrazione, diversamente da quanto statuito nella sentenza, avrebbe effettuato tutti gli adempimenti presupposti dalla procedura negoziata, e segnatamente: a) la individuazione delle esigenze tecniche; b) la fissazione dei requisiti minimi e la definizione tecnica del

bene; c) lo svolgimento di una indagine conoscitiva".

2.1. Il Collegio sul punto precisa che "dagli atti di causa emerge la volontà dell'Azienda di abbandonare il sistema fino ad allora seguito di approvvigionarsi di ossigeno medicale dalle ditte produttrici per passare ad un sistema di autoproduzione, mediante l'acquisto di un apposito generatore, e ciò nell'ottica di eliminare la dipendenza dai fornitori e ridurre i costi. In vista di siffatto obiettivo si è pertanto proceduto ad individuare i requisiti che i generatori avrebbero dovuto possedere in relazione alle esigenze della Azienda", ma "se, dunque, le esigenze per le quali l'Azienda si determinava all'acquisto di un autoprodotto di ossigeno risultano ben evidenziate, e se sono stati in qualche modo precisati i requisiti tecnici minimi che dovevano caratterizzare l'autoprodotto da acquistare, è invece mancata una effettiva indagine conoscitiva volta a verificare sul mercato la platea degli operatori in grado di fornire lo strumento richiesto dall'Azienda. Al riguardo deve, infatti, osservarsi che il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando, rivestendo carattere di eccezionalità rispetto all'obbligo dell'Amministrazione di individuare il privato contraente attraverso il confronto concorrenziale, richiede un particolare rigore nella individuazione dei presupposti che possono legittimare il ricorso a tale procedura. Nella fattispecie in esame, in cui la

scelta della procedura negoziata di cui all'art.57 d.lgs. n.163 è stata effettuata per "ragioni di natura tecnica", le quali presuppongono l'esistenza di una sola impresa in grado di fornire l'autoprodotto di ossigeno medicale con i requisiti voluti dall'Azienda, era onere di questa dimostrare la "unicità" del fornitore, e la conseguente necessità di attivare la procedura negoziata. Ma di una tale indagine non v'è traccia nella delibera impugnata".

In definitiva, conclude il Collegio, "non essendo stato accertato, attraverso una puntuale indagine conoscitiva (da effettuarsi anche in ambito comunitario), che sul mercato operava una sola impresa in grado di fornire quanto richiesto dall'Azienda, non sussistevano le condizioni per la procedura negoziata, né la circostanza che [Alfa] offrisse un sistema con caratteristiche particolarmente gradite dalla Azienda poteva giustificare la deroga alla procedura concorsuale, dal momento che proprio in sede di gara pubblica potevano essere meglio apprezzate le qualità tecniche dei prodotti offerti, con la possibilità di scegliere quello maggiormente rispondente alle esigenze della Amministrazione. Anche perché il sistema di autoproduzione di ossigeno ricercato dalla Azienda non doveva possedere caratteristiche tecniche particolari se non quella di produrre ossigeno avente un grado di purezza conforme a quanto stabilito dalla normativa europea".

Cottimo fiduciario e termine dilatorio

Un nostro lettore ci chiede di sapere se il termine dilatorio di cui al comma 10 dell'art. 11 del D. Lgs. n. 163/2006 che impone alla stazione appaltante di attendere 35 giorni prima di procedere alla stipulazione del contratto sia applicabile anche al cottimo fiduciario.

Monica Piovi
Piero Fianza
PA Consultant

L'articolo 11 del D. Lgs. n.163/2006, dedicato alle fasi delle procedure di affidamento dei contratti pubblici, al comma 10 prevede che " *Il contratto non può comunque essere stipulato prima di trentacinque giorni dall'invio dell'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione definitiva ai sensi dell'articolo 79*".

Tale disposizione, inserita nel titolo I "Principi e disposizioni comuni" della prima parte del Codice dei contratti, vieta chiaramente che nelle gare ad evidenza pubblica i contratti possano essere stipulati prima che siano decorsi trentacinque giorni dalla comunicazione dell'aggiudicazione definitiva.

Il punto è stabilire se tale disposizione generale trovi applicazione anche alle gare esperite con il sistema del cottimo fiduciario.

Occorre premettere, a questo riguardo, che la disciplina quadro per le acquisizioni in economia è dettata dall'articolo 125 del D. Lgs. n. 163 del 2006.

Tale disciplina è derogatoria rispetto a quella ordinaria e

pertanto, in assenza di un esplicito richiamo non sono applicabili le disposizioni di dettaglio che disciplinano le procedure ordinarie.

In sostanza il cottimo fiduciario è una procedura negoziata che, per quanto procedimentalizzata, non esige l'osservanza di tutte le regole tipiche dell'evidenza pubblica comunitaria, ma solo il rispetto di alcuni principi fondamentali, come quelli di trasparenza e parità di trattamento (Cons. St., sez. VI, 6.7.2006, n. 4295; v. art. 125, c. 11, "Per servizi o forniture di importo pari o superiore a ventimila euro e fino alle soglie di cui al comma 9, l'affidamento mediante cottimo fiduciario avviene nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione, parità di trattamento...")

Premesso questo, la risposta al quesito del lettore è positiva e si fonda sulle seguenti considerazioni:

1) la previsione del termine dilatorio è riconducibile al principio di trasparenza e tale principio, come già anticipato, si applica anche alle procedure del cottimo fiduciario.

(T.A.R. Toscana Firenze, sez. I, 10.11.2010, n. 6570);

2) la *ratio* della dilazione obbligatoria (la giurisprudenza è pacifica in questo senso) è quella di garantire a tutti i concorrenti che si ritengano ingiustamente pregiudicati dall'esito della gara, il diritto di agire in giudizio. Si tratta di un diritto fondamentale che l'ordinamento nazionale e comunitario mostra di ritenere prioritario, anche rispetto alla esigenza di arrivare ad una rapida conclusione del contratto.

È evidente, pertanto, che la disposizione in questione debba essere applicata anche alle procedure di gara esperite con il sistema del cottimo fiduciario.

A conferma di quanto fin qui affermato, anche recentissima giurisprudenza ha ribadito, ripercorrendo i passaggi logici sopra esposti, l'applicabilità della disposizione del termine dilatorio nella stipulazione dei contratti alle procedure di gara semplificate del cottimo fiduciario (T.A.R. Lazio, sez. II ter, 11.4.2011, n. 3169).

elenco fornitori

1

**biancheria | calzature
confezioni | materassi | tessuti**

Hill-Rom
A HILLENBRAND INDUSTRY

- Superfici antidecubito di seconda generazione sia ad aria che in schiuma specifica
- Letti elettrici da degenza per la riduzione dei rischi legati alla movimentazione manuale del paziente

- Sistemi-letto polifunzionali integrabili per aree intensive
- Barelle ad elevato coefficiente di resistenza
- Servizi di noleggio di superfici antidecubito e letti studiati per l'ottimizzazione della spesa

Via Ambrosoli, 6 – 20090 Rodano (MI) – Tel. 02 950541 – Fax 02 95328578

IMAFLEX
HOSPITAL DIVISION

Azienda con Sistema Qualità certificato da DNV-UNI EN ISO 9001/2000. Materassi e guanciali antinfiamma omologati in classe-uno-i-emme dal Ministero

dell'Interno in ottemperanza a quanto previsto dal D.M. del 26.06.84 (prevenzione incendi). Materassi antidecubito, fodere, coperte, telerie.

