

MENSILE
DI TECNICA
ED ECONOMIA
SANITARIA

4.12

teme

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 50 - N° 4 Aprile 2012
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.

50
anni di teme
1962/2012

Piselli:
il contratto
di rete

Molinari:
apertura e
custodia offerte
tecniche

**Interviste
di Teme:**
parte il progetto
O.R.M.E.

Sanfilippo:
l'esecuzione
anticipata
dei contratti

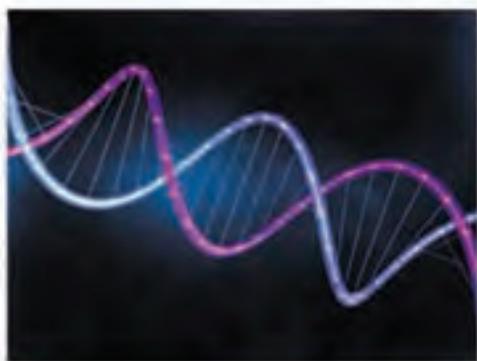
NCC

medical spa



l'organizzazione gestionale... ...è il futuro

*un unico interlocutore specializzato nella gestione tecnologica di Laboratori di Emodinamica
Blocchi Operatori di Cardiocirurgia e Terapie Intensive*

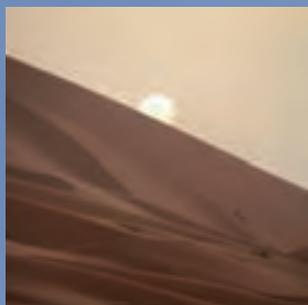


NCC
OPERATORIA



AVIONORD

N.G.C. Medical spa - strada Novedratese, 35 - 22060 Novedrate (Co)
Tel. +39.031.794.111 - Fax +39.031.792.130 - www.ngc.it - e-mail ngc@ngc.it



In copertina:
Alba - Foto di Mario Cinquegrana

4.12 | 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 50 - Aprile 2012

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 - tucciomesina@virgilio.it

Amministrazione, pubblicità e Abbonamenti
ASSOAEI 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 ASSOAEI Edizioni Teme
Partita IVA: 01416490561

Editore - ASSOAEI
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 30 aprile 2012

3 editoriale

TEME: un'innovazione consapevole

Alessandro Anzellini

4 aggiudicazione provvisoria

L'esecuzione anticipata dei contratti della P.A.

S. Sanfilippo, T. Capobianco

9 normazione

Il contratto di rete

Pierluigi Piselli

14 normazione

Relazione annuale della Corte dei Conti:
aspetti critici del settore Sanità

Silvia Stefanelli

16 le interviste di teme

Progetto O.R.M.E.: una nuova e strategica partnership
tra pubblico e privato

Enza Colagrosso

18 pubbliche gare

Soluzione al problema dell'apertura delle offerte tecniche
e della loro custodia

Marco Molinari

23 dall'europa

Prepararsi alla Nuova Direttiva Europea sulla prevenzione
delle ferite da taglio e da punta

Andrea Zanella

27 medicina di laboratorio

Sistemi di finanziamento e acquisto delle tecniche molecolari:
i principali fattori che influenzano le decisioni

Mirella Zaffuto

32 i 50 anni di teme

Dopo "T&Me" e "Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato
& Provveditorato", nel 1985 arriva "Teme"

Redazionale

34 juris aula

42 gli esperti rispondono

43 elenco fornitori

teme

Investire su **teme** significa scegliere una professionalità al passo con i tempi.

teme

è l'organo ufficiale di comunicazione ed informazione della F.A.R.E. - Federazione delle Associazioni Regionali Proveditori Economi del SSN - ed ha, tra i suoi principali obiettivi, quello di tenere aggiornati continuamente i lettori sulla evoluzione legislativa nell'ambito degli acquisti di beni e servizi e sui temi dell'innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale in sanità pubblica e privata.

teme

è nata nel 1962 come strumento formativo e di sussidio per l'aggiornamento professionale dei provveditori e degli economisti della sanità. In tutti questi anni la rivista si è imposta all'attenzione dei propri lettori quale efficace strumento di informazione per l'alto valore degli argomenti trattati, per l'elevata competenza e prestigio dei suoi autori. Attraverso la sua linea editoriale la rivista si pone quale punto d'incontro fra le diverse realtà degli operatori per evidenziare le eccellenze e riservare uno spazio di confronto con le aziende fornitrici di beni e servizi in sanità.

teme

esce con periodicità mensile (10 numeri - doppio luglio/agosto e novembre/dicembre) a sottolineare che l'interesse precipuo non è quello di "essere sulla notizia", bensì quello di portare al lettore gli strumenti di lavoro più idonei.

teme

è diretta ad enti istituzionali - centrali e periferici - che hanno competenze sulla sanità; ai direttori generali, ai direttori amministrativi e sanitari, ai farmacisti, agli ingegneri clinici delle aziende ospedaliere e locali del SSN; ai provveditori ed economisti associati alla FARE; agli organismi di consulenza tecnica e giuridica; alla sanità privata; alle aziende produttrici e fornitrici di beni e servizi destinati alla sanità. I suoi unici destinatari sono tutti quegli attori del SSN che interpretano il proprio ruolo da protagonisti di una crescita costante.

teme

è indicizzata con il n.ISSN 1723-9338, ha una tiratura media di 3.000 copie/numero ed è distribuita esclusivamente per abbonamento su tutto il territorio nazionale.



Sottoscrizione e/o rinnovo abbonamento per l'anno 2012

Abbonamento ordinario singolo € 100,00

Abbonamento multiplo (minimo 3 abbonamenti) cad. € 95,00

(IVA assolta dall'Editore in virtù art. 74 lett)d DPR 26.10.72 e DM 29.12.89 e successive modifiche e integrazioni)

Pubblicazione bilanci Aziende SSN
Pagina intera formato A/4 € 390,00

Il pagamento, intestato a ASSOAEI ed. TEME
Via A. Pistola, 21 - 01033 Civita Castellana - VT
potrà essere effettuato a mezzo:

- c/c postale n. 10130011
- Bonifico bancario c/c n. 1153
B.N.L. Paribas Agenzia di Civita Castellana, Via Fallisca
cod. ABI 01005-cab.73030-CIN G-IBAN
IT05G010057303000000001153-Swiff BNL IITRR.

Assoael garantisce la riservatezza dei dati forniti nel rispetto della L.675/96 sulla tutela dei dati personali.

TEME: un'innovazione consapevole

Alessandro Anzellini
Presidente AEL

La nostra rivista festeggia, in questo anno, 50 anni di attività, un traguardo che invita a gettare uno sguardo al passato per comprendere ciò che è stato e, al contempo, a guardare in avanti per progettare ed immaginare ciò che sarà. Quando nel 1962 si pensò ad un organo ufficiale di comunicazione, si ebbe un'intuizione straordinaria, quella di "cementare" la rete nascente fra professionisti con una rivista che mettesse a disposizione di tutti le conoscenze e le esperienze di ognuno. Negli anni quella prima intuizione si è trasformata ed è cresciuta: da quella prima versione chiamata T&Me, editata dall'A.R.T.E per un ventennio, si è passati attraverso una breve transizione con "Sintesi", una sorta di testimone di tutti i contributi più rilevanti presentati nei convegni della F.A.R.E, fino all'attuale testata denominata TEME, curata dall'85 al '93 dall' A.L.P.E e, dal '93 ad oggi, dall'A.E.L. È una storia meravigliosa, quella della nostra rivista, che abbiamo deciso di ripercorrere nei dieci numeri di quest'anno, dedicandole due pagine apposite.

Oggi la realtà, in continua trasformazione in cui ci troviamo ad operare, ci impone un'opera di revisione e ampliamento di quell'intuizione e siamo chiamati a raccogliere il testimone del passato per farne un valido supporto capace di traghettarci nel futuro.

Per rendere il nostro network lavorativo al passo con i tempi dobbiamo pensare di progettare nuove applicazioni auspicando un ampliamento delle nostre risorse online (twitter e facebook...) col presupposto, così, di farci pionieri di quella realtà informativa che riesce a catalizzare su di sé sempre maggiore attenzione degli operatori del settore.

Stiamo sperimentando, grazie alla collaborazione riservatoci da una nuova testata online che si avvale di contributi ipertestuali e multimediali, la condivisione in tempo reale di notizie, filmati, interviste e novità così da dare ancor più eco ai contenuti delle pagine che ci accompagnano da mezzo secolo.

Molti di voi avranno notato che TEME è già online, per ora ancora in forma completamente gratuita: questo è stato un segnale per farci conoscere quanto più possibile ed anche per celebrare insieme i cinquant'anni di attività offrendo un accesso completo a tutto il nostro archivio storico.

Questi passaggi fanno parte di un preciso disegno che abbiamo in mente per promuovere nel migliore dei modi la nostra testata con l'intento di disegnare un prodotto calzato sulle necessità di tutti i lettori, e vi saremo grati se vorrete farci pervenire pareri, proposte, migliorie e commenti all'indirizzo mail **redazione@teme.it**, insieme ovviamente ai vostri lavori, che avremo sempre piacere di pubblicare sulle nostre pagine.

Consapevoli del nostro passato ricco di successi e scelte lungimiranti, avviamoci insieme verso un'innovazione che renda orgoglioso, fra cinquant'anni, quel provveditore che scrivendo un redazionale festeggerà il primo secolo della nostra attività!

L'esecuzione anticipata dei contratti della P.A.

Dr. Sergio Sanfilippo

Direttore U.O.C.
Provveditorato - Economato
A.O. "S. G. Moscati" di Avellino

Dr.ssa Teresa Capobianco

Funzionario amministrativo U.O.C.
Provveditorato - Economato
Responsabile Posizione
Organizzativa Economato A.O.
"S. G. Moscati" di Avellino

Chi gestisce gli acquisti nelle aziende sanitarie sa bene che la tempestività dell'azione ed il conseguente celere soddisfacimento delle esigenze di approvvigionamento delle diverse unità operative sono fondamentali per assicurare un regolare ed efficace svolgimento delle attività assistenziali. Non sempre però ciò risulta facile per una serie di concreti problemi legati alla difficoltà di conciliare tempi e forme previsti dalla disciplina degli appalti, (che peraltro appesantisce sempre di più i processi ad ogni intervento correttivo) con le richieste di approvvigionamento spesso accompagnate dalla segnalazione dell'urgenza. Il primo scoglio da superare è certamente la programmazione dei consumi, aspetto tra i più rilevanti dei processi di acquisto in sanità, tant'è che il legislatore la pone come momento fondamentale e necessario. Ma è anche il problema più ricorrente, sia per la Farmacia, che assume un ruolo centrale di regia dell'intero processo, sia per il Provveditorato che deve assicurare la tempestività dei procedimenti e la loro regolarità formale. All'aumentare della complessità dei bisogni di salute cui oggi è possibile rispondere grazie al progresso scientifico, corrisponde una crescente esigenza di coordinamento tra medici ed altri professionisti da un lato, ed i responsabili degli acquisti dall'altro. Coordinamento non sempre possibile, sia per la difficoltà degli operatori sanitari a gestire la fase della programmazione (per una forma di resistenza a tale attività, sentita come non propria), sia per l'eleva-

tissima frequenza con la quale si succedono dispositivi medici innovativi. Ciò, oltre a comportare spesso diseconomie, impone di conseguenza un'accelerazione dei processi di acquisto per assicurare tempestivamente l'ultimo dispositivo disponibile sul mercato o il prodotto altamente innovativo appena brevettato. In questo contesto è evidente che, tenuto conto dei tempi ordinari necessari per l'espletamento di una procedura di gara, la disciplina contenuta nell'art.11 del D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i., con i suoi termini e condizioni per dare esecuzione ad un'aggiudicazione che in molti casi interviene già dopo un travagliatissimo *iter*, finisce per dare il colpo di grazia al povero provveditore che difficilmente troverà la giusta comprensione da parte del Direttore di struttura sanitaria interessato ad ottenere il dispositivo medico richiesto al più presto. Ma fatta questa necessaria premessa, veniamo al tema che ci interessa. Come accennato, l'aggiudicazione provvisoria, consistente nell'individuazione del miglior offerente di per sé, non è sufficiente a disporre l'ordine di fornitura. Ed infatti, l'art. 11 comma 5 del Codice degli Appalti prevede che la stazione appaltante - prima di cristallizzare la scelta del contraente con l'aggiudicazione definitiva - debba procedere alla verifica del possesso dei requisiti richiesti nel bando di gara o nella lettera di invito, acquisendo la documentazione comprovante la sussistenza delle condizioni di capacità economico - finanziaria e tecnico - organizzativa in capo all'aggiudicatario. Solo così si veri-

fica la condizione per l'assunzione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che - come è stato autorevolmente affermato (Consiglio di Stato, Sez. V - Sentenza 2008 n.4053) - anche quando recepisce i risultati dell'aggiudicazione provvisoria, comporta una nuova ed autonoma valutazione degli interessi pubblici sottostanti, con onere per le stazioni appaltanti di portare gli esiti delle procedure di gara a conoscenza dei concorrenti per mezzo di apposite comunicazioni (Consiglio di Stato, Sez. V - Sentenza 2006 n.2445; principio poi codificato dall'art.11 comma 10 del D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i.). Divenuta efficace l'aggiudicazione definitiva, la P.A. procede alla stipulazione del contratto entro il termine di sessanta giorni, salvo che sia previsto un termine diverso negli atti di gara o concordato un differimento con l'aggiudicatario (art.11 comma 9 del D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i.). Viene quindi fissato un congruo termine, entro il quale l'Amministrazione può formalizzare - secondo una delle modalità previste dalla legge (art.11 comma 13 D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i. - art. 334 D.P.R. n.207/2010¹) - l'affidamento della fornitura, determinando, da un lato la costituzione del vincolo negoziale, dall'altro l'insorgenza di un diritto soggettivo dell'impresa aggiudicataria all'esecuzione del contratto. Si tratta di un termine ordinatorio, decorso il quale non si assiste alla caducazione dell'aggiudicazione, pur riconoscendosi all'aggiudicatario il potere di sciogliersi *da ogni vincolo o di recedere dal contratto* (art.11 comma 9 D.Lgs.n.163/2006 e s.m.i.)