Via Straelle, 135 – 35011 CAMPODARSEGO (PD) Tel. 049 5566488 (r.a.)
Fax 049 5566189 – hospital.division@imaflex.it – www.imaflex.it

2

**alimentazione | ristorazione | attrezzature e
manutenzione per cucine industriali**



CIR food Cooperativa Italiana di Ristorazione, con 10.516 dipendenti fra cui oltre 1.200 cuochi, è una delle maggiori aziende europee nel settore della ristorazione moderna. Nata nel 1992 a Reggio Emilia, è oggi la realtà del settore più diffusa sul territorio italiano con attività in 16 regioni e 70 province e all'estero opera in Belgio, Bulgaria, Stati Uniti e Vietnam. CIR food sviluppa la propria attività in tutti i segmenti di mercato: ristorazione collettiva (scolastica, socio-sanitaria, aziendale, per militari e comunità), ristorazione commerciale, banqueting e buoni pasto. Con 969 cucine, di cui 101 pubblici esercizi, nel 2010 CIR food ha prodotto 62 milioni di pasti per un fatturato di 398,5 milioni di € di cui il 68% generato dalla ristorazione collettiva.

COOPERATIVA ITALIANA DI RISTORAZIONE

Sede di Roma Via Tenuta del Cavaliere, 1 – 00012 Guidonia – ROMA
Tel. 0774/390368 – Fax 0774/392359

Sede Legale Via Nobel, 19 – 42124 Reggio Emilia – Tel. 0522/53011 – fax 0522 530100
e-mail: cir-food@cir-food.it – http: www.cir-food.it

io bevo
Aiuta l'ambiente

Azienda leader nella distribuzione, mediante distributori in comodato, di bevande per la prima colazione, bevande per diabetici e diabetici, piatti unici frullati, zuppe, trite, pure, e alimenti specifici per il settore sanitario.

GENERAL BEVERAGE Zona Industriale Loc. Novoleto – 54027 Pontremoli (MS) – Italy
Tel. +39 0187 832305 – Fax. +39 0187 461368 – www.iobevo.com



Gnodi Service S.r.l.: manutenzione programmata e straordinaria su attrezzature per cucine industriali – fornitura di macchinari di tutte le maggiori marche e di impianti per la ristorazione collettiva. **www.gnodiservice.it**

Kitchen Trailer S.r.l.: Vendita e noleggio di cucine mobili su container o MotorHome. Soluzioni su misura complete e di grande qualità, interamente personalizzate e immediatamente operative in qualsiasi situazione ove manchi una struttura fissa ad esempio perché ferma per ristrutturazione. Piatti freschi pronti per essere consumati appena cucinati evitando l'alterazione del sapore del cibo dovuto ad un consumo con molte ore di ritardo causate dal trasporto di un catering esterno.
www.kitchentrailer.it

GNODI GROUP Via dell'Industria, 2 – 21019 Somma Lombardo (Va)
T. 0331 969260 – F. 0331 969148



SERIST SERVIZI RISTORAZIONE S.p.A.
Ristorazione, Bar e Vending
Cap. sociale € 12.240.000,00

DIVISIONE SANITÀ Via dei Lavoratori, 116 – Cinisello Balsamo (MI)
Tel. 02 660521 – Fax 02 66011819 – www.serist.it

3

apparecchiature elettromedicali

AIR LIQUIDE
Sanità

Air Liquide Sanità Service, società leader nel settore dei gas medicinali e tecnici, potendo contare su una consolidata esperienza, un ampio know how e un'elevata professionalità, garantisce alla propria clientela ospedaliera l'intero processo di fornitura e di distribuzione di gas medicinali e tecnici,

dalla produzione all'applicazione clinica. Air Liquide Sanità Service è partner di fiducia delle strutture ospedaliere e delle equipe mediche e chirurgiche grazie alla varietà e professionalità dei servizi e prodotti offerti:

- la fornitura di gas medicinali e tecnici; i servizi ospedalieri legati alla gestione dei gas medicinali e tecnici; la progettazione e la realizzazione di impianti di distribuzione dei gas; la progettazione e la realizzazione di complesse banche criogeniche controllate con sistemi di controllo telematico; un rapporto di tipo consulenziale per la ricerca e l'elaborazione di soluzioni sempre più innovative ed efficaci.

I **gas medicinali** prodotti da Air Liquide consentono di migliorare le cure, il comfort, il benessere e la vita dei pazienti. In ambito ospedaliero, essi servono ad eseguire diagnosi, alleviare il dolore, anestetizzare e curare. A casa, essi vengono utilizzati per assistere la respirazione del paziente. I principali gas medicinali sono:

- l'ossigeno, somministrato puro in ospedale o a domicilio; il protossido d'azoto, utilizzato come anestetico o, in miscela con l'ossigeno, come analgesico; l'aria, somministrata in ospedale, in ambito chirurgico o nei reparti di pneumologia; il monossido di azoto, prescritto in ospedale nell'ambito della chirurgia cardiaca.

Air Liquide Sanità Service S.p.A. Via Alfonso Capecelatro, 69 – 20148 Milano
Tel. 02 40211 – Fax 02 4021533 – www.airliquidesanita.it

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Divisione Aesculap: Elettrobisturi – Apparecchiature per Videolaparoscopia – Trapani e sistemi motori – Aspiratori chirurgici – Neuronavigazione

Divisione Hospital Care: Sistemi per infusione e trasfusione – Accessori per linee infusionali – Pompe volumetriche peristaltiche ed a siringa – Pompe per nutrizione enterale – Sistemi automatizzati per riempimento sacche per nutrizione parenterale

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO
Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350
Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298
Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357
servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.bbBraun.it



Forniture Ospedaliere

- Apparecchiature Elettromedicali
- Ecografi – Ecocardiografi – Moc
- Materiale radiografico
- Assistenza tecnica
- Corsi di Formazione
- Sala Multimediale

EIDOMEDICA S.r.l. Via Aurelia, 678 – 00165 ROMA
Tel. 06 6650291 r.a. – Fax 06 66502953 – info@eidomedica.it – www.eidomedica.it

esaote

- Servizi
- Ecografia
- Ecocardiografia
- RM e TC
- Emergenza
- Cardiologia
- Monitoraggio
- Information Technology

Via Siffredi, 58 – 16153 Genova – Tel. 010-6547.2 – Fax 010-6547275
Via Di Caciolle, 15 – 50127 Firenze – Tel. 055-4229.2 – Fax 055-434011
www.esaote.com

GE Healthcare



GE Healthcare produce tecnologie mediche e servizi dedicati che stanno ridefinendo una nuova era nella cura dei pazienti. La nostra esperienza nell'imaging medicale, nella diagnostica, nelle tecnologie informatiche, nei sistemi di monitoraggio paziente, nella ricerca su nuovi farmaci e nello sviluppo di tecnologie dedicate alla ricerca farmacologica, sta aiutando i ricercatori e i clinici a sviluppare migliori cure per un maggior numero di persone nel mondo, a un costo minore. Inoltre, GE Healthcare collabora con i leaders del settore healthcare, impegnandosi a sostenere i cambiamenti nelle strategie globali necessarie per implementare un cambiamento di successo verso sistemi di cura sostenibili. La visione del futuro "Healthymagination" di GE invita tutti a partecipare a questo viaggio, poiché GE sviluppa continuamente innovazioni focalizzate sulla riduzione dei costi, maggiore accesso alle cure e una migliore qualità ed efficienza in tutto il mondo. GE Healthcare, con sede in Gran Bretagna, è un business da 16 miliardi di dollari di General Electric Company (NYSE: GE). GE Healthcare al mondo può vantare più di 46.000 persone impiegate, al servizio dei professionisti della sanità e dei loro pazienti in più di 100 nazioni.

GE Healthcare via Galeno, 36 – 20126 Milano – tel 02 26001111 – fax 02 26001119
www.gehealthcare.com

elenco fornitori



MAQUET GETINGE GROUP

DIVISIONE CRITICAL CARE

Il Gruppo MAQUET è leader mondiale nelle tecnologie mediche e la divisione **CRITICAL CARE** si propone come partner ideale nel fornire apparecchiature tecnicamente all'avanguardia in sala operatoria e terapia intensiva.

La tecnologia "SERVO" è da lungo tempo riconosciuta come gold standard nel mercato della ventilazione meccanica. La piattaforma ventilatoria SERVO-i in terapia intensiva, in tutta la sua gamma, soddisfa le esigenze profondamente diverse dei pazienti adulti, pediatrici e neonatali. L'innovativo sistema di monitoraggio dell'attività elettrica del diaframma tramite sondino dedicato permette un'analisi della meccanica respiratoria del paziente senza precedenti. Il ventilatore FLOW-i rappresenta un punto di svolta in anestesia poiché sfrutta tutta l'esperienza della tecnologia "SERVO" per garantire elevate performance ventilatorie anche in sala operatoria. **MAQUET Critical Care**, un unico partner per molteplici soluzioni tecnologicamente avanzate e dedicate al paziente.

MAQUET Italia S.p.A.

Critical Care Via Gozzano, 14 – 20092 Cinisello B. (MI)

Tel. 02 6111351 – Fax 02 611135261 – www.maquet.com

MAQUET GETINGE GROUP

DIVISIONE SURGICAL WORKPLACES

MAQUET è leader mondiale nelle tecnologie mediche e la divisione Surgical Workplaces si propone come partner in sala operatoria e terapie intensive per: tavoli operatori, lampade scialitiche, integrazione di sale operatorie, stativi pensili, sale

operatorie e aree critiche prefabbricate nonché blocchi operatori chiavi in mano. La filosofia adottata da Maquet si basa sulla ricerca di innovazioni tecnologiche che promuovono e supportano la migliore e naturale interazione macchina-paziente in modo da fornire al clinico gli strumenti idonei a tale scopo. **MAGNUS**: è il nuovo sistema operatorio a piani trasferibili creato da MAQUET per semplificare il lavoro del personale e per ottimizzare i processi in sala operatoria. **ALPHAMAQUET 1150**: il sistema a piani trasferibili più affidabile è commercializzato con ben 12.000 unità sparse sull'intero territorio mondiale. **POWERLED**: nuova lampada scialitica con tecnologia a LED di ultima generazione, con una resa di visibilità sul campo operatorio unica ed adatta a tutte le tipologie di chirurgia. **MAQUET OR-INTEGRATION**: è l'innovativo sistema di integrazione di tutti i segnali audio-video presenti in sala operatoria. **ALPHA-PORT, MODUTEK**: MAQUET offre la più ampia gamma di pensili da sala operatoria e terapie intensive che il mercato oggi proponga, funzionalità, ampia possibilità di cablaggio interno per tutte le esigenze, maneggevolezza e design accattivante rendono questi prodotti unici nel loro segmento.

VIARIOP: è la sala operatoria prefabbricata in acciaio inox verniciata prodotta da MAQUET sin dal 1968 con ben 500 installazioni sul territorio.

MAQUET Italia S.p.A.

Surgical Workplaces Via Gozzano, 14 – 20092 Cinisello B. (MI)

Tel. 02 6111351 – Fax 02 611135261 – www.maquet.com



Sapio Life è la società del Gruppo Sapio – leader nel settore dei gas tecnici e medicinali, puri e purissimi e liquidi criogenici – che opera in ambito sanitario con strutture e tecnologie dedicate sia ai servizi di home care, sia alle strutture ospedaliere pubbliche e private.

SANITÀ E SERVIZI OSPEDALIERI: • Fornitura di gas medicinali • Realizzazione e manutenzione di impianti di distribuzione gas medicinali • Servizi ospedaliere: global service, monitoraggio ambientale, accessori, monouso • Reparti specialistici "chiavi in mano" • Criobiologia: congelatori programmabili, contenitori per il trasporto e lo stoccaggio in azoto liquido.

HOME CARE: • Ossigenoterapia • Dispositivi respiratori: ventilazione meccanica, aerosol, monitoraggio, sindrome delle apnee nel sonno, SIDS • Nutrizione artificiale • Ausili terapeutici • Assistenza domiciliare integrata • Servizio di assistenza tecnica dispositivi medici: collaudi, manutenzione ordinaria e straordinaria.

SAPIO LIFE S.r.l. Via Silvio Pellico, 48 – 20052 MONZA (MI)

Tel. 039 8398 2 – Fax 039 2026143 – sapio@sapio.it – www.grupposapio.it

TOSHIBA

Sistemi Ecografici digitali con Doppler Pulsato, Continuo e Color Doppler per applicazioni addominali, ostetrico-ginecologico, periferico-vascolare, cardiologico, urologico. **Sonde** specialistiche, intraoperatorie, laparoscopiche e per biopsia. **Sistemi di Tomografia Computerizzata Volumetrica/Spirale – Multislice – Risonanza Magnetica – Radiologia Polifunzionale Computerizzata – Angiografia Digitale – Sistemi per Emodinamica ed Angioplastica – Mammografia.**

Toshiba Medical System S.r.l. Via Canton, 115 – 00144 ROMA

Tel. 06 520771 – Fax 06 5295879 – itatosh@tmse.nl – www.toshiba-europe.com
Serv. Tecnico: Tel. 06 52077208 – Fax 06 5204739



VIGLIA s.r.l.