senza poter vantare alcuna pretesa nei confronti dell'Ente appaltante, salvo il solo diritto al rimborso delle spese contrattuali eventualmente sostenute. Pacificamente si ritiene che la posizione dell'impresa appaltatrice rappresenta un diritto potestativo², poiché la valutazione dello scioglimento è rimessa esclusivamente all'aggiudicataria con assoluta soggezione dell'Amministrazione procedente. Qualora l'aggiudicatario non eserciti lo *jus poenitendi*, è evidente che la P.A. potrà sempre procedere alla stipula del contratto, sebbene debba esplicitare - in ossequio ai canoni della legalità e del buon andamento (art.97 Cost.) - le ragioni che hanno cagionato il procrastinarsi della fase di perfezionamento dell'accordo oltre il sessantesimo giorno. In questo contesto, è opportuno rilevare che la stazione appaltante non può comunque procedere alla stipulazione del contratto, se non sono decorsi trentacinque giorni³ dalla comunicazione dell'aggiudicazione definitiva ai controinteressati (art. 11 comma 10 e art.79 comma 5 D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i.). Si configura quindi un periodo di sospensione obbligatoria, noto anche come periodo bianco o di *stand- still* sostanziale, nel quale la formalizzazione del regolamento negoziale non è ammessa. Secondo l'opinione prevalente, la previsione di uno scarto di cinque giorni tra il termine dilatorio di cui abbiamo appena detto e quello di proposizione del ricorso giurisdizionale (art.245 comma 2 *quinques*) sta nel fatto che la stazione appaltante, al compimento del trentacinquesimo giorno dalla comuni-

1.

Ai sensi dell'art.10 comma 13 del D.Lgs. n.163/2006 il contratto è stipulato mediante atto pubblico notarile, o mediante forma pubblica amministrativa a cura dell'ufficiale rogante dell'amministrazione aggiudicatrice, ovvero mediante scrittura privata, nonché in forma elettronica secondo le norme vigenti per ciascuna stazione appaltante. Con precipuo riferimento agli affidamenti mediante cottimo fiduciario, il regolamento di attuazione al Codice degli appalti stabilisce (art.334 ult. Comma D.P.R. n.507/2010) che: "il contratto affidato mediante cottimo fiduciario è stipulato attraverso scrittura privata, che può anche consistere in un apposito scambio di lettere, con cui la stazione appaltante dispone l'ordinazione dei beni o dei servizi, che riporta i medesimi contenuti previsti nella lettera di invito".

2.

In tal senso, Consiglio di Stato, Sez. V n.6002-2009

3.

Il termine originario (trenta giorni) è stato elevato a trentacinque giorni dal D. Lgs. n.53/2010 attuativo della seconda direttiva ricorsi e ben si armonizza con il termine abbreviato di trenta giorni per la proposizione di ogni ricorso avverso l'aggiudicazione definitiva e con l'ulteriore sospensione obbligatoria della stipula del contratto in caso di domanda cautelare sino al provvedimento deciso in caso di domanda cautelare sino al provvedimento decisorio sull'istanza cautelare.

4.

L'accordo quadro è uno strumento contrattuale introdotto dalla Direttiva 93/38 Cee, recepita in Italia con il D.Lgs. n.158/95, che coordinava le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici nei settori speciali (i cosiddetti settori esclusi: acqua ed energia, servizi di trasporto e servizi postali). Il suo ambito di applicazione è stato successivamente esteso ai settori ordinari, con la Direttiva 2004/18Ce, recepita dal D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i. Si tratta di uno strumento a struttura bifasica (art.59 Codice degli appalti), che nella prima fase identifica le condizioni (quali - ad esempio - i prezzi, le quantità, le forme di pubblicità) di presentazione delle offerte relative ai singoli appalti da aggiudicare e si conclude con l'individuazione degli operatori economici idonei e la sottoscrizione del contratto mentre nella seconda prevede un confronto negoziale per l'aggiudicazione dei contratti relativi ai singoli ordinativi, al termine del quale l'amministrazione aggiudicatrice ed i fornitori concludono i singoli contratti applicativi dell'accordo.

5.

Lo strumento del sistema dinamico di acquisizione (art.60) costituisce una delle novità più rilevanti del Codice degli Appalti, si da rappresentare il futuro della contrattualistica pubblica (Cfr. Salvatore Mezzacapo in Enciclopedia Giuridica del Sole 24 ore, s.v. Procedure ad evidenza pubblica).

cazione dell'aggiudicazione definitiva, può essere ragionevolmente certa che non sono state proposte impugnazioni avverso la propria scelta. Solo eccezionalmente l'Amministrazione aggiudicatrice può formalizzare l'accordo senza dover attendere il decorso del periodo bianco, con conseguente soddisfacimento dell'interesse pubblico alla celere realizzazione dell'opera appaltata ovvero alla pronta fornitura dei prodotti o dei servizi richiesti. Ed infatti, ai sensi di legge l'effetto sospensivo sulla stipula del contratto è inoperante "... se a seguito di pubblicazione di bando o avviso con cui si indice una gara, ovvero di inoltra degli inviti è stata presentata o è stata ammessa una sola offerta e non sono state proposte impugnazioni del bando o della lettera di invito, o queste impugnazioni, risultano già respinte con decisione definitiva (art. 11 comma 10 bis lettera a) oppure nei casi di appalti specifici basati su un accordo quadro o su un sistema dinamico di acquisizione (art.11 comma 10 bis lettera b)". È evidente che nella prima ipotesi, o non c'è a monte il rischio che sorga un contenzioso sull'aggiudicazione o questo contenzioso (avente ad oggetto il bando o

la lettera di invito) risulta già concluso con decisione giurisdizionale definitiva, con conseguente inutilità del compimento del periodo di sospensione automatica per la stipula del contratto. Nella seconda ipotesi - invece - l'Amministrazione aggiudicatrice ha scelto di acquisire beni e/o servizi attraverso la conclusione di un accordo quadro⁴, definendo con uno o più operatori economici le clausole relative agli appalti da aggiudicare durante un dato periodo, con particolare riguardo ai prezzi ed alle quantità previste o ha fatto ricorso al sistema dinamico di acquisizione⁵, che - previo espletamento di una procedura aperta - permette di acquisire beni e servizi standardizzati, di uso corrente. Ora è indubbio che lo strumento dell'accordo quadro, implicando la sottoscrizione del contratto nella prima fase della gara ed un successivo confronto per l'aggiudicazione dei contratti applicativi dell'accordo nella seconda, esclude in *re ipsa* l'operatività del periodo di stand-still sostanziale; parimenti è certo che il sistema dinamico di acquisizione, ammettendo alla selezione tutti gli offerenti che soddisfano i criteri di selezione e hanno presentato un'offerta indicativa conforme al capitolato tecnico ed agli eventuali documenti complementari, ha evidenti ricadute positive sulla definizione degli impegni delle PP.AA. e dei fornitori, che non dovranno attendere alcunchè per la formalizzazione dei vari contratti. Fin qui abbiamo considerato le fattispecie derogatorie al divieto di stipulare il contratto per trentacinque giorni decorrenti dall'ultima delle comunicazioni del provvedimento di aggiudicazione, con conseguente ammissibilità di definizione anticipata dell'assetto degli interessi imputabili sia all'Amministrazione pubblica che all'impresa appaltatrice. Esistono però situazioni, anch'esse tassative ed eccezionali, che - pendente il

Il celere soddisfacimento delle esigenze di approvvigionamento delle diverse unità operative è fondamentale per assicurare un efficace svolgimento delle attività assistenziali. Non sempre però ciò risulta facile per una serie di concreti problemi legati alla difficoltà di conciliare tempi e forme previsti dalla disciplina degli appalti

termine di sospensione automatica di cui all'art.11 comma 10 - consentono di dare luogo all'esecuzione anticipata delle prestazioni contrattuali, più nota come esecuzione d'urgenza, prima ancora della formale stipulazione. In proposito, l'art.11 comma 9 del Codice degli appalti introduce due deroghe al generale divieto di esecuzione anticipata, l'una riguardante il caso "*in cui la normativa vigente non prevede la pubblicazione del bando di gara*", l'altra "*i casi in cui la mancata esecuzione immediata della prestazione dedotta nella gara determinerebbe un grave danno all'interesse pubblico che è destinata a soddisfare, ivi compresa la perdita dei finanziamenti comunitari*"⁶.

Il primo caso, coerente con le previsioni espresse nella direttiva ricorsi, si riferisce alle ipotesi in cui l'Amministrazione abbia selezionato il contraente, previo espletamento di una procedura in economia (art.125 D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i.) o negoziata senza bando (art.57 D.Lgs. n.163/2006 e s.m.i.). Il secondo, invece, concerne l'ipotesi in cui la mancata esecuzione immediata del contratto determinerebbe un serio nocumento per l'interesse collettivo perseguito dalla P.A., rappresentato *ex lege* dalla perdita di finanziamenti comunitari⁷. Chiaramente il riferimento alla perdita di sovvenzioni sovranazionali induce a ritenere che sia stata accolta un'interpretazione restrittiva del "grave danno all'interesse pubblico", poiché tale perdita solitamente si traduce nell'impossibilità di realizzare l'opera commissionata. In questa prospettiva, è agevole ritenere che l'esecuzione d'urgenza è consentita solo in quei casi in cui ogni dilazione potrebbe incidere sull'attualità dell'appalto o sulla sua concreta utilità. Sulla esecuzione dei contratti sotto riserva è intervenuto anche il regolamento di attuazione del Codice degli Appalti, che

all'art.302 comma 2 - nell'attribuire al responsabile del procedimento il potere di autorizzare l'esecuzione anticipata della prestazione, ferma restando la necessità dell'efficacia dell'aggiudicazione definitiva - specifica le condizioni che giustificano la più celere soddisfazione dell'interesse pubblico. In particolare, deve trattarsi di un contratto avente ad oggetto beni o servizi che, per la loro natura o per il luogo in cui deve essere eseguito, debbono essere immediatamente consegnati oppure deve ricorrere un caso di comprovata urgenza. Se il legislatore si fosse limitato a tanto, in caso di necessità ed urgenza (purtroppo ricorrenti in sanità) avrebbe offerto una soluzione agevolmente praticabile per accelerare i tempi di esecuzione di una fornitura. Così però non è perché la sussistenza di una delle condizioni cennate non costituisce presupposto sufficiente per la esecuzione anticipata, giacché l'art.302 comma 3 D.P.R. n.207/2010 prevede che l'Amministrazione adotti un **provvedimento**, con cui esponga i presupposti di

6.

Quest'ultima previsione è stata inserita in seguito ai suggerimenti espressi dal Consiglio di Stato in sede consultiva (Vedasi Parere n.368/2010), che ha segnalato l'opportunità di qualificare il danno all'interesse pubblico.

7.

La giurisprudenza amministrativa di merito ha ravvisato nella perdita di un finanziamento regionale un valido motivo di interesse pubblico, affermando (T.A.R. Puglia, Sez. II, 2008 n. 906) che la necessità di non perdere il finanziamento regionale configura un valido motivo di pubblico interesse, che consente alla P.A. di procedere alla revoca e di avviare una procedura che consente l'affidamento diretto dell'incarico con una tempistica in grado di rispettare la scadenza prevista nel disciplinare.

L'eccezionale ammissibilità dell'esecuzione d'urgenza, che permette all'amministrazione aggiudicatrice di anticipare, durante il periodo bianco, il conseguimento del bene o del servizio acquistato, non è immune da difficoltà. Il responsabile del procedimento infatti, dovrà motivare congruamente la sussistenza delle ragioni d'urgenza

fatto e le ragioni di diritto che, a seconda dei casi, legittimano l'immediata consegna dei prodotti richiesti, la pronta esecuzione del servizio commissionato, l'indifferibilità del bisogno da soddisfare. In sostanza, il responsabile del procedimento, solitamente coincidente con il responsabile degli acquisti, preliminarmente dovrà valutare l'effettiva sussistenza di una delle circostanze tipizzate per cui si possa dare corso - pendente il periodo bianco - all'esecuzione anticipata, sì da salvaguardare il principio di buona amministrazione ex art.97 Cost. In proposito, è significativo notare che il legislatore tutela la posizione dell'appaltatore, riconoscendogli - ove all'esecuzione anticipata della prestazione non segua la stipula del contratto - il diritto al rimborso delle spese sostenute (art. 302 comma 4), garantendolo nei limiti della c.d. perdita subita.