Apparecchiature elettromedicali e scientifiche

Sede legale e operativa: C.so G. Ferraris, 105 – 10128 TORINO

Tel. 011 5805202 (r.a.) – Fax 011 5805210 – info@viglia.it – www.viglia.it

4

apparecchiature e servizi di sterilizzazione

3M Salute

3M, attiva da decenni nel campo della Sterilizzazione, è oggi in grado di fornire, accanto a tecnologie e prodotti di elevato standard qualitativo – **confezionamento e**

indicatori per il monitoraggio dei processi – che superano tutte le indicazioni normative correnti, anche e soprattutto presenza a fianco del cliente con **servizi di elevato valore aggiunto** (consulenza per l'accreditamento e la certificazione ISO, strutturazione di protocolli operativi, servizi di addestramento e formazione, etc.), tutti basati sulla consapevolezza che solo personale preparato e qualificato è in grado di gestire le complessità e le criticità di un così importante processo ospedaliero.

3M – ITALIA S.p.A. Via S. Bovio, 3 – Loc. S. Felice – 20090 SEGRATE (MI)

Tel. 02 70351 – Fax 02 70352049 – Numero Verde 167 802145

BRAUN

SHARING EXPERTISE

Divisione Aesculap

Autoclavi – Containers ed accessori

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO

Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350

Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298

Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357

servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.bbraun.it

5

apparecchiature radiologiche ed accessori

AGFA HealthCare

Apparecchiature e pellicole radiologiche tradizionali e sistemi digitali di gestione e archiviazione immagini.
www.agfa.com/healthcare

Agfa-Gevaert s.p.a. Via Gorki, 69 – 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel. 02 3074.2 – Fax 02 3074442

Carestream HEALTH

Carestream Health nasce dallo scorporo del business medicale di Eastman Kodak Co.

Offre prodotti e soluzioni a marchio Kodak per l'imaging medicale, dentale, molecolare e per la radiografia industriale: film, chimici, direct e computed radiography, sistemi RIS/PACS, CAD, soluzioni di archivio immagini, servizi customer care e professionali.

CARESTREAM HEALTH ITALIA Viale Matteotti 62 – 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)

Tel. 02 660981 – www.carestreamhealth.com



Trade Art 2000

Trade Art 2000 S.r.l. Via della Pisana, 1353 – 00163 ROMA – Tel. 06 65771711 r.a.

Fax 06 65771718 – info@tradeart2000.com – www.tradeart2000.com

Attrezzature diagnostica per immagini

6

arredamento | mobilio

Favero Health Projects

Favero Health Projects S.p.A.

Via Schiavonesca Priula, 20

31030 Biadene di Montebelluna – Treviso-Italy

Tel +39 0423 6125 – Fax +39 0423 612680

info@favero.it – www.favero.it

www.hospitalfavero.com

Azienda certificata UNI EN ISO 9001: 2000



PROGETTAZIONE COSTRUZIONE ARREDAMENTI PER OSPEDALI – CLINICHE – ISTITUTI – CASE DI CURA – COMUNITÀ – RESIDENZE ASSISTITE
PROGETTAZIONE E COSTRUZIONE BLOCCHI OPERATORI

INDUSTRIE GUIDO MALVESTIO S.p.A.

Via Caltana, 121 – 35010 VILLANOVA (Padova) – Italy

Azienda certificata ISO 9001:2008 – ISO 13485:2003

Tel. 049 9299511 – Fax 049 9299500 – info@malvestio.it – www.malvestio.it

elenco fornitori

7

articoli sanitari | dispositivi medici e prodotti farmaceutici

3M Salute

Prodotti monouso in TNT per la copertura del paziente in sala operatoria, camici chirurgici in TNT, teli da incisione iodati e non, rasoi per tricomia, mascherine chirurgiche. Prodotti per la medicazione di cateteri intravascolari, cerotti per la sutura e la medicazione di ferite chirurgiche, prodotti per la prevenzione e la cura delle ferite croniche. Bende sintetiche per immobilizzazioni rigide e semirigide, stecche preconfezionate.

3M - ITALIA S.p.A. Via S. Bovio, 3 - Loc. S. Felice - 20090 SEGRATE (MI)
Tel. 02 70351 - Fax 02 70352049 - Numero Verde 167 802145

AMGEN Dompé

Bioteologie applicate al settore farmaceutico
La nascita di **Amgen Dompé** trae origine dalla solida collaborazione stretta in Italia dal gruppo Amgen e dal gruppo Dompé. **Amgen Dompé** vuole sostenere nel nostro Paese, con la sua esperienza e con lo sforzo della ricerca del Gruppo Amgen, l'innovazione biotecnologica, focalizzata alla terapia di patologie gravi e invalidanti, in tre aree chiave: oncologia, nefrologia ed ematologia.

Amgen Dompé S.p.A. Via Enrico Tazzoli 6 - 20154 Milano (MI)
Tel. 02 6241121 - Fax 02 29005446

ARTSANA

Gruppo industriale e commerciale per la produzione e la vendita di articoli destinati alla medicazione, all'incontinenza, alla venipuntura e di articoli sanitari vari.

ARTSANA S.p.A.
Sede Sociale: Via Saldarini Catelli, 2 - 22070 Grandate Como (Italia)
Sede secondaria: Via Mentana, 21/B - 22100 Como (Italia)
Tel. 031 382111 (ric. aut.) - Fax 031 382400 - Telex 380253

AstraZeneca

ASTRAZENECA S.p.A.
Palazzo Volta - Via F. Sforza
20080 Basiglio (MI)
www.astrazeneca.it

I numeri per contattarci:

- Centralino	Tel. 02 98 011
- Biblioteca	Tel. 02 98 01 57 61
- Ufficio Gare	Tel. 02 98 01 65 78
- Customer Service Hospital numero verde	Tel. 800 33 42 98
- Customer Service Hospital numero verde	Fax. 800 30 23 50
- Responsabile relazioni istituzionali	Tel. 02 98 01 53 84

Boston Scientific

La **Boston Scientific** è un'azienda a livello mondiale che sviluppa, produce e distribuisce dispositivi medici. Da oltre 30 anni la **Boston Scientific** si dedica al miglioramento delle procedure mediche meno invasive grazie ad un ampio e dettagliato portafoglio di prodotti, tecnologie e servizi innovativi che coprono una vasta gamma di specialità mediche.

Diffusi a livello mondiale, i prodotti della **Boston Scientific** consentono a medici ed altri professionisti del settore di migliorare la qualità della vita dei pazienti fornendo alternative all'intervento chirurgico.