Detto questo è evidente che l'introduzione di un termine dilatorio per la stipula del contratto (art.11 comma 10), la possibilità di anticipare la formalizzazione dell'accordo nelle sole ipotesi di legge (art.11 comma 10 bis), la eccezionale derogabilità al divieto di esecuzione anticipata nei casi prefissati dal Codice degli Appalti (art.11 comma 9) e specificati dal Regolamento di attuazione (D.P.R. n.207/2010) fanno immaginare che anche per la disciplina di tali istituti, il legislatore abbia avuto come riferimento tutt'altro che le forniture delle Aziende sanitarie. I tempi ed i percorsi imposti danno l'idea che l'attenzione sia stata posta più alle ordinarie forniture ministeriali, quali arredi per uffici, p.c., autovetture o altro del genere, che ai dispositivi medici o ai farmaci salvavita. D'altra parte, anche l'eccezionale ammissibilità dell'esecuzione d'urgenza, che permette all'amministrazione aggiudicatrice di anticipare, durante il periodo bianco,

il conseguimento del bene o del servizio acquistato, non è immune da difficoltà. Il responsabile del procedimento infatti, dovrà motivare congruamente la sussistenza delle ragioni d'urgenza per cui si debba dare corso all'esecuzione anticipata, proponendo all'organo di vertice dell'Amministrazione - giusta il tenore letterale dell'art.302 del Regolamento di attuazione - l'assunzione di un provvedimento e, quindi, di un atto a rilevanza esterna, munito di tutti i requisiti di sostanza e di forma previsti dalla legge. Probabilmente sarebbe stato più opportuno subordinare l'esecuzione della prestazione all'adozione di una determina⁸ o - nelle ipotesi di acquisti di modesto valore - alla stesura di una più semplice lettera di conferimento incarico. Ed infatti, la prima - essendo atto monocratico del dirigente/responsabile del servizio dell'Ente, a tanto legittimato dal regolamento interno di organizzazione - è certamente di più facile assunzione rispetto al provvedimento, che esige - ribadiamo - l'intervento dell'organo avente la rappresentanza legale dell'Ente; la seconda, consistendo in un mero scambio di corrispondenza secondo l'utilizzo di modelli predefiniti, permette poi l'esecuzione della commessa per il sol fatto dell'accettazione da parte della Ditta appaltatrice.

In ogni caso, la frequenza del ricorso all'esecuzione anticipata, dimostrata dai dati dell'Osservatorio dei contratti pubblici nel periodo 2004 -2008⁹, che evidenziano la reale necessità delle stazioni appaltanti di utilizzare tale strumento, forse dovrebbe indurre il legislatore a rivisitare la disciplina dell'esecuzione sotto riserva, subordinandola alla formazione di documenti o all'adozione di atti che - in ossequio ai canoni di efficienza ed economicità - assicurino il tempestivo soddisfacimento dei bisogni sanitari.

8.

Le determinazioni dirigenziali sono state introdotte nel nostro ordinamento dal D.Lgs. 1993n.29, che, agli articoli 3, 16 e 17, definisce le attribuzioni dei dirigenti assegnandogli la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo".

9.

Nel periodo 2004-2008 le stazioni appaltanti hanno proceduto all'esecuzione anticipata dei contratti nel 22% dei casi (14.560 esecuzioni anticipate su 66.470 contratti di lavori). Si tratta di un dato antecedente alla nuova formulazione dell'art.11 comma 9, che ha costituito oggetto della nostra indagine; dato reso noto dall'intervento dell'allora Presidente dell'A.V.C.P., Giampaolino, all'audizione presso le commissioni II e VII della Camera dei Deputati sull'attuazione della direttiva 2007/66/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio sulle procedure di ricorso in materia di aggiudicazione degli appalti pubblici.

Il contratto di rete

L'art. 3 del D.L. 10 Febbraio 2009, n. 5 (il "Decreto Incentivi"), convertito con modificazioni nella L. 9 Aprile 2009, n. 33, che ha introdotto un nuovo strumento di cooperazione fra imprese, la c.d. "rete", è stato innovato dall'art. 42 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni nella L. 30 Luglio 2010, n. 78. Questo strumento è stato ideato per consentire alle imprese di darsi un obiettivo comune, definirlo, dedicargli un patrimonio specifico e poi di collegarsi tra loro sulla base di un regolare contratto al fine di realizzarlo.

Le modifiche apportate al contratto di rete nel 2010 delineano un certo *favor* nei confronti della suddetta forma contrattuale.

La Manovra Economica, in oggetto, infatti, ha previsto una serie di disposizioni, volte ad incentivare la creazione di reti di impresa, tra le quali spiccano la possibilità di stipulare convenzioni con l'ABI e una misura fiscale agevolativa che consiste in un regime temporaneo di sospensione di imposta di cui possono fruire gli utili d'esercizio accantonati in un'apposita riserva e deputati alla realizzazione di investimenti previsti dal programma comune, purché questo sia stato preventivamente asseverato. La quota degli utili accantonata e destinata alla realizzazione dell'obiettivo comune, sarà dunque esclusa dal calcolo del reddito imponibile per la durata del

contratto medesimo. Al riguardo si segnala che, con decisione C (2010)8939 def. del 26 gennaio 2011, la Commissione europea, sulla base di quanto previsto dall'art. 107, paragrafo 1, del TFUE, secondo cui *"sono incompatibili con il mercato comune, nella misura in cui incidano sugli scambi tra Stati membri, gli aiuti concessi dagli Stati, ovvero mediante risorse statali, sotto qualsiasi forma che, favorendo talune imprese o talune produzioni, falsino o minaccino di falsare la concorrenza"*, ha ritenuto che la misura agevolativa in favore delle reti di imprese non costituisca "aiuto" di Stato. In particolare, la Commissione ha osservato come l'agevolazione in esame non è una misura selettiva, nel senso che non favorisce solo *"talune imprese o talune produzioni"*, ma essendo destinata a tutte le imprese che partecipano alla "rete", è una misura di carattere generale, che compete tanto alle piccole e medie imprese quanto alle grandi imprese, a prescindere dal loro ambito di attività.

L'articolo 42 della Legge 122/2010 ha previsto che il comma 4-ter dell'articolo 3 del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33, fosse sostituito dal seguente: *"con il contratto di rete più imprenditori perseguono lo scopo di accrescere, individualmente e collettivamente, la propria capacità innovativa e la propria competitività sul*

Avv. Pierluigi Piselli
Studio Legale Associato
Cancrini Piselli

mercato e a tal fine si obbligano, sulla base di un programma comune di rete, a collaborare in forme e in ambiti pre-determinati attinenti all'esercizio delle proprie imprese ovvero a scambiarsi informazioni o prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica ovvero ancora ad esercitare in comune una o più attività rientranti nell'oggetto della propria impresa. Il contratto può anche prevedere l'istituzione di un fondo patrimoniale comune e la nomina di un organo comune incaricato di gestire, in nome e per conto dei partecipanti, l'esecuzione del contratto o di singole parti o fasi dello stesso. Ai fini degli adempimenti pubblicitari di cui al comma 4-quater, il contratto deve essere redatto per atto pubblico o per scrittura privata autenticata e deve indicare:

- il nome, la ditta, la ragione o la denominazione sociale di ogni partecipante per originaria sottoscrizione del contratto o per adesione

Il c.d. “contratto di rete” è uno strumento ideato per consentire alle imprese di darsi un obiettivo comune, definirlo, dedicargli un patrimonio specifico e poi di collegarsi tra loro sulla base di un regolare contratto al fine di realizzarlo. Le modifiche apportate al contratto di rete nel 2010 delineano un certo favor nei confronti della suddetta forma contrattuale

successiva;

- l'indicazione degli obiettivi strategici di innovazione e di innalzamento della capacità competitiva dei partecipanti e le modalità concordate tra gli stessi per misurare l'avanzamento verso tali obiettivi;
- la definizione di un programma di rete, che contenga l'enunciazione dei diritti e degli obblighi assunti da ciascun partecipante, le modalità di realizzazione dello scopo comune e, qualora sia prevista l'istituzione di un fondo patrimoniale comune, la misura e i criteri di valutazione dei conferimenti iniziali e degli eventuali contributi successivi che ciascun partecipante si obbliga a versare al fondo nonché le regole di gestione del fondo medesimo; se consentito dal programma, l'esecuzione del conferimento può avvenire anche mediante apporto di un patrimonio destinato costituito ai sensi dell'articolo 2447-bis, primo comma, lettera a), del codice civile. Al fondo patrimoniale comune costituito ai sensi della presente lettera si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 2614 e 2615 del codice civile;
- la durata del contratto, le modalità di adesione di altri imprenditori e, se pattuite, le cause facoltative di recesso anticipato e le condizioni per l'esercizio del relativo diritto, ferma restando in ogni caso l'applicazione delle regole generali di legge in materia di scioglimento totale o parziale dei contratti plurilaterali con comunione di scopo;
- se il contratto ne prevede l'istituzione, il nome, la ditta, la ragione o la denominazione sociale del sog-

getto prescelto per svolgere l'ufficio di organo comune per l'esecuzione del contratto o di una o più parti o fasi di esso, i poteri di gestione e di rappresentanza conferiti a tale soggetto come mandatario comune nonché le regole relative alla sua eventuale sostituzione durante la vigenza del contratto. Salvo che sia diversamente disposto nel contratto, l'organo comune agisce in rappresentanza degli imprenditori, anche individuali, partecipanti al contratto, nelle procedure di programmazione negoziata con le pubbliche amministrazioni, nelle procedure inerenti ad interventi di garanzia per l'accesso al credito e in quelle inerenti allo sviluppo del sistema imprenditoriale nei processi di internazionalizzazione e di innovazione previsti dall'ordinamento nonché all'utilizzazione di strumenti di promozione e tutela dei prodotti e marchi di qualità o di cui sia adeguatamente garantita la genuinità della provenienza;

- le regole per l'assunzione delle decisioni dei partecipanti su ogni materia o aspetto di interesse comune che non rientri, quando è stato istituito un organo comune, nei poteri di gestione conferiti a tale organo, nonché, se il contratto prevede la modificabilità a maggioranza del programma di rete, le regole relative alle modalità di assunzione delle decisioni di modifica del programma medesimo».

Per la corretta applicazione di cui all'agevolazione di cui all'art. 42, D.L. 78/2011 è intervenuta l'Agenzia delle Entrate che con la Circolare n. 4/E del 15 febbraio 2011 ha fornito le istruzioni operative in merito.

Come abbiamo avuto modo di accennare, la "rete" è un contratto sottoscritto da imprese che, per accrescere la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato, si impegnano vicendevolmente, in attuazione di un programma comune, a collaborare, ovvero a scambiarsi informazioni o prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica ovvero ad esercitare in comune una o più attività rientranti nell'oggetto della propria impresa.

A tale tipologia contrattuale possono partecipare tutte le imprese, individuali e collettive, senza alcun limite di dimensione, di localizzazione territoriale o di tipologia di business.

A ben vedere, il contratto di rete, sebbene sembri prestarsi perfettamente

la "rete" è un contratto sottoscritto da imprese che, per accrescere la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato, si impegnano vicendevolmente, in attuazione di un programma comune, a collaborare, ovvero a scambiarsi informazioni o prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica ovvero ad esercitare in comune una o più attività rientranti nell'oggetto della propria impresa

a quelle piccole realtà imprenditoriali che, invece di disperdere forza, conoscenze e capitali, potrebbero fare della "rete" la loro carta vincente per aprirsi al mercato, il contratto di rete potrebbe essere utilizzato anche dalle grandi imprese, come dimostra il richiamo alla possibilità di eseguire il conferimento nel fondo comune (ove previsto) tramite apporto di un patrimonio destinato costituito ai sensi dell'art. 2447-bis, primo comma, lettera a), cod. civ.. È noto che i patrimoni destinati (introdotti dalla novella del 2003) sono strumenti di separazione patrimoniale previsti per le sole società a capitale azionario. In particolare, la figura di patrimonio destinato di cui alla lettera a) dell'art. 2447-bis, primo comma, cod. civ., consente di distaccare una porzione del patrimonio societario di valore complessivamente non superiore al dieci per cento del patrimonio netto, destinandola stabilmente alla realizzazione di uno scopo predeterminato. In tal caso, detto patrimonio "dedicato" potrà essere aggredito solo dai creditori le cui ragioni di credito sono legate allo scopo perseguito, e

non anche dai creditori – per così dire – "generalisti" della società. Per separare una fetta del patrimonio, sottraendola alla garanzia patrimoniale generica dei creditori sociali (cui viene riconosciuto, ex art. 2447-quater cod.civ., il diritto di opposizione), il patrimonio restante deve essere comunque sufficiente di per sé a consentire la prosecuzione dell'oggetto sociale, così come originariamente concepito. Va da sé che È pertanto verosimile che la separazione patrimoniale che si attua per il tramite della costituzione di un patrimonio destinato ad un affare specifico, sia più facilmente eseguibile da parte di grandi imprese, dotate di un patrimonio che consente loro una diversificazione del rischio di impresa e del relativo investimento.

Il contratto in esame, inoltre, ha una struttura "aperta", dunque vi possono partecipare imprese diverse da quelle che hanno in origine dato vita alla rete, secondo modalità di adesione predeterminate e stabilite nel contratto medesimo.

Preme evidenziare, inoltre, quanto sia diverso dal raggruppamento temporaneo di imprese e dal consorzio. Per raggruppamento temporaneo di imprese si intende, infatti, un sistema a cui le imprese ricorrono per partecipare a gare d'appalto quando non possiedono le categorie richieste nel bando, caratterizzato da un rapporto di mandato con rappresentanza, gratuito ed irrevocabile, conferito collettivamente all'impresa "capogruppo". *"I raggruppamenti temporanei tra imprese sono previsti dalla legge ed hanno ragion d'essere solo nel contesto delle gare e dei rapporti con la stazione appaltante, costituendo essi una modalità agevolativa di parteci-*

L'Italia è il primo paese europeo ad avere inserito il Contratto di Rete nel proprio ordinamento, con la predisposizione di linee guida in questo settore si potrà "sfruttare" uno strumento capace di incidere sul mondo imprenditoriale vessato dalla crisi economica

pazione alle gare bandite dalla P.A. che non può trovare applicazione oltre i casi in cui è prevista, senza che per questo possa ritenersi violato il principio comunitario di tutela della concorrenza" (T.A.R. Reggio Calabria Calabria sez. I, 10 dicembre 2009, n. 1197).

Il consorzio, invece, è il contratto con il quale due o più imprenditori "istituiscono un'organizzazione comune per la disciplina o per lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive imprese" (art. 2602 cod. civ.).

La differenza sostanziale tra tali forme di cooperazione imprenditoriale risiede nello "scopo" preciso dell'unione fra le imprese partecipanti e nell'assenza, nel RTI e nei consorzi, di un programma "comune", permanente e non finalizzato al solo compimento di uno specifico affare o alla disciplina delle "fasi" della rispettiva attività di impresa. In particolare, la stessa giurisprudenza amministrativa ha chiarito che il raggruppamento temporaneo di imprese non è altro che un mezzo tecnico tramite il quale ciascuna impresa persegue un interesse "proprio", distinto da quello delle altre imprese partecipanti.

La norma, in esame, non pone neppure un limite superiore al numero di soggetti imprenditoriali che è possibile coinvolgere nel progetto: si limita a parlare di due o più imprese.

Tra i vincoli previsti, degna di nota è la previsione che il contratto andrà redatto in forma di atto pubblico o scrittura privata autenticata e dovrà essere iscritto nel registro delle imprese ove hanno sede le imprese contraenti.

Di fondamentale importanza è la circostanza che dalla "rete" non ha origine un soggetto giuridico autosufficiente e distinto rispetto ai partecipanti, né

– conseguentemente – un nuovo soggetto passivo a livello tributario, ma un regolamento di interessi, implicante una serie di diritti e doveri strumentali all'attuazione del programma economico della rete. Diversamente dal consorzio con attività esterna, in base all'art. 42 della legge 122/2010, il contratto di rete "può", ma non "deve" prevedere l'istituzione di un fondo patrimoniale comune, al quale – se del caso – si applicheranno le disposizioni di cui agli artt. 2614 e 2615 del codice civile.

Inoltre è prevista la necessaria specificazione dell'oggetto del contratto. Nel contratto andranno, dunque, analiticamente specificate le attività comuni poste a fondamento della "rete" (ad es., attività di innovazione e sviluppo di nuovi meccanismi produttivi; oppure contenimento dei costi produttivi in funzione di maggiore concorrenzialità; ecc.).

Come sottolineato anche da altri commentatori, mancano, inoltre, indicazioni precise concernenti il coordinamento con gli strumenti di politiche industriali che, con riferimento diretto o indiretto, includono le reti. Non si chiariscono i rapporti tra contratti di rete e consorzi, ATI, joint ventures ed altre figure oggi impiegate per la realizzazione di forme di collaborazione.

Il dato certo è che l'Italia è all'avanguardia nel Contratto di Rete essendo il primo Paese europeo ad averlo inserito nel proprio ordinamento e con la predisposizione di concrete linee guida per la costruzione di contratti "standard" in questo settore si potrà «sfruttare» in maniera ottimale uno strumento potenzialmente in grado di incidere sul settore imprenditoriale in questi tempi di crisi economica mondiale.

Relazione annuale della Corte dei Conti: aspetti critici del settore Sanità

Avv. Silvia Stefanelli
Studio Stefanelli
Bologna

La relazione annuale della Corte dei Conti (pubblicata sul sito www.corteconti.it nei primi giorni di marzo) è l'occasione per una interessante analisi delle fattispecie che hanno portato a profili di responsabilità per danno erariale nel corso dell'anno passato: sotto questo profilo la sanità conferma di essere un terreno abbastanza fertile per il verificarsi di fattispecie dannose per la finanza pubblica.

I risarcimenti in tale settore ammontano infatti ad oltre 22 milioni di euro, a cui saranno tenuti 144 soggetti persone fisiche ed 8 persone giuridiche. Vediamo i casi più interessanti.

Oltre alle sentenze in sede di appello delle Sezioni Centrali (che hanno per lo più confermato le sentenze di primo grado, in alcuni casi riducendo gli importi a titolo di risarcimento), a livello territoriale i casi più rilevanti dell'anno 2011 sono stati:

- condanna di un dirigente medico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro per un risarcimento di 76 mila euro per avere violato il rapporto di esclusività con l'Azienda medesima avendo, illegittimamente, esercitato attività libero professionale intramuraria ed avendo svolto attività extraistituzionale, in carenza di autorizzazione, così violando la disciplina delle incompatibilità. Per la stessa ipotesi di responsabilità amministrativa sono in attesa di giudizio presso la Corte calabrese più di altri cento medici (corte dei Conti Calabria)
- condanna di oltre 1,5 milioni di euro per danno patrimoniale ed altri 200

mila euro di danno all'immagine, inflitto ad un presunto medico anestesista per aver esercitato, benché privo del possesso del diploma di laurea, l'attività sanitaria per circa 27 anni presso un'Azienda ospedaliera che lo aveva a suo tempo assunto sulla base di documentazione risultata poi falsa (Corte dei Conti Toscana)

- condanne per quasi 1,6 milioni di euro complessivi per fattispecie di vario genere (danni indiretti da lesioni, truffe e falsità, opere inutilizzabili ancorché pagate, illecite mansioni superiori, indebita transazione, danni all'immagine per abusi sessuali, irregolare affidamento di incarichi) (Corte dei Conti Lazio)
- condanna di oltre 819 mila euro (la richiesta risarcitoria della Procura era stata di quasi 1,4 milioni) per un caso di truffa al S.s.n. effettuata da alcuni medici e farmacisti, i quali avevano ideato un articolato sistema di false prescrizioni, che oltre ad essere numericamente eccessive erano anche ideologicamente false: i primi compilando ricette per patologie diverse da quelle sofferte dagli assistiti o in misura notevolmente eccedente le necessità terapeutiche dei medesimi, ovvero intestando ricette ad assistiti risultati deceduti anteriormente alla data della prescrizione, i secondi, consapevoli del raggirio, fornendo compiacentemente in sostituzione farmaci di fascia "C" o altri prodotti non rimborsabili, ma chiedendo ed ottenendo il rimborso dalla A.S.L.

delle predette ricette non veridiche.

In tale vicenda la decisione assunta si presenta rilevante sia per la parte che ha accolto il criterio di determinazione equitativa del danno (introducendo, tuttavia, alcuni correttivi), sia per l'affermazione di ammissibilità delle prove relative alle trascrizioni di intercettazioni telefoniche, utilizzate esclusivamente nel giudizio contabile non essendo il giudizio penale giunto neppure alla fase dibattimentale (Corte dei Conti della Liguria).

In generale poi appaiono piuttosto diffuse le fattispecie di esercizio non corretto della professione medica intramuraria o privata; ricorrenti anche i casi di rimborsi ottenuti, ma non dovuti, a carico del S.S.N. da strutture non correttamente accreditate o convenzionate, fattispecie di danni erariali relativi alla mancata distribuzione diretta dei farmaci del prontuario PHT (i più costosi) (Sezione Friuli V.G.) ed a elusione al sistema ed ai principi di accreditamento delle strutture private ed alla disciplina sulla esclusività del rapporto d'impiego del medico dipendente dal S.S.N. (Sezione Emilia Romagna).

Da ultimo nel corso del 2011 si sono affermati alcuni orientamenti giurisprudenziali della Suprema Corte di cassazione che, seppur non originati da processi contabili, sono tuttavia forieri di possibili ricadute applicative anche nell'ambito della giurisdizione di responsabilità amministrativa. In particolare è stato ribadito che il dovere di cura del medico a favore del paziente non può essere limitato dai paralleli obbli-

ghi di contenimento della spesa. Più esattamente:

- Cass Pen n. 8254/2011 (Sezione quarta penale) ha affermato la prevalenza del diritto alla salute (e quindi il diritto ad una compiuta assistenza sanitaria) rispetto alla pur meritevole attenzione per le esigenze di spesa, stabilendo che la responsabilità professionale sanitaria non può essere limitata per il fatto che il medico abbia rispettato le direttive in materia di contenimento della spesa, venendo meno in questo modo però alle necessità terapeutiche del caso concreto (episodio di un paziente deceduto subito dopo le dimissioni disposte per decorso dei termini standard previsti).
- Cass. Pen. n. 34402/2011 (Sezione sesta penale), che ha affermato la priorità della sollecita e piena assistenza rispetto alle linee guida o ai modelli operativi standard (episodio di mancato intervento di un medico a bordo dell'ambulanza, perché la chiamata non era transitata attraverso la centrale operativa).

La sanità conferma di essere un terreno abbastanza fertile per il verificarsi di fattispecie dannose per la finanza pubblica. I risarcimenti in tale settore ammontano infatti ad oltre 22 milioni di euro

Progetto O.R.M.E.: una nuova e strategica partnership tra pubblico e privato

A spiegarcelo Omar Israkh, ceo Medtronic e Luciano Frattini, Presidente e AD Medtronic Italia

di Enza Colagrosso

A Milano, lo scorso 13 aprile, è stato firmato dal Presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, dal CEO Medtronic Omar Israkh e dal Presidente e Amministratore delegato di Medtronic Italia, Luciano Frattini il progetto O.R.M.E. (Outcomes Research and Medtech Efficiency), alla presenza del Console degli Stati Uniti Kyle R. Scott. Una partnership che vedrà l'utilizzo della banca dati del Servizio sanitario Lombardo, giudicato dal CEO di Medtronic "il migliore o tra i migliori per quantità e qualità dei dati a livello mondiale", che vanta al suo interno gli estremi di ben 10 milioni di cittadini. Formigoni ha spiegato che la Regione Lombardia oggi può disporre di un archivio "in grado di ricostruire, ovviamente in modo anonimo e tutelando la privacy, la storia clinica di ognuno dei 10 milioni di cittadini lombardi". Si tratta di un enorme flusso di informazioni "che costituisce uno strumento fondamentale per le decisioni sulla pianificazione e sul controllo del sistema". Sono proprio questi dati che il progetto O.R.M.E. utilizzerà al fine di stabilire sia evidenze di carattere medico scientifico che analisi di impatto economico. La ricerca durerà due anni e svilupperà una serie di analisi su sette aree tematiche con indagini relative a epidemiologia, costi per il SSR, impatto delle tecnologie, modelli organizzativi e percorsi diagnostico terapeutici. A Luciano Frattini abbiamo chiesto di spiegarci più dettagliatamente il progetto.

Presidente Frattini cos'è il progetto O.R.M.E.?

È un progetto condiviso con la Regione Lombardia che si prefigge l'obiettivo di capire quanto l'innovazione tecnologica, oltre a migliorare la qualità delle cure, possa anche ridurre i costi delle patologie croniche a carico del Sistema Sanitario Regionale. Un modo per convincerci che l'innovazione tecnologica, più che un "costo aggiuntivo", dovrebbe essere considerata un'opportunità per garantire terapie sempre più appropriate, che allo stesso tempo aiutino i Sistemi Sanitari a contenere la spesa.

Ciò che andremo a fare nel prossimo biennio, con la collaborazione di medici e istituzioni, sarà di valutare, all'interno di sette aree tematiche di una certa prevalenza (ipertensione resistente, gestione del sangue, fibrillazione atriale, morte cardiaca improvvisa/scompenso, patologie degenerative della colonna vertebrale, sincope e piede diabetico), l'impatto che l'innovazione tecnologica applicata alle cure produce sia in termini di appropriatezza della terapia che, soprattutto, di risparmio economico. Il numero dei pazienti toccati da queste patologie croniche si aggira intorno a qualche centinaio di migliaia: in una prima fase del programma, capiremo quanto questi pazienti oggi "costano" alla Regione Lombardia, mentre nella seconda fase valuteremo l'impatto economico di nuove terapie e/o modelli organizzativi, che dovrebbero garantire una cura migliore, ma anche costi ridotti.

Abbiamo visto oggi una firma che ha sancito l'avvio di una ricerca ma anche di una collaborazione tra istituzioni, mondo industriale e medici. Questo è sintomo di un cambiamento, quale?

Il cambiamento c'è ed è già in atto: è il risultato della sfida che oggi ha raggiunto le istituzioni, il mondo industriale e quello medico, tutti accomunati da un unico obiettivo, garantire il mantenimento di standard elevati di innovazione tecnologica e di eccellenza nell'offerta medica, nonostante il necessario contenimento della spesa sanitaria. Medtronic, anche in questo, intende fare la sua parte sviluppando tecnologia che possa garantire appropriatezza terapeutica con la riduzione dei costi di gestione relativi ai pazienti a cui essa si rivolge.