Boston Scientific Spa Viale Forlanini, 23 - 20134 Milano - Italy - Tel. +39 02 269830

BRAUN

SHARING EXPERTISE

Divisione Aesculap: Suture - Protesi vascolari - Filtri per vena cava - Sistemi totalmente impiantabili - Sostituti durali - Reti chirurgiche - Drenaggi post-operatori - Emostatici - Strumentario per chirurgia mininvasiva - Strumentario chirurgico specialistico e di base - Protesica anca e ginocchio - Osteosintesi - Prodotti per colonna vertebrale - Artroscopia - Sistemi di navigazione per ortopedia e neurochirurgia - Prodotti per cardiologia interventistica e diagnostica - Prodotti per monitoraggio emodinamico - Accessori per elettrofisiologia.

Divisione Hospital Care: Siringhe e cannule - Sistemi per venipuntura centrale e periferica - Sistemi per anestesia spinale, epidurale e del plesso - Cateteri uretrali - Sistemi di misurazione e drenaggio delle urine - Prodotti e presidi per nutrizione enterale e parenterale - Soluzioni infusionali e per irrigazione.

Divisione OPM: Presidi per colo, ileo ed urostomizzati - Presidi per la raccolta dei liquidi di drenaggio - Presidi per la raccolta di urina - Cateteri vescicali idrofili per il cateterismo intermittente - Sistemi per la gestione del catetere vescicale a permanenza.

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 - 20161 MILANO
Tel. 02 66218.2 - Fax 02 66218 290 - Customer Service - Fax 02 66243 350
Div. Aesculap - Fax 02 66243 310 - Div. Hospital Care - Fax 02 66218 298
Div. Out Patient Market - Fax 02 66218 357
servizio.clienti@bbraun.com - info.bbitalia@bbraun.com - www.bbraun.it



Aghi da Biopsia, ossea e midollare - Sistemi di aspirazione monouso per liquidi biologici (Medivac) - Guanti chirurgici sterili, specialistici - Tessuto non tessuto per sale operatorie (Convertors) - Set Procedurali (Custom Sterile) - Prodotti AirLife per ossigenoterapia ed aerosolterapia - Nebulizzazione riscaldata AirLife (kit per nebulizzazione, circuiti, riscaldatori).

CAREFUSION ITALY 208 S.r.l. Via Ticino, 4 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. +39 055 303391 - Fax +39 055 340025 - www.carefusion.com



Via del Mare, 56
00040 PRATICA DI MARE - POMEZIA (RM)
Tel. 06 91194328 - 06 91194546 - Fax 06 91194349

Distrex

Partner in chirurgia
SUTURE CHIRURGICHE E MONOUSO SPECIALISTICO

PARTNER IN CHIRURGIA

Distrex S.p.A. Via P. Donà, 9 - 35129 PADOVA
Tel. 049 775522 r.a. - Telefax 049 8073966



Suture assorbibili e non assorbibili per chirurgia tradizionale e mininvasiva, adesivi cutanei, reti, protesi, sistemi di drenaggio e prodotti speciali per sala operatoria.

Via del Mare, 56 - 00040 PRATICA DI MARE - POMEZIA (RM)
Tel. 06 911941 - Fax 06 91194290

Servizio clienti Tel. 06 91194500 - Fax 06 91194505 - cservice@ethit.jnj.com



Suturatrici Meccaniche Interne, Sistemi per Emostasi, Prodotti per Laparoscopia, Line Cardiovascolare, Breast Care, Ultracision

Via del Mare, 56 - 00040 PRATICA DI MARE - POMEZIA (RM)
Tel. 06 91194327 - Fax 06 91194290



Vendite Ospedaliere
Pannolini e salviettine per bambini - Ausili per incontinenti - Assorbenti igienici femminili e proteggitisip - Assorbenti interni - Prodotti per l'igiene della persona. Azienda certificata ISO 9001:2008

Via A. Volta, 10 - 65129 PESCARA
Tel. 085 4552554 - Fax 085 4552552 - legnini.a@fater.it - www.fater.it



La realizzazione pratica di quanto **Fe.Ma** intende proporre all'Ente Ospedaliero pubblico e privato, consiste nella messa in opera di un "global service" che si articola nella:

- Progettazione di S.O. e Gestione della Centrale di Sterilizzazione;
- Somministrazione di materiale monouso in tessuto non tessuto per sala operatoria, Custom Pack "Fe.Ma"
- Kit ambulatoriali (cateterismo vescicale, sutura, etc.) "Fe.Ma"
- Camici, teli, coperture "Fe.Ma"
- Fornitura e noleggio di strumentario Chirurgico Tedesco "AS"
- Lampade Scialitiche
- Mobili e Arredi in Inox "Blanco"
- Mobili e Arredi per ufficio "Styl Office"
- Fornitura di Strumentario chirurgico monouso Inox Sterile "Fe.Ma"

Fe.Ma Srl Via Rosa Luxemburg, 23/25 - 20085 Locate di Triulzi (MI)
Tel. 02.90470177 - Fax 02.90470049 - www.femaservizi.com - info@femaservizi.com



Gynecare, divisione della Johnson & Johnson Medical Spa, orientata alla costante ricerca e diffusione di soluzioni per la salute della donna nel campo ginecologico e urologico femminile.

GYNECARE Via del Mare, 56 - 00040 PRATICA DI MARE - POMEZIA (RM)
Tel. 06 91194210 - Fax 06 91194290 - info.gynecare@ethit.ny.com



GlaxoSmithKline S.p.A.
Via A. Fleming, 2 - 37135 - Verona
Centralino: 045 921 8111
Direzione Affari Regionali:
Tel. 045 921 9819 - Fax: 045 921 8097
Mail: onfrio.n.palombella@gsk.com

elenco fornitori



Dispositivi medici monouso sterili in TNT per sala operatoria (teli, set, camici, kit procedurali, guanti chirurgici, cotone radiopaco), strumentario in acciaio monouso, medicazione classica e avanzata, bende di fissaggio, supporto ed elastocompressione, guanti da esplorazione, ausili assorbenti per l'incontinenza, prodotti per l'igiene dell'ospite e strumenti per l'autodiagnosi.

PAUL HARTMANN SPA Via della Metallurgia, 14, zai 2 - 37139 Verona
Tel. 045 8182411 - fax 045 8510733 - www.hartmann.info - info@it.hartmann.info



- Dispositivi medici ed accessori per stomia.
- Dispositivi medici per il trattamento delle ferite.
- Dispositivi medici per il drenaggio di ferite e fistole.

• Dispositivi medici per la gestione di continenza ed incontinenza urinaria.

dansac Azienda che da anni si dedica alla produzione di dispositivi medici mono e due pezzi per la cura e la gestione di colico, ileo e urostomie.