Abbiamo chiesto al CEO Medtronic Omar Ishrak, il compito di presentarci Medtronic:

Può descriverci, magari con l'aiuto dei numeri, per rendercelo più chiaro, cos'è Medtronic?

Medtronic è un'azienda, forse la più grande al mondo con il suo fatturato da 16 miliardi di dollari, che produce una vasta gamma di dispositivi medicali impiantabili e non, utilizzati nella cura di molte patologie e per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Oltre il 43% di questo fatturato è generato dal mercato internazionale che comprende 120 Paesi al di fuori degli Stati Uniti.

Perché un'azienda come Medtronic sceglie di fare un accordo con la

Regione Lombardia?

Per renderle più chiara la mia risposta devo spiegarle qual è la nostra visione aziendale per il prossimo futuro: noi prevediamo che l'utilizzo delle tecnologie avanzate porterà a un miglioramento crescente dei risultati che prodotti come i nostri ottengono in ambito medico producendo allo stesso tempo il contenimento dei costi. Sembrano questi essere due obiettivi ma in realtà li prendiamo in considerazione come fossero due facce complementari di quel risultato che dobbiamo esser pronti a offrire non solo al Servizio Sanitario Italiano ma a quello di molti Paesi. Per raggiungere questo risultato occorre lavorare sul maggior numero possibile di dati completi e avere inoltre la possibilità di collaborare con dei partner che condividano questa visione. I Sistemi Sanitari richiedono oggi aziende in grado di fornire soluzioni che possano andare oltre il valore clinico. Dobbiamo quindi dimostrare il valore economico dei prodotti che possiamo offrire ai nostri interlocutori e al sistema. Regione Lombardia rappresenta un Sistema Sanitario altamente efficiente, innovativo e basato sui dati. Queste caratteristiche lo rendono nostro partner ideale per migliorare la qualità e ridurre i costi sanitari. Da questa sinergia può nascere un modello che a breve potrebbe essere adottato anche da altri sistemi sanitari regionali italiani o mondiali. Posso poi affermare, dopo aver girato tutto il mondo e conosciuto e confrontato diversi sistemi sanitari, che la Lombardia rappresenta una vera eccellenza.

Soluzione al problema dell'apertura delle offerte tecniche e della loro custodia

Marco Molinari
Consigliere ATE

Negli appalti da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (o.e.p.v.) le offerte tecnico/qualitative devono essere valutate in sedute riservate, ma la norma nulla dice in ordine all'apertura dei relativi plichi. Ciò ha accreditato la possibilità che tale operazione potesse essere rinviata al momento della loro valutazione da parte della Commissione giudicatrice, in seduta riservata. Pertanto, fino alla sentenza riportata nel testo in evidenza nella pagina seguente, di norma nella lex specialis di gara si prevedeva che nella prima seduta pubblica si sarebbero effettuate le seguenti operazioni:

- controllo dell'integrità dei plichi e del loro pervenimento entro il termine previsto;
- verifica della presenza al loro interno delle tre buste sigillate contenenti rispettivamente la documentazione amministrativa (Busta A), la documentazione tecnico/qualitative (Busta B) e l'offerta economica (Busta C)
- apertura della Busta A ed ammissione dei concorrenti la cui documentazione era risultata conforme a quanto richiesto;
- siglatura da parte del Presidente del seggio di gara delle Buste B e C; le prime per essere trasmesse al Presidente della commissione giudicatrice e le seconde per essere custodite fino alla data di apertura in una successiva seduta pubblica, dopo la conclusione dei lavori della Commissione giudicatrice.

D'altro canto, anche la giurisprudenza

si era limitata a fare solo rilievi del tipo: "seppure la norma prescriva che la valutazione delle offerte tecniche deve avvenire in sedute riservate, ciò non implica affatto che debba svolgersi in seduta riservata anche la loro apertura, nulla ostando che avvenga in seduta pubblica purché sia garantita la loro valutazione in seduta riservata". Oppure che: "la mera constatazione dell'integrità delle buste contenenti l'offerta tecnica soddisfa solo parzialmente alle esigenze di trasparenza e pubblicità. Senza una ricognizione pubblica del loro contenuto documentale non ci si garantisce dal pericolo di manipolazioni successive".

Il nuovo corso trae origine dall'ordinanza n. 2987 del 17.5.2011 con cui il C.d.S. sez. V°, rimette la questione dell'apertura delle offerte tecniche all'Adunanza Plenaria. Quest'ultima infatti, presieduta dal De Lise, con sentenza n. 13 del 28.7.2011, basandosi sulla corretta interpretazione dei principi comunitari e del diritto interno in materia di trasparenza e di pubblicità nelle gare con specifico riferimento all'apertura della busta dell'offerta tecnica, ha stabilito che: "La verifica della integrità dei plichi non esaurisce la sua funzione nella constatazione che gli stessi non hanno subito manomissioni o alterazioni, ma è destinata a garantire che il materiale documentario trovi correttamente ingresso nella procedura di gara, giacché la pubblicità delle sedute risponde all'esigenza di tutela non solo della parità di trattamento dei concorrenti, ai quali deve essere permesso di effettuare

gli opportuni riscontri sulla regolarità formale degli atti prodotti e di avere così la garanzia che non siano successivamente intervenute indebite alterazioni, ma anche dell'interesse pubblico alla trasparenza ed all'imparzialità dell'azione amministrativa, le cui conseguenze negative sono difficilmente apprezzabili ex post una volta rotti i sigilli ed aperti i plichi, in mancanza di un riscontro immediato....(omissis).... La verifica dei documenti contenuti nella busta consiste in un semplice controllo preliminare degli atti inviati, che non può eccedere la funzione, di ufficializzare la acquisizione della documentazione di cui si compone l'offerta tecnica. Tale operazione non deve andare al di là del mero riscontro degli atti prodotti dall'impresa concorrente, restando esclusa ogni facoltà degli interessati presenti di prenderne visione del loro contenuto, al fine di non violare i precetti imposti dall'art. 13 del D. Lgs 163/2006. La garanzia di trasparenza richiesta in questa fase si considera assicurata quando la commissione, aperta la busta del singolo concorrente, abbia proceduto ad un esame della documentazione leggendo il solo titolo degli atti rinvenuti, e dandone atto nel verbale della seduta."

Una siffatta sentenza fa sorgere immediatamente almeno le seguenti domande:

- 1) l'obbligo di apertura delle offerte tecniche in seduta pubblica vale per tutti gli acquisti da aggiudicarsi con il criterio dell'o.e.p.v., o solo per quelli di importo superiore alla soglia comunitaria?
- 2) La lettura pubblica del titolo degli atti

rinvenuti nella busta con la documentazione tecnica è sufficiente a precludere successive indebite manomissioni? Alla prima domanda ha già risposto il TAR Lombardia che con sentenza 2110 del 31.8.2011 ha stabilito che la pronuncia dell'A.P. si è limitata a consolidare un orientamento già presente in giurisprudenza e non ad affermare principi innovativi. Quindi vale anche per il sotto soglia e per le gare ad essa precedenti.

Invece per la seconda, appare ovvio che la lettura dei soli titoli degli atti rinvenuti nelle Buste tecniche non elimina il rischio della possibile manomissione del loro contenuto (non lo eliminerebbe neanche se venissero siglati su ogni foglio). Per di più, bisogna tener conto che normalmente il tempo intercorrente tra la prima seduta pubblica (in cui d'ora in poi dovranno essere aperte anche le offerte tecniche) e la prima riunione della Commissione giudicatrice non è sempre breve....e come si sa, il rischio di manomissione aumenta proporzionalmente al tempo in cui le offerte restano aperte. Proprio per questo il TAR

Anche l'apertura delle buste contenenti le offerte tecnico/qualitative va fatta in seduta pubblica (Adunanza Plenaria del C.d.S., sentenza n. 13 del 28.7.2011)

Aquila, con sentenza n. 439 del 28.6.2010, aveva ritenuto che: "la stazione appaltante non è affatto tenuta a procedere, in seduta pubblica, anche all'apertura del plico sigillato contenente l'offerta tecnica da valutare in separata sede, almeno tutte le volte in cui la seduta riservata di valutazione non si svolga in stretta e successiva prossimità, senza apprezzabili pause che potrebbero determinare un pericoloso stallo di buste ormai aperte e prive di sigilli, nell'attesa indeterminata di un loro esame".

Speriamo che per questo motivo, prossimamente la giurisprudenza non ci obblighi ad effettuare una specifica seduta pubblica per l'apertura delle offerte tecniche da farsi immediatamente prima dell'inizio dei lavori della Commissione giudicatrice, visto che in materia di custodia delle offerte la giurisprudenza ci ha abituato a continue repentine giravolte. Infatti, il C.d.S., sez. V°, con sentenza n. 1094 del 22.2.2011, prima stabiliva che: "la mancata dettagliata indicazione nei verbali di gara delle specifiche modalità di custodia dei plichi e degli strumenti utilizzati per garantire la segretezza delle offerte, non costituisce di per sé motivo di illegittimità del verbale e della complessiva attività posta in essere dalla commissione di gara, dovendo invece aversi riguardo al fatto che, in concreto, non si sia verificata l'alterazione della documentazione. Il Collegio non ignora l'orientamento giurisprudenziale secondo il quale la tutela della integrità dei plichi contenenti gli atti di gara deve essere assicurata in astratto e che è quindi sufficiente che la documentazione di gara sia stata sottoposta a rischio di manomissione per ritenere invalide le operazioni di gara, ma ritiene tale rigoroso e formalistico indirizzo non risponda al criterio di logicità e buon andamento cui deve uniformarsi l'attività della P.A., considerato anche che parte appellante non ha fornito

il minimo principio di prova della eventuale manomissione dei plichi o quanto meno di un concreto pericolo di manomissione".

Successivamente lo stesso C.d.S., sez. V°, con sentenza n. 1617 del 16.3.2011, ha invece ritenuto che: "In nessuno verbale di gara sono state indicate le operazioni relative alla chiusura e alla custodia dei plichi e pertanto la commissione giudicatrice non ha adempiuto al preciso obbligo di predisporre particolari cautele a tutela della integrità e della conservazione dei plichi, di cui deve fare esplicita menzione nel verbale di gara. Il collegio non condivide l'indirizzo giurisprudenziale, che assegna alla mancanza delle indicate cautele un ruolo puramente indiziario, non idoneo ad inficiare la procedura di gara, in assenza di una specifica e concreta irregolarità derivata dalla detta omissione. Infatti, le misure di cautela relative alla conservazione dei plichi sono volte a salvaguardare la possibilità, e non l'effettività, della manomissione. Pertanto è sufficiente che vi sia la prova in atti che la documentazione di gara sia rimasta esposta al rischio di manomissione per ritenere invalide le operazioni di gara, non potendosi porre a carico dell'interessato l'onere di provare che vi sia stato in concreto l'evento che le misure cautelari intendono prevenire".

Sulla stessa linea di quest'ultima, risulta anche la sentenza C.d.S., sez. III, n. 1368 del 3 marzo 2011: "non vale ad escludere la illegittimità del comportamento tenuto dalla Amministrazione la considerazione che non si sarebbe concretamente verificata alcuna manomissione dei plichi contenenti le buste, atteso che la tutela giuridica dell'interesse pubblico al corretto svolgimento delle gare pubbliche secondo i principi di cui all'art. 97 della Costituzione, deve essere assicurata in astratto e preventivamente e non può essere considerata soddisfatta sulla base della mera situazio-

ne di fatto del mancato verificarsi di eventi dannosi. Ai fini della tutela della segretezza delle offerte, e per assicurare la "par condicio" e la trasparenza delle operazioni concorsuali occorre invece che la Commissione di gara predisponga particolari cautele per la conservazione delle buste contenenti le offerte, e di dette cautele si faccia espressa menzione nel verbale di gara, non potendo tale verbalizzazione essere surrogata da dichiarazioni postume del presidente circa lo stato di conservazione dei plichi. La inosservanza delle suindicate cautele da parte della Commissione, rende dunque illegittima l'intera procedura concorsuale.

Considerazione

Sarebbe stato meglio se quei giudici amministrativi che hanno collaborato alla stesura del Codice dei contratti pubblici e del Regolamento attuativo avessero in quella sede trovato una soluzione ai suddetti problemi a loro ben noti, senza mantenere un torbidume dove chi può ci sguazza. Bastavano due righe per far risparmiare tempo e denaro agli operatori economici ed alle P.A. per ricorsi e controricorsi su questa materia. Ma si sa, "Cicero pro domo sua". Rebus sic stantibus, per evitare ulteriori aggravii procedurali e perdite di tempo, le stazioni appaltanti dovranno arrangiarsi per cercare delle soluzioni alternative all'obbligo di dover aprire in seduta pubblica tutte le offerte tecniche sopra e sotto soglia e custodirle correttamente (?). Diversamente sul loro operato penderà sempre una spada di Damocle...

Proposta

Il Codice dei contratti prevede la possibilità di acquistare mediante aste elettroniche ed anche di adottare procedure di gara interamente gestite con sistemi telematici. In entrambi i casi, la pubblicità e la traspa-

renza delle procedure così come la segretezza e la custodia delle offerte risultano garantite indipendentemente dalle sedute pubbliche, dalla presenza dei concorrenti, dai sigilli di ceralacca e da casseforti per custodire le offerte.

Seguendo questa strada forse sarà possibile trovare una soluzione che ci permette contestualmente anche di ottemperare alle sollecitazioni del legislatore che invita le P.A. ad avvalersi delle procedure telematiche "al fine di assicurare una maggiore celerità e semplificazione nell'approvvigionamento dei beni e servizi e di garantire la massima trasparenza e parità di trattamento dei concorrenti".

Fino ad ora, con gli acquisti telematici le stazioni appaltanti hanno richiesto ai concorrenti di inserire la loro offerta firmata digitalmente, ex art. 77, comma 2, del D. Lgs 163/2006, o sul portale del gestore, oppure di trasmetterla su appositi files non in linea con il sistema del gestore che poi vengono inviati via PEC connettendosi al portale nei tempi previsti. Connessioni protette Https, trasmissioni via PEC certificanti che le offerte sono arrivate alla stazione appaltante; firme digitali a garanzia della paternità del contenuto, marca temporale avente le stesse caratteristiche della firma digitale, attestante che l'offerta è arrivata entro il termine previsto dal bando, garantiscono che i files non vengano intercettati da agenti esterni (pirati informatici) e che non sia possibile modificare il contenuto delle offerte senza far saltare la firma digitale.

Questa procedura potrebbe essere adottata anche per aggiudicare gli appalti di fornitura con il criterio dell'o.e.p.v., saltando così a piè pari tutte le incombenze conseguenti alle su riportate pronunce giurisprudenziali relative all'apertura, lettura e custodia delle offerte?

Bisognerà però fare qualcosa in più dal punto di vista procedurale. Infatti, per assicurare l'inviolabilità delle offerte anche in astratto, come vorrebbe la giurisprudenza, bisogna eliminare completamente il rischio che l'offerta, una volta inserita nel sistema del gestore, possa essere "violata" da chi è autorizzato ad effettuare determinati interventi interni al sistema stesso. Costui la potrebbe cambiare oppure potrebbe informare qualche operatore economico concorrente. In ogni caso sarebbe difficile scoprirlo, né sarebbe facilmente imputabile alla responsabilità del gestore che non potrebbe comunque mai essere considerato una sorta di pubblico ufficiale o di RUP aggiunto.

Soluzione

Non sapendo se esistono dei sistemi informatici che possano garantire anche astrattamente una assoluta inviolabilità da possibili ingerenze "interne al sistema", sarà possibile raggiungere lo stesso obiettivo mediante la seguente serie temporale di azioni che le renderebbero comunque ininfluenti.

- a) La stazione appaltante quando pubblica il bando di gara, mette a disposizione dei concorrenti tre files (uno per l'inserimento della documentazione amministrativa; uno per l'inserimento della documentazione tecnico/qualitativa ed uno per l'inserimento di quella economica), indicando quando, come e dove devono essere compilati
- b) Questi tre files saranno compilati autonomamente dai concorrenti sul loro personal computer, senza collegarsi al server del gestore del sistema telematico utilizzato per lo svolgimento della gara.
- c) Entro i termini indicati dal disciplinare di gara, ogni concorrente apporrà sui propri files la firma digitale (che ne ga-

rantisce la non ripudiabilità) e la marca temporale (che garantisce che il file è stato "congelato" entro il termine previsto). Quindi, caricherà nel server del gestore i numeri di serie delle marche temporali che individuano quei files su cui sono state apposte (Così facendo, si avrà il riferimento certo al contenuto dei files, anche prima che siano stati caricati nel sistema).

- d) Quando poi il sistema abiliterà al caricamento dei files contenenti la documentazione amministrativa, tecnica ed economica, questi potranno anche non essere criptati, non essendo più possibile manometterli e/o giovare della loro conoscenza, visto che ormai tutte le offerte sono già state congelate e rese immutabili. (In questo modo, il periodo di tempo intercorrente tra quest'ultima operazione di caricamento dei files e quella in cui i concorrenti avevano congelato le loro offerte indicando i numeri di serie che le identificano, potrà anche essere molto lungo senza che per questo sorgano dei problemi sulla loro custodia. Infatti le offerte sono custodite dagli stessi concorrenti che, avendole congelate, non potranno più modificarle né sostituirle, sollevando così il RUP dalle relative responsabilità.

Conclusioni

Questa procedura che è facilmente comprensibile e praticabile, ha il pregio di rispettare nella sostanza più che nella forma il rispetto dei principi di pubblicità, trasparenza e segretezza.

Inoltre, ridurrà i contenziosi sulla custodia, eliminerà alla radice l'ingiustificato e sempre mal celato sospetto di inaffidabilità dei pubblici funzionari ed introdurrà anche le "procedure verdi"... giurisprudenza permettendo.

Prepararsi alla Nuova Direttiva Europea sulla prevenzione delle ferite da taglio e da punta

È ormai imminente il recepimento della Direttiva europea che renderà obbligatoria l'introduzione di dispositivi di sicurezza per gli operatori sanitari al fine di prevenire le ferite da taglio e da punta. I Ministeri europei del Lavoro e delle Politiche Sociali hanno adottato una nuova Direttiva¹ che ha l'obiettivo di aiutare gli operatori sanitari a prevenire le ferite da punta causate da strumenti medici quali aghi ipodermici e dispositivi per il prelievo di sangue che possono provocare infezioni causate da patogeni a trasmissione ematica quali epatite o HIV. Dall'inizio del 2000 è già stato fatto molto dalle associazioni di operatori sanitari per mettere in luce il pericolo delle ferite da punta, descritte dal Parlamento Europeo come "una delle minacce più gravi alla salute e alla sicurezza sul posto di lavoro in Europa... e si stima che siano la causa di un milione di ferite ogni anno"².

Secondo i termini della Direttiva Europea, le organizzazioni degli operatori sanitari saranno obbligate ad adottare misure per la prevenzione di ferite da punta, tra le quali l'utilizzo di dispositivi di sicurezza, quali aghi, dispositivi per la flebotomia e cateteri venosi, che siano forniti di scudo di sicurezza o ago retrattile.

Viene richiesto che la Direttiva venga implementata nelle legislazioni nazionali di tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea al massimo entro l'11 maggio 2013. È interessante notare come la legislazione sia il risultato di una richiesta coordinata e condivisa di organizzazioni

di datori di lavoro e di operatori sanitari. Diversi studi hanno dimostrato come l'adozione di dispositivi di sicurezza, quali cateteri e siringhe riduca drasticamente il numero di ferite³. La Direttiva conferma che è responsabilità dei datori di lavoro proteggere gli operatori sanitari dal rischio di ferite da punta, e quindi implementare la Direttiva sarà obbligatorio per legge. Nonostante i bilanci sanitari siano soggetti a tagli in tutta Europa, molte aziende sanitarie sostengono già con forza le ragioni per una conversione ai dispositivi di sicurezza. Le aziende sanitarie che hanno deciso di adottare i dispositivi di sicurezza⁴ riconoscono che l'adozione di questi dispositivi è fondamentale per fornire un ambiente di lavoro più sicuro, per eliminare i costi derivanti dalla diagnostica e trattamento terapeutico del personale ferito e dall'assenza di personale e per evitare azioni legali dannose e costose.

In Italia l'adozione di dispositivi di sicurezza è ancora limitata⁵, tuttavia una ricerca condotta dal network Siroh (Lo Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV e da altri patogeni a trasmissione ematica), coordinata dal Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Nazionale per

Andrea Zanella
Country General Manager
Italia e Grecia
Becton Dickinson (BD)

1.

Direttiva Europea n.32 del 2010 del Consiglio (http://www.normativasanitaria.it/hormsan-pdf/CEE/2010/34888_1.pdf)

2.

EU Commission for Employment, Social Affairs and Inclusion, New legislation to reduce injuries for 3.5 million healthcare workers in Europe, 8th March 2010.

3.

International Council of Nurses, Nursing Matters Fact Sheet, ICN on selecting safer needle devices

4.

Examples include, Medisch Centrum Haaglanden, Atrium Medisch Centrum Heerlen, Laboratoires GEN-BIO

5.

Infermieri prime vittime di tagli e punture accidentali in sanità, Ipasvi, 12/09/2011 (<http://www.ipasvi.it/attualita/infermieri-prime-vittime-di-tagli-e-punture-accidentali-in-sanita-id174.htm>)

Il costo delle ferite da punta, il rischio giuridico e la redditività del capitale investito nei dispositivi di sicurezza

le Malattie Infettive "Luigi Spallanzani" ha dimostrato che l'introduzione di dispositivi medici di sicurezza potrebbe ridurre la percentuale di ferite accidentali da punta del 75 per cento⁶. Ora che la Direttiva Europa è in fase di adozione, la conversione verso i dispositivi di sicurezza sta velocemente diventando sempre più urgente. In questo articolo vengono presentate varie considerazioni a livello europeo ed internazionale sui costi delle cure delle ferite da punta oltre che sul rischio giuridico e sui risarcimenti, per aiutare i direttori sanitari e i responsabili per la salute e la sicurezza, che operano sia in aziende sanitarie pubbliche che private, a pianificare al meglio la conversione ai dispositivi medici di sicurezza.

6.

"Sanità: in ospedale 96 mila 'incidenti' l'anno a rischio infezione per operatori", Adnkronos, 6th September 2011 (http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Sanita-in-ospedale-96-mila-incidenti-l'anno-a-rischio-infezione-per-operatori_312423247151.html)

7.

"Sanità: in ospedale 96 mila 'incidenti' l'anno a rischio infezione per operatori", Adnkronos, 6th September 2011 (http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Sanita-in-ospedale-96-mila-incidenti-l'anno-a-rischio-infezione-per-operatori_312423247151.html)

8.

Statistica rilevata da: "ASUR 6 Fabriano" Dottoressa Anna Maria Colao, 2009. Direct costs include the determination of the serological status of the patient, the serological determination of the state operator, the post-exposure prophylaxis to HBV positive source for the post-exposure prophylaxis for HIV to display the source, the monitoring of HIV status post-operator exposure up to 12 months.

9.

Pietro Ragni, Il rischio biologico occupazionale in ambito sanitaria, Servizio Sanitario Regionale Reggio-Emilia, 25 Ottobre 2007

10.

Armada Gil L, Fernandez Cano MI, Albero Andres I, Angles Mellado ML, Sanchez Garcia JM, Campins Marti M, Vaque Rafart J. [Safety-engineered devices to prevent percutaneous injuries: cost-effectiveness analysis on prevention of high-risk exposure] Gac Sanit 2006 Sep-Oct;20(5):374-81.

11.

Anna H. Glengard ;Ulf Persson, Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe Scandinavian Journal of Infectious Diseases, Volume 41, Issue 4 2009, pages 296 – 302.

Il costo delle ferite da punta e la redditività del capitale investito in dispositivi di sicurezza

Negli ultimi dieci anni una serie di analisi e studi si sono focalizzati sul costo delle ferite da punta. Molti studi considerano i costi delle ferite da punta quelli che bisogna affrontare per la cura della persona ferita: le cifre di questi costi variano da qualche centinaia a qualche migliaia di euro. Tuttavia questi studi escludono fattori quali il costo dell'assenza per malattia della persona ferita e il costo del personale che sostituirà l'operatore sanitario ferito, il costo delle dimissioni, lo spreco dei soldi investiti per la formazione del personale che se ne va, o i costi legati all'assunzione di nuovo personale a causa della necessità di un ricambio più frequente. Anche quando questi costi indiretti non vengono calcolati, gli studi condotti vedono l'adozione dei dispositivi di sicurezza come una decisione economicamente vantaggiosa. Se si considera che ogni anno in Italia

avvengono circa 96.000 casi di lesioni percutanee con ferite da punta⁷, di cui il 65% causate da aghi cannula che possono provocare infezioni, ogni caso di ferita accidentale genera un costo "diretto" che complessivamente può ammontare ad oltre 70 milioni di euro⁸.

Secondo le informazioni fornite durante l'evento "La sicurezza nelle aziende sanitarie: elementi per elaborare un bilancio"⁹, coordinato dal 'Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna', oltre a queste spese dirette, si devono prendere in considerazione altri costi. Prima di tutto i costi indiretti causati dalla perdita di produttività di un operatore sanitario che ha subito una ferita da punta. Sebbene risulti difficile da quantificare, possiamo pensare che la ferita stessa, la necessità di sottoporsi di frequente a test diagnostici e l'impatto di ogni giorno di malattia causato dagli effetti collaterali dei farmaci assunti durante la profilassi incidono in modo sostanziale su queste spese. Inoltre le aziende sanitarie potrebbero dover sostenere spese legate alla cura di infezioni causate da patogeni a trasmissione ematica contratte dagli operatori sanitari se le cure di profilassi generale non dovessero funzionare. Sebbene l'insorgenza di Epatite B e C e di AIDS sia relativamente rara, la cura per queste malattie è estremamente costosa.

Uno studio spagnolo¹⁰ ha trovato che "il risparmio per la cura delle ferite da punta supera i costi aggiuntivi di alcuni dispositivi [di sicurezza] per la prevenzione delle ferite da punta... tuttavia deve essere preso in considerazione il rischio di ferita da punta di ogni dispositivo".