Hollister S.p.A. Strada 4 - Palazzo 7 - Centro Direzionale MilanoFiori - 20090 Assago (MI)
Tel. 02 8228181 - Fax 02 57518377 - www.hollister.it - www.dansac.it



DIVISIONE CARDIOVASCULAR
MAQUET Cardiovascular si è affermata come leader di mercato nel settore della Cardiocirurgia, della Cardiologia Interventistica e della Chirurgia Vascolare. Con le sue quattro linee di prodotti, Cardiopulmonary, e Vascular Intervention è oggi in grado di fornire sistemi di

Cardiac Assist, Cardiac Surgery e Vascular Intervention è oggi in grado di fornire sistemi di elevata tecnologia e soluzioni innovative.

La linea **Cardiopulmonary** offre una gamma completa di prodotti, hardware e disponibile, per la circolazione extra-corporea: Ossigenatori, Emofiltrari, Circuiti, Scambiatori di calore, Elettrodi stimolatori, Pompa Centrifuga, Circuito CEC miniaturizzato. È leader nel campo del supporto cardiocircolatorio e polmonare (ECMO) con i sistemi PLS e Cardiohelp.

Cardiac Assist offre una gamma completa di soluzioni personalizzate per la terapia con contropulsazione aortica, utilizzata nello shock cardiogeno, nello scompenso cardiaco acuto, nelle aritmie cardiache e come supporto nella chirurgia a cuore aperto e nell'angioplastica coronarica.

Cardiac Surgery fornisce soluzioni tecnologicamente avanzate per la chirurgia a cuore battente: shunt coronarici, sistema Acrobat per la stabilizzazione coronarica e Heartstring sistema di anastomosi prossimale sull'aorta. Inoltre questa linea comprende un sistema di prelievo endoscopico di vene e arterie per by-pass coronarici: Vasoview Hemopro.

Vascular Intervention, costituita da due brand di altissima qualità nel campo delle protesi vascolari, Intergard e Hemashield, offre un supporto completo ai cardiocirurghi e ai chirurghi vascolari nel trattamento degli aneurismi aortici toracico-addominali e nelle procedure vascolari periferiche. Fra i prodotti più avanzati di questa linea vi sono le protesi Silver con trattamento antibatterico all'argento e le protesi ibride Fusion che uniscono i vantaggi del poliestere a quelli del PTFE.

MAQUET Italia S.p.A. Cardiovascular Via Gozzano, 14 - 20092 Cinisello B. (MI)
Tel. 02 6111351 - Fax 02 611135261 - www.maquet.com



Prodotti per anestesia, rianimazione, cure intensive, cardiologia.

MEDICA VALEGGIA S.p.A. Via P. Donà, 9 - 35129 PADOVA
Tel. 049 775477 - Fax 049 775884



Produzione e commercializzazione di sistemi biomedicali all'avanguardia per il trattamento delle malattie croniche.

Medtronic Italia offre molteplici soluzioni cliniche e tecnologie innovative in varie aree terapeutiche: Aritmie Cardiache, Cardiocirurgia, Vascolare, Neurologia, Chirurgia Vertebrale, Diabete, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria e Tecnologie Neurochirurgiche.

Medtronic Italia S.p.A. Piazza Indro Montanelli, 30
Tel: +39 02.24137.2 - Fax: +39 02.24138.2 - www.medtronic.it



Novartis Farma S.p.A.
Largo U. Boccioni, 2 - 21040 Origgio (VA)
Tel. 02.96541
www.novartis.it



Pall Corporation è Leader nella **Filtrazione di Fluidi** nel Settore Industriale, Farmaceutico e Medico. La Filtrazione è una sofisticata tecnologia che permette la purificazione da particelle e microrganismi di olii, aria, vapore, fluidi complessi e acqua. Pall Lifesciences comprende la Divisione Farmaceutica dedicata alla filtrazione e validazione nella produzione di farmaci e la Divisione Medical dedicata all'area Sanitaria.

Divisione Life Sciences
La filtrazione in ambito sanitario comprende **Dispositivi Medici con Marchio CE quali filtri per Cardiocirurgia, produzione Emocomponenti, Laparoscopia, Ventilazione Meccanica, Terapia Endovenosa e Rete Idrica**. La Struttura di Pall Italia Comprende uno stabilimento di produzione sacche per Emocomponenti ad Ascoli Piceno. Lo stabilimento è bacino di utenza per Europa, Australia e Nuova Zelanda. Filtri per la trasfusione di sangue ad alta efficienza di rimozione leucocitaria. Sistemi di separazione cellulare per la concentrazione di cellule staminali. Sistemi di protezione della rete idrica sanitaria quali step di pre filtrazione e filtri sterilizzanti al punto d'uso per i pazienti ad alto rischio di contaminazione da patogeni dell'acqua.

Laboratori Life Sciences
La nuova sede di Pall Italia a Milano, comprende il **Laboratorio Europeo di Pall LifeSciences** certificato ISO 9001: Vision 2000, sito di **Validazione e Certificazione** di step di filtrazione in ambito Farmaceutico e analisi delle **Acque Sanitarie**.

Pall Italia S.r.l. Via Emilia 26 - 20090 Buccinasco (MI)
Tel. 02 488870.2 - fax 02 4880014 - www.pall.com



Roche S.p.A.
Viale G.B. Stucchi, 110 - 20052 Monza (MI)
Tel. linea verde 800 821145 - Fax linea verde 800 824038



Servizi Sanitari Territoriali

La **SESAT** s.r.l., leader sul territorio da oltre 15 anni, offre un servizio di consegna direttamente a domicilio degli assistiti dei seguenti presidi: **stomia** (sacche, placche per colo/ileo/uro stomia, ecc.) **caterismo** (cateri interni, esterni, sacche urina, ecc.) **diabetici** (strisce, lancette, aghi, siringhe, ecc.) **ortopedici**

La gamma di prodotti che SESAT offre è la più completa presente sul mercato, dispone infatti dei presidi di **tutte le principali case produttrici**, garantendo così la **"libera scelta"** all'utente finale.

La consegna domiciliare della fornitura è più conveniente per l'Ente e più soddisfacente per l'Assistito, perché offre una serie di vantaggi:

- sconto in sede di gara, di sicuro interesse sui prodotti
- servizi offerti *ad hoc* finalizzati all'ottimizzazione della spesa, che comportano un ulteriore sconto aggiuntivo
- risparmio sugli eventuali costi dovuti alla distribuzione diretta da parte degli Enti
- ottimo rapporto Costo/Beneficio per l'Assistito
- personale specializzato a disposizione degli assistiti e delle amministrazioni.

Grazie ad una politica di dialogo costante ed approfondita con tutti gli operatori sanitari, la SESAT rappresenta il partner migliore per le Aziende A.S.L.