Uno studio svedese¹¹ ha riportato che "[in Svezia] il numero previsto di ferite che si possono evitare introducendo l'utilizzo di dispositivi di sicurezza può essere

stimato intorno alle 3.125, e il costo da queste derivanti sarebbe di 850.000 €." I costi che potrebbero essere evitati per la cura di infezioni causate da patogeni a trasmissione ematica sono molto più alti. Lo Scottish National Health Service ha dichiarato che "per questo tipo di casi i costi finanziari e umani sono alti, e stimati tra le 10.000€ e 620.000€."¹²

Sebbene l'adozione di dispositivi medici di sicurezza richieda la necessità di investire, questi costi tuttavia non sono insormontabili. Un altro studio europeo¹³ ad esempio ha scoperto che "l'aumento di spesa diretta è di 0,558 € per paziente nel pronto soccorso e di 0,636 € per paziente in reparto... L'uso adeguato di dispositivi [di sicurezza] per la prevenzione di ferite percutanee è una misura molto efficace per prevenire questo tipo di ferite tra gli operatori sanitari". In Spagna, in cinque delle comunità autonome l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è diventato ora obbligo giuridico. Le prove del ruolo chiave della Spagna in questo ambito possono essere trovate in uno studio completato già nel 2002 dal General Council of Hospital, che faceva ammontare a 30 milioni di euro il risparmio annuale dato dall'utilizzo di dispositivi di sicurezza¹⁴.

L'impatto delle azioni legali ospedaliere

Diverse aziende hanno introdotto politiche di sicurezza in modo parziale o totale sulla base di un modello economico, ma questo non sempre è il fattore iniziale che porta la direzione dell'azienda a considerare la conversione come una priorità. In alcuni casi è la minaccia di azioni legali potenzialmente dannose o di indennizzi particolarmente costosi per una ferita da punta a spingere ad adottare politiche di sicurezza.

Le aziende sanitarie devono far fronte a un numero sempre crescente di richieste di risarcimento e hanno sempre più difficoltà ad attrarre e trattenere personale adeguato e ben formato¹⁵. Vale la pena quindi analizzare alcuni casi di richieste di indennizzo avvenuti in Europa, per cercare di capire meglio il tipo di rischio che presentano.

In Italia le richieste di risarcimento nei confronti di aziende sanitarie e di medici sono aumentate del 73% nel periodo 1996-2007¹⁶. Una sentenza emessa dal tribunale di Campobasso ha concesso un risarcimento di 400.000 € ad una infermiera incinta che, nel fare una iniezione ad un paziente HCV positivo si era punta ed aveva contratto il virus, trasmettendo la malattia anche alla nascita¹⁷. Il tribunale ha riconosciuto che nella struttura in cui operava l'infermiera mentre era incinta sarebbe stato necessario adottare maggiori misure di sicurezza.

In Francia, l'Articolo L541-46 del 'Code de l'Environnement' prevede due anni di reclusione e una sanzione pecuniaria fino a 75.000 € per la gestione negligente delle aziende sanitarie. In Germania, secondo il regolamento "Biological Agents in Health Care and Welfare Facilities" (TRBA 250) il direttore sanitario negligente rischia fino a tre anni di reclusione.

La Gran Bretagna fornisce i casi più dettagliati relativi a richieste di risarcimento andate a buon fine, che di solito vengono supportati da influenti sindacati. Un'importante causa ha stabilito un precedente per danni non solo per la ferita da punta di per sé, ma anche per i danni morali risultanti dal rifiuto da parte dell'azienda sanitaria di fornire cure adeguate e assistenza dopo

12.

National Health Services for Scotland (NHS Scotland), Needlestick Injuries: Sharpen Your Awareness; Report of the Short Life Working Group on Needlestick Injuries in the NHS Scotland. Annex 3, Safer Devices Cost Benefit Assessment. Edinburgh: National Health Services for Scotland: 2001.

13.

Valls V, Lozano MS, Yanez R et al. Use of safety devices and the prevention of percutaneous injuries among healthcare workers. Infection Control and Hospital Epidemiology 2007;28:1352-60.

14.

El Consejo General de Enfermería de España y la Fundación Española de Riesgos Laborales Salud e Higiene, Estudio Epinetac 1996 - 2002

15.

Pietro Ragni, Il rischio biologico occupazionale in ambito sanitario, Servizio Sanitario Regionale Reggio-Emilia, 25 Ottobre 2007

16.

Francesco Venneri, Epidemiologia dell'errore e degli eventi avversi in medicina, Clinical Risk Management, ASL 10 Firenze

17.

EPAC, L'Asrem condannata a risarcire 400mila euro a un'infermiera, 11th June 2008

il ferimento¹⁸. Il Tribunale ha concesso un indennizzo di 465.000£ ad un medico che aveva sviluppato una fobia per gli aghi, dopo aver subito una ferita da punta¹⁹.

Nel 2008, un'assistente sanitaria di Kettering, nelle Midlands orientali inglesi, ha ricevuto un indennizzo di 6.500£ dopo essersi ferita con un ago sul posto di lavoro. Possono subire ferite da punta anche coloro che si occupano dello smaltimento dei rifiuti o coloro che in qualche modo manipolano strumenti medici taglienti. Quello stesso anno, il maggiore sindacato inglese del settore ha commentato: "all'inizio della nostra campagna un risarcimento per ferita da punta che non causava un'infezione era di 1.000£, mentre ora si aggira intorno ai 3-5.000£. Rimane in sospeso la questione di quanto sarà l'indennizzo per un operatore che contrae l'epatite C o l'HIV in seguito ad una ferita da punta"²⁰.

La questione dell'indennizzo per ferite e infezioni rimane a sè rispetto a quello che riguarda i costi per la cura delle ferite da punta, che sono stati stimati (in uno dei paesi europei) essere mediamente di circa 600.000 euro all'anno per ogni struttura sanitaria²¹. In Germania un esperto ha calcolato il costo nazionale delle ferite da taglio e da infezioni essere attorno ai 40 milioni di euro annui, ed oltre 130 milioni di euro per costi aggiuntivi, escludendo le ore di lavoro perse²².

Conclusioni

Quali sono le considerazioni che si possono fare se vengono presi in considerazione tutti questi punti di vista? I costi effettivi di ogni ferita da punta possono andare da poche centinaia a centinaia di migliaia di euro. Attualmente la legisla-

zione europea sta procedendo in maniera irreversibile verso l'implementazione delle misure di sicurezza. In meno di un anno tutte le aziende sanitarie europee saranno obbligate per legge ad adeguarsi alla nuova Direttiva che nello specifico prevede di "fornirsi di dispositivi medici dotati di meccanismi di sicurezza", come parte di un piano completo che miri alla riduzione del rischio da ferite da taglio. Le Aziende sanitarie lungimiranti, che operano sia nel settore pubblico che in quello privato, hanno visto nella conversione a dispositivi medici di sicurezza un piano di sviluppo aziendale convincente. Le motivazioni che spingono queste aziende ad adottare dispositivi di sicurezza sono legate a ragioni economiche, motivazioni etiche e legate alla corretta gestione del rischio. Queste aziende sanitarie hanno capito che i costi derivanti da una ferita da punta diventano considerevoli se si prendono in considerazione le spese derivanti dalla cura, dalla perdita di ore di lavoro e dalla sostituzione del personale. In questo modo, hanno pensato ad adottare un piano aziendale di conversione ai dispositivi di sicurezza che sia neutrale dal punto di vista della spesa, se non addirittura fonte di risparmio. Ed inoltre queste aziende sanitarie sperano di evitare cause legali dannose, richieste di risarcimento costose e cattiva pubblicità, tutti fattori che spostano l'attenzione dal vero obiettivo: quello cioè di fornire un'assistenza sanitaria di qualità. Infine queste aziende sanitarie vogliono creare un ambiente di lavoro che fornisca sia al personale sanitario che ai medici una protezione adeguata contro ferite che, nel migliore dei casi possono causare stress psicologico e nel peggiore dei casi possono rovinare carriere e distruggere vite umane.

18.

Fryers vs Royal Victoria Hospital, thompsons Solicitors, Health & Safety News, Spring 2010

19.

Unison, Preventing Needlesticks with safer Needles, 2008

20.

Ibidem

21.

Royal College of Nurses, Needlestick Injury 2008

22.

Die Welt, A needlestick decides, 5th July 2005, quoting Andreas Wittmann, Department of Occupational Medicine and Infection Protection, University of Wuppertal

Sistemi di finanziamento e acquisto delle tecniche molecolari: i principali fattori che influenzano le decisioni

La Medicina di Laboratorio è una delle aree pluridisciplinari cliniche che si è evoluta in modo significativo negli ultimi decenni, sia a livello organizzativo che scientifico tecnologico.

In campo diagnostico le analisi molecolari hanno acquisito un'importanza sempre maggiore nel contribuire al miglioramento dell'outcome clinico.

In Microbiologia e Virologia, tra i principali vantaggi delle applicazioni di biologia molecolare è considerata la possibilità di ottenere in tempi rapidi risultati specifici ad elevata sensibilità.

Nell'ambiente ospedaliero, come è noto, il fattore tempo risulta essere una variabile strategica dal punto di vista dell'outcome clinico, con la somministrazione tempestiva di un trattamento adeguato ed anche dal punto di vista economico, quando possibile, con i risparmi sui costi di ospedalizzazione derivanti dalla riduzione dei tempi di degenza.

Spesso a fronte di tali potenziali vantaggi clinici, essendo metodiche molto più costose rispetto a quelle tradizionali, assume rilevanza la valutazione dell'impatto economico e finanziario. Questo aspetto incide non solo nel processo decisionale dei laboratori tradizionali.

Anche per i Microbiologi dei Servizi di Medicina di Laboratorio, dove il processo di riorganizzazione secondo le linee guida Agenas è stato attuato, risulta non facile riuscire a far riconoscere il "value for money" di una nuova tecnologia molecolare per l'azienda ospeda-

liera. Ciò indubbiamente, crea svantaggi per i professionisti, per l'azienda stessa e soprattutto per i pazienti. Tra i motivi che rendono difficile trasmettere il "value for money" dei tests molecolari, oltre alle problematiche di "ristrettezza" dei budgets dei Dipartimenti di Microbiologia e Virologia, in molte Regioni si aggiunge l'inadeguatezza dei Nomenclatori Tariffari. Come ad esempio nel comparto Batteriologia, dove sarebbe necessario un aggiornamento per evitare che esami obsoleti e inappropriati rendano difficile l'ottimizzazione delle risorse sanitarie.

In questo contesto articolato e di profondi cambiamenti che caratterizzano i Dipartimenti della Medicina di Laboratorio, il seminario organizzato da Temas s.r.l.-A Quintiles company il 9 Febbraio scorso a Milano è stata un'occasione produttiva di dialogo e confronto tra le principali figure professionali coinvolte a vario titolo nel processo decisionale per l'autorizzazione della spesa, dell'acquisto e l'introduzione effettiva di un nuovo sistema molecolare nei laboratori.

1. Appropriately: anello di congiunzione tra Accuratezza, Efficacia ed Efficienza

Il microbiologo, oggi è chiamato sempre più a gestire veri e propri processi di project management mirati al miglioramento dei metodi, degli strumenti, dei flussi di lavoro e dell'assetto dei servizi, adattandoli al bacino d'utenza.

Lo scopo principale è erogare tests

Mirella Zaffuto
Health Economist & Market
Access Consultant

accurati, analitici, efficaci in termini clinici e con maggiore efficienza organizzativa. Aspetto sul quale si è soffermato il dr. Tommaso Trenti, direttore del Dipartimento di Patologia Clinica-Tossicologia e Diagnostica Avanzata del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino di Modena, presentando l'esperienza del Laboratorio Unificato di Baggiovara dove il processo di riorganizzazione ha permesso di creare il laboratorio dedicato alla Biologia Molecolare ed introdurre tecniche innovative che rispondessero alle esigenze di una domanda di vasta area. Evidenziando che l'introduzione delle tecniche molecolari di ultima generazione è effettuata sulla base dell'appropriatezza delle prestazioni, intesa in termini di accuratezza, di benefici al paziente e di efficienza dei servizi resi al bacino d'utenza. Nella valutazione dell'appropriatezza particolare attenzione è posta all'evidenza scientifica, alla congruità economica e finanziaria della tecnologia sanitaria e alle garanzie etiche. Relativamente all'evidenza scientifica nella Medicina di laboratorio, emerge la necessità di implementare nuovi approcci per l'inclusione degli outco-

mes economici nelle linee guida, in modo che possano supportare le decisioni del Microbiologo. Tra i nuovi approcci, il riferimento principale è alla metodologia Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE) seguendo l'approccio del Work Package 4: Strategies for communicating evidence based recommendations about diagnostic tests.

Riguardo all'appropriatezza nell'utilizzo clinico si constata che è un aspetto di notevole rilevanza e di complessa analisi. Il processo di valutazione su tale aspetto parte dall'efficacia teorica (efficacy) per giungere al concetto di "efficacia contestualizzata". In questo percorso analitico l'appropriatezza assoluta è dimostrabile con i dati rilevati da molteplici fonti. Dati di accuratezza e di migliori outcomes clinici risultanti da studi sperimentali tra alternative tecnologiche, dati fondati sull'approccio costo-opportunità che dimostrano l'adeguatezza dell'impatto finanziario sul budget sanitario in un'ottica di breve periodo, dati che evidenziano il rapporto costo-efficacia, in un'ottica di lungo periodo. Ma per il Microbiologo gli studi e i dati che dimostrano l'appropriatezza assoluta sono necessari ma non sempre sufficienti per supportare la richiesta di introdurre un innovativo sistema diagnostico molecolare nel suo laboratorio. Spesso è richiesta la dimostrazione dell'appropriatezza per l'ospedale nel breve termine. Per cui i dati di appropriatezza assoluta necessitano di essere "contestualizzati" nell'ambiente ospedaliero specifico.

Questo aspetto è stato evidenziato dal prof. Piero Marone, Direttore Microbiologia e Virologia del Policlinico San Matteo di Pavia, presentando alcu-

Tra i motivi che rendono difficile trasmettere il "value for money" dei tests molecolari, oltre alle problematiche di "ristrettezza" dei budget dei Dipartimenti di Microbiologia e Virologia, in molte Regioni si aggiunge l'inadeguatezza dei Nomenclatori Tariffari

ni case-studies sulla ricerca SAMR con la metodica GeneOhm MRSA, il confronto tra amplificazione/ibridazione su emocolture positive (Genotype, Xpert), il PCR su sangue (Septifast), Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight (MALDI-TOF) e PNA-FISH. L'appropriatezza ad esempio della metodica GeneOhm MRSA "contestualizzata" nella sua realtà ospedaliera non forniva risultati sufficienti per supportare la dimostrazione di un uso clinico appropriato di breve periodo.

Viceversa, l'appropriatezza del sistema Xpert MRSA è risultata effettivamente contestualizzabile nei seguenti aspetti:

- Real time PCR
- Sistema chiuso
- Minima operatività
- Risultato in 1 ora
- Indicazione S.aureus/SCN
- Sensibilità/resistenza a meticillina
- Minimo ingombro
- Costo nettamente inferiore ad altri sistemi.

A conferma della necessità di dati "contestualizzati" nelle singole realtà operative ospedaliere nazionali è risultata interessante la discussione di uno studio effettuato in Gran Bretagna dal titolo "Impact on length of stay and cost-effectiveness of rapid molecular testing for Clostridium difficile". Gli autori si sono proposti di valutare il rapporto costo-efficacia e l'impatto nell'utilizzo di routine del sistema PCR real time Xpert C. difficile rispetto al saggio di neutralizzazione della citotossina (CCNA), metodo convenzionale diagnostico dell'ospedale in cui lo studio è stato effettuato. Per la rilevazione dei costi è stato adottato un approccio micro-costing includendo i costi per i materiali di test, il tempo del personale, gli ammortamenti, i costi

generali e dei rifiuti dei campioni ripetuti a causa di risultati falsi negativi. Mentre, l'analisi costo-efficacia è stata effettuata con riguardo alla durata dell'ospedalizzazione, dimostrando di risultare cost-effectiveness. Lo studio ha suscitato interesse da parte dei direttori di laboratorio, in quanto asseriscono che si necessita di studi di questo genere, attualmente molto scarsi in letteratura. Purtroppo, è stato rilevato che la tecnica di confronto adottata non è più in uso nei laboratori degli ospedali italiani per cui l'appropriatezza che risulta dallo studio in Gran Bretagna sarebbe non pienamente generalizzabile ai laboratori italiani.

2. Hospital-based HTA per i Laboratori di Microbiologia e Virologia

Per cui si coglie la rilevanza che assume nel processo decisionale l'HTA ed in particolare la necessità di valutazioni Hospital-based HTA condotte dai Dipartimenti di Medicina di Laboratorio e dal SIC (Servizio Ingegneria Clinica). L'ingegnere Paolo Lago, direttore della Struttura Complessa di Ingegneria Clinica del Policlinico San Matteo, al riguardo

Ma per il Microbiologo gli studi e i dati che dimostrano l'appropriatezza assoluta sono necessari ma non sempre sufficienti per supportare la richiesta di introdurre un innovativo sistema diagnostico molecolare nel suo laboratorio

mette in evidenza come l'organizzazione dell'Ingegneria Clinica per le strutture sanitarie, oggi è un fattore strategico sia per la gestione e il controllo della spesa che per supportare le politiche sanitarie dell'azienda ospedaliera .

Pur considerando le specifiche soluzioni locali e regionali, il processo HB-HTA può essere rappresentato dalle seguenti 4 macrofasi:

1. di raccolta dei bisogni e di definizione della proposta di valutazione,
2. di istruttoria (HTA in senso stretto),
3. di selezione delle modalità di acquisizione e di negoziazione con i fornitori,
4. di gestione e di monitoraggio delle prestazioni.

Nello specifico della Medicina di Laboratorio, per introdurre un nuovo sistema diagnostico all'interno della struttura ospedaliera risulta che spesso viene avviato dal Dipartimento un processo di mini-HTA. Questo avviene sulla base di un predisposto *form* che contiene informazioni relative ai pazienti, alla tecnologia, all'impatto sull'organizzazione ed ai costi al fine di dimostrare l'appropriatezza nella spesa. In alcune realtà, il processo di mini-HTA costituisce la pre-valutazione per avviare successivamente la procedu-

ra di HTA basata sul EUnetHTA WP4-Hta Core Model for diagnostic technologies.

3. La progettazione del contratto

Al riguardo della progettazione del contratto, i Provveditori Franco Astorina e Calogero Calandra focalizzano l'attenzione sulle sinergie necessarie tra tutte le parti coinvolte nel processo decisionale di introduzione di una nuova tecnologia molecolare ed illustrano le strategie da attivare nel processo di progettazione del contratto, dopo che la Direzione strategica ha dato parere positivo per l'acquisto e dunque l'appropriatezza della spesa risulta contestualizzata.

Innanzitutto è evidenziato che le acquisizioni di beni e servizi e il relativo finanziamento trovano la fonte primaria nel documento di programmazione annuale degli acquisti-pluriennale per i beni di investimento che ogni Azienda Sanitaria adotta all'inizio di ogni esercizio finanziario.

Nello specifico, la scelta delle nuove metodiche o l'implementazione di quelli esistenti viene effettuata sulla base delle scelte strategiche sanitarie dell'azienda ospedaliera, tenendo conto degli obiettivi di politica sanitaria regionali.

Il piano programmatico deve riportare la tipologia di sistema molecolare da introdurre e le disponibilità finanziarie necessarie per l'acquisto.

L'approvazione del piano programmatico e del Bilancio d'esercizio è la fase fondamentale del processo d'acquisto e finanziamento. Mentre, la fase successiva riguarda la progettazione.

La progettazione del contratto deve contenere i seguenti documenti:

1. la relazione tecnico illustrativa che spiega il criterio con il quale viene inserito il bene nel contesto del reparto
2. il calcolo della spesa per l'acquisizione

Al riguardo della progettazione del contratto, i Provveditori Franco Astorina e Calogero Calandra focalizzano l'attenzione sulle sinergie necessarie tra tutte le parti coinvolte nel processo decisionale di introduzione di una nuova tecnologia molecolare

del bene, con l'indicazione degli oneri per la sicurezza

3. redazione del DUVRI-valutazione dei rischi di interferenza
4. prospetto economico degli oneri complessivi necessari per l'acquisizione del bene
5. il capitolato speciale e tecnico
6. schema di contratto.

I documenti sopra descritti devono contenere le specifiche tecniche, la disciplina di gara, i prezzi, il criterio di aggiudicazione, la durata del contratto, le penalità, ecc.

La stesura della progettazione del contratto è il risultato del lavoro svolto dal provveditore in qualità di responsabile unico del procedimento (RUP) in collaborazione con il medico, la direzione sanitaria, il farmacista, l'ingegnere clinico, l'informatico e l'ufficio tecnico. Tutte figure coinvolte a vario titolo sia nella fase di preparazione del progetto che nella fase di esecuzione del contratto.

In questa fase di studio e di analisi si decidono le caratteristiche tecniche dei beni, gli obiettivi e le finalità che il bene prodotto/metodica deve garantire.

Ed attraverso il dialogo tecnico rivisto dalla direttiva europea 2004/18/CE l'Azienda Sanitaria può interpellare i fornitori per un confronto specifico sulle necessità e gli obiettivi che l'azienda stessa intende perseguire. Ciò può essere un momento significativo di confronto nel merito tecnico e finanziario. Il fornitore può esprimere proposte, suggerimenti circa soluzioni che consentano un risparmio senza sacrificare la qualità ed ha la possibilità di partecipare in modo trasparente alla predisposizione del progetto.

Inoltre in questa fase di preparazione del progetto, attraverso o meno il dialogo tecnico, si decidono le specifiche tecniche e qualitative per una migliore modalità di

utilizzo di un nuovo sistema molecolare diagnostico nel laboratorio, contestualizzando l'appropriatezza dell'acquisto.

Conclusioni

In conclusione, dal Seminario è emerso che l'elemento chiave sul quale le diverse figure professionali sia afferenti al "Centro di responsabilità di attività" che al "Servizio di Ingegneria Clinica" e al "Centro di responsabilità di risorse" focalizzano l'attenzione nel processo decisionale è l'appropriatezza nelle sue tre dimensioni:

- appropriatezza nell'utilizzo clinico, per rispondere a domande del tipo per quale destinazione d'uso, per quale bisogno clinico?
- appropriatezza della spesa, per rispondere alle domande del tipo in quali comparti del laboratorio investire in tecnologie molecolari di ultima generazione?
- appropriatezza dell'acquisto, per rispondere a domande del tipo per quali test investire con priorità, o implementare?

In conclusione, dal Seminario è emerso che l'elemento chiave sul quale le diverse figure professionali focalizzano l'attenzione nel processo decisionale è l'appropriatezza nelle sue tre dimensioni: appropriatezza clinica, appropriatezza di spesa, appropriatezza d'acquisto

Dopo “T&Me” e “Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato & Proveditorato”, nel 1985 arriva “Teme”

Redazionale

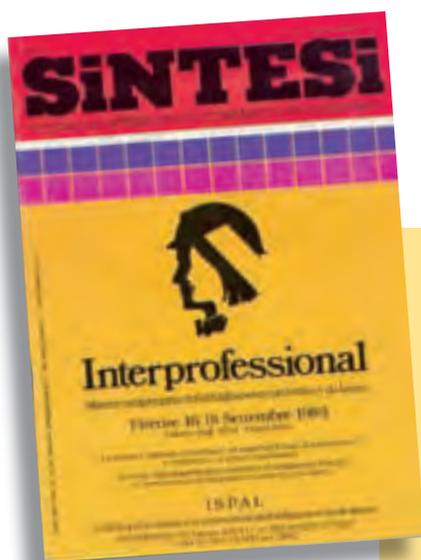
La fine del 1982 segna una battuta di arresto per T&Me che fino al 1985 non arriverà più sulle scrivanie dei Proveditori e degli Economisti. Il contatto con i suoi lettori viene però continuato attraverso la testata *Sintesi di Tecnica & Metodologia*

di *Economato & Proveditorato*, alla cui direzione si trova Vladimiro Casini, già direttore di T&Me. Il passaggio di testimone tra T&Me e *Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato & Proveditorato* viene fatto sulle pagine di T&Me:



AI LETTORI

Con l'uscita di gennaio 1983 questa rivista cambia periodicità e impaginazione. Venendo incontro alle numerose richieste dei nostri lettori, la rivista, infatti, diverrà mensile (10 numeri), avrà un «taglio» diverso, sarà arricchita con supplementi specifici. Per fare questo l'ARTE, proprietaria di «Tecnica & Metodologia Economale», e la VALGRAM srl, proprietaria di «SINTESI, rassegna periodica di management», hanno stipulato un accordo di confluenza di testata affidandone la gestione alla PROGESCON srl. Saremo, così, in grado di dare ai nostri lettori una rivista che di «Tecnica & Metodologia Economale» manterrà la serietà e la professionalità degli argomenti trattati e di «SINTESI» avrà l'impaginazione e il taglio giornalistico moderno. Siamo certi che i lettori apprezzeranno il nostro sforzo e ci vorranno riconfermare la loro fiducia.



Nel 1983 escono però solo due numeri di *Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato & Proveditorato*: Agosto/Settembre e

Novembre/Dicembre. Nelle pagine della rivista si legge che *Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato & Proveditorato* è:

SINTESI

A CHI SERVE - A tutti gli Uffici vendita, alle Direzioni commerciali, agli Uffici ricerca, alle Agenzie di pubblicità, a tutti coloro che vogliono avere rapporti di mercato con: ospedali, alberghi, convitti, collettività militari, mense aziendali, unità sanitarie locali, case di cura e di riposo, comunità religiose, collegi, colonie, asili, scuole, enti locali, consorzi socio-sanitari.

PERCHÉ SERVE - Per essere puntualmente informati di tutti i problemi organizzativi, merceologici, gestionali, giuridici, economici che riguardano le forniture dei settori:

- alimentazione (conservazione, lavorazione, distribuzione) - attrezzatura ed impianti medicali e sanitari (presidi chirurgici, sanitari, radiologici, di analisi) - abbigliamento, calzature e telere (biancheria piana e confezionata, indumenti da lavoro e protettivi) -

arredamento (archivi, uffici, palestre, aule scolastiche, camerate, soggiorni) - cancelleria, stampa, informatica, riproduzione - pulizie (disinfezioni, disinfestazioni, saponi e detersivi) - servizi (mensa aziendale, noleggio biancheria, sorveglianza, pulizie) - trasporti interni - combustibili - impiantistica e organizzare, quindi conoscendo bene il mercato delle convivenze, le proprie strategie di vendita.

Nel