SESAT - De Rosa s.r.l. Via della Stazione, snc - 81030 Gricignano di Aversa (CE)
Tel. 081.8133388 - Fax 081.8133424



Da oltre 150 anni **Smith & Nephew** sviluppa dispositivi medici innovativi per gli operatori sanitari di tutto il mondo ed è leader in ognuno dei segmenti nei quali è focalizzata:

Ortopedia, Wound Management ed Endoscopia. La divisione Endoscopy è leader di settore perché offre una gamma di prodotti unica oltre a numerosi servizi a valore aggiunto che la rendono un partner più che un fornitore. Il suo catalogo include telecamere 3 CCD Full HD endoscopiche e tutti gli accessori per la visualizzazione, il trattamento e l'archiviazione dell'immagine, sistemi di resezione meccanica, manuale e a radiofrequenza, dispositivi elettromedicali per la gestione della pressione intracollare. Gli strumentari chirurgici e i relativi impianti per la riparazione dei tessuti molli per Ginocchio, Spalla, Piccole Articolazioni ed Anca ne completano il portfolio.

Nell'ambito del Wound Management Smith & Nephew è leader nel settore delle medicazioni avanzate. Il suo portafoglio prodotti è il più completo del mercato ed include medicazioni, farmaci e dispositivi elettromedicali (come la terapia a pressione negativa - NPWT) per la cura di ferite croniche, acute ed ustioni. Con un patrimonio di competenze che non ha uguali nel wound care, offre supporto clinico, formativo e gestionale, per favorire la diffusione di un approccio orientato all'efficienza ed all'appropriatezza delle cure.

Smith & Nephew Ortopedia è uno dei principali soggetti sul mercato mondiale nella traumatologia e nella ricostruzione articolare. Da sempre impegnata nella ricerca e sviluppo, si propone nel settore ortopedico con tecnologie sempre più innovative al fine di ottenere soluzioni protesiche anche per pazienti giovani ed attivi, per garantire agli stessi il minor impatto chirurgico ed il massimo recupero funzionale. La formazione, la comunicazione e la diffusione delle conoscenze in ambito ortopedico sono da sempre importanti obiettivi volti a soddisfare le sempre crescenti esigenze degli ortopedici.

Smith & Nephew S.r.l. Via De Capitani, 2a - 20864 Agrate Brianza (MB)
Tel. 039 60941 - Fax 039 651535

elenco fornitori

8

attrezzature e prodotti di laboratorio



A.MENARINI DIAGNOSTICS S.r.l.
Via Sette Santi, 3 – 50100 Firenze
Tel. 055 5680233 / 5680304 – Fax 055 5680216
diaggare@menarini.it – www.menariniagnostics.it



Sistemi originali **ONETOUCH® Ultra®, ONETOUCH® Ultra*2, ONETOUCH® UltraSmart™ e ONETOUCH UltraEasy™**

LIFESCAN ITALIA Divisione della Johnson & Johnson Medical SpA
Sede operativa: Via Chiese, 74 – 20126 Milano (MI)
Tel.: 02 647421 – Fax: 02 6431326 – www.LifeScan.it

SIEMENS

Siemens Healthcare Diagnostics è l'azienda leader a livello globale nella diagnostica clinica, impegnata nel mettere a disposizione dei propri clienti in tutto il mondo

le informazioni cliniche utili per ottenere screening accurati, diagnosi precoci, trattamento, monitoraggio e terapia del paziente.

Il **portafoglio prodotti** comprende: chimica clinica, immunochimica, sistemi integrati, plasma proteine, farmacotossicologia, sistemi di automazione, ematologia, emostasi, analisi urine, infettivologia, biologia molecolare, batteriologia, diabetologia, emogasanalisi, funzionalità piastrinica, analisi d'urgenza e test rapidi droghe.

Siemens Healthcare Diagnostics S.r.l. Viale Piero e Alberto Pirelli, 10 – 20126 Milano
Tel. 02 243 67 593 – Fax 02 243 67 659

9

cancelleria | macchine per ufficio | tipografie



**OFFSET – TIPOGRAFIA
RILIEVO – SERIGRAFIA**

Via G. Mazzoni, 39/A – 00168 ROMA
Tel. 06 6243159 – Fax 06 6140499

10

detersivi | detergenti | disinfettanti

B | BRAUN

SHARING EXPERTISE

Divisione OPM

Antisettici e disinfettanti per trattamento di: mani, cute, ferite, mucose, strumenti, apparecchiature e superfici.

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO
Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350
Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298
Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357
servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.bbitalia.com

11

lavanderia | noleggio | accessori
| attrezzature



Servizi di lavaggio con noleggio di biancheria, divise ed effetti di guardaroba per Reparti Sanitari e Comunità. Sterilizzazione kits per sala operatoria.

Via Pontina km 31,700 – 00040 Pomezia (RM) – Tel. 06 911861 – Fax 06 9107077
info@lavin.it



Servizi di detergenza, noleggio e gestione dei prodotti tessili di uso sanitario, disinfezione e sterilizzazione di tessuto e strumentario chirurgico

Padana Everest S.r.l. Sede e stabilimento: Via Sambrioli, 2 – Travagliato (Bs)
tel. 030 6869311 fax 030 660507 – posta@padanaeverest.it
Unità produttiva di Podenzano (Pc) Via 1° Maggio, 125



Servizi ed idee per la sanità
Lavaggio e noleggio biancheria e materasseria
Sterilizzazione biancheria e strumentario chirurgico.

Servizi Italia S.p.A.

Sede Legale e Amministrativa: Via San Pietro, 59/4 – 43019 Castellina di Soragna (PR)
Tel. 0524 598511 – Fax 0524 598232
sede@si-servizitalia.com – www.si-servizitalia.com

12

materiali e macchine per l'igiene ambientale
| prodotti per l'igiene personale



Servizi di igiene e sanificazione
per ospedali e strutture sanitarie.

COOPSERVICE S. Coop. p.a. Via Rochdale, 5 – 42122 Reggio Emilia
Tel. 0522 94011 – Fax 0522 940128 – info@coopservice.it – www.coopservice.it



Prodotti monouso per l'assistenza dei pazienti
incontinenti e per l'igiene personale dell'ospite.

SCA HYGIENE PRODUCTS Via S. Quasimodo, 1220025 Legnano (MI)
Centralino: 0331 443811 – Fax 0331 443881
servizio clienti incontinence: Tel. 0331 443895 – Fax 0331 443883



PFE S.p.A. offre supporto professionale e completo alle strutture pubbliche e private nella fornitura dei servizi integrati. Gestione servizi di pulizia e sanificazione in ambito sanitario e non, ausili arato, guardaroba e lavanderia, giardinaggio,

custodia immobili, video ispezione e sanificazione condotte aeree, portierato, vigilanza. Gestione servizi integrati per l'energia alternativa, progettazione, realizzazione e manutenzione impianti tecnologici per il risparmio energetico.

Via Dogana, 3 – 20123 Milano
Tel 02/72094690 – Fax 02/89097240 – P.Iva 01701300855
info@pfespa.it – www.pfespa.it

13

medicazioni



Gruppo industriale e commerciale per la produzione e la vendita di articoli destinati alla medicazione, all'incontinenza, alla venipuntura e di articoli sanitari vari.

ARTSANA S.p.A.
Sede Sociale: Via Saldarini Catelli, 2 – 22070 Grandate Como (Italia)
Sede secondaria: Via Mentana, 21/B – 22100 Como (Italia)
Tel. 031 382111 (ric. aut.) – Fax 031 382400 – Telex 380253

B | BRAUN

SHARING EXPERTISE

Divisione OPM

Medicazioni avanzate per lesioni croniche ed ustioni. Soluzioni per la corretta detergenza ed idratazione delle lesioni croniche.

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO
Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350
Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298
Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357
servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.bbitalia.com



Materiale per medicazione in garza e TNT, sterile e non sterile. Medicazioni adesive aderenti.

DEALFA srl Via Borgazzi, 93 – 22052 MONZA (MB)
Tel. 039 2103626 – Fax 039 2148566
www.dealfa.it

elenco fornitori



Materiale per medicazione ed ortopedia, dispositivi monouso per l'incontinenza e l'igiene della persona.

Via Messina, 15 – 36040 SAREGO (VI)
Tel. 0444 726328/7 – Ufficio Gare fax 0444 726391



**Ausili per incontinenti (con service a domicilio).
Articoli monouso per l'igiene del paziente.
Pannolini e salviettine umidificate per bambini.
Assorbenti igienici per signora.
Salviette umidificate milleusi e per igiene intima.**

SILC S.p.A. Divisione Ospedaliera
Strada Provinciale n. 35 km. 4 – 26017 Trescore Cremasco (CR)
www.silcitalia.com
Tel. 0373 2711 – Fax 0373 274762 – info@silcitalia.com
Div. Ospedaliera: Tel. 0373 271256 – Fax 0373 273922 – istituzionale@silc.it



Azienda leader di dispositivi medici fondata nel 1856 e operante in oltre 90 paesi. Nell'ambito del Wound Management Smith & Nephew è leader nel settore

delle medicazioni avanzate ed il suo portafoglio prodotti è il più completo del mercato, includendo medicazioni, farmaci e dispositivi elettromedicali (come la terapia a pressione negativa – NPWT) per la cura di ferite croniche, acute ed ustioni. Con un patrimonio di competenze che non ha eguali nel wound care, offre supporto clinico, formativo e gestionale, per favorire la diffusione di un approccio orientato all'efficienza ed all'appropriatezza delle cure.

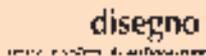
Smith & Nephew S.r.l.
Via De Capitani, 2a – 20864 Agrate Brianza (MB)
Tel. 039 60941 – Fax 039 6056931

14 gestioni in service | logistica



Raccolta, trasporto, condizionamento, smaltimento di rifiuti radioattivi, sorgenti radioattive non più utilizzabili, sorgenti ad alta attività, parafulmini con elementi radioattivi, rivelatori di fumo contenenti elementi radioattivi, carogne di animali contaminate da isotopi radioattivi, rottami metallici contaminati, materiali radiferi. Interventi di bonifica ambientale. Gestione fine Vita AEE. Deposito, manipolazione, gestione logistica e distribuzione per conto terzi di materiali e prodotti radioattivi, alimentari, diagnostici, farmaceutici, cosmetici, attrezzature biochimiche, software scientifici, apparecchiature elettriche–televisive–satellitari ed ottiche. Distributori per l'Italia delle sorgenti Eckert & Ziegler GmbH – Sorgenti di taratura e riferimento, sorgenti per medicina nucleare, sorgenti di ⁶⁸Ge per PET, soluzioni di ⁹⁰Y e ¹⁷⁷Lu per radioimmunologia – e per la sonda per linfonodo sentinella C-TRAK.

Via Quintiliano, 30 – 20138 MILANO
Servizi: Tel. 02 58039020 – Fax 02 58039075
Prodotti: Tel. 02 58039042 – Fax 02 58039075
Logistica: Tel. 02 58039030 – Fax 02 58039029
ambiente@campoverde-group.com – logistica@campoverde-group.com



Gestione documentale in outsourcing
Archiviazione fisica e digitale cartelle cliniche, documentazione sanitaria e amministrativa (impegnative, contabilità, fascicoli personale, delibere aziendali).

Via del Commercio, 3 – 26900 Lodi
Tel. 0371 417276 – Fax 0371 414782
info@microdisegno.com – www.microdisegno.com



Gestione tecnologica e logistica di Laboratori di Emodinamica, Blocchi Operatori di Cardiocirurgia, Terapie Intensive.

NGC Medical S.p.A.
Strada Provinciale Novedratese, 35 – 22060 Novedrate (CO)
Tel. 031 794 111 – Fax 031 792 130
ngc@ngc.it – www.ngc.it

15 varie

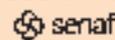


EXPOSANITA'

Mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

servizi, convegni, seminari, corsi di formazione, iniziative speciali dedicati agli operatori della sanità e dell'assistenza.

È una manifestazione fieristica di:



Via di Corticella, 181/3 – 40128 Bologna
Tel. 051 325511 – Fax 051 324647
info@senaf.bo.it – www.senaf.it

FARMAFACTORING SPA **Gestione del credito nei confronti del S.S.N. e della Pubblica Amministrazione, mandato all'incasso, anticipazione su fatture, maturity, pro-soluto, attività legale per il recupero del credito.**

Via Domenichino, 5 – 20149 MILANO
Tel. 02 499051 – Fax 02 4818157

Questa rubrica è riservata alla comunicazione pubblicitaria e costituisce una "vetrina" in cui sono esposti marchi di aziende specializzate nei vari settori merceologici e dei servizi.

inratio 2

Il sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR

**Semplice
Veloce
Accurato**

- Risultato in 60 secondi
- Ridotta quantità di campione
- Doppio controllo di qualità su ogni striscia
- Per uso professionale e per auto-monitoraggio

**Per il professionista
Per il paziente**



Comunicazione esclusivamente riservata ai professionisti sanitari.

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST
detergenza tessile

I SERVIZI:

- Noleggio e gestione biancheria.
- Noleggio e gestione abiti sanitari.
- Noleggio e gestione set sterili chirurgici in tessuti tecnici riutilizzabili (T.T.R.).
- Noleggio e ricondizionamento di materassi e guanciali.
- Disinfezione e sanificazione dei dispositivi a noleggio.
- Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio.
- Gestione del guardaroba con logistica integrata.
- Gestione di centrali di sterilizzazione per la committenza, anche con progettazione e realizzazione.
- Ricondizionamento e sterilizzazione strumentario chirurgico.

In tutta sicurezza curiamo la qualità e pensiamo all'ambiente:

UNI EN ISO 9001 – UNI EN ISO 13485 / UNI EN ISO 14001 / BS OHSAS 18001 / UNI EN 14065 / Marcatura CE DIR. 93/42 EEC

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - sanita@padanaeverest.it - www.padanaeverest.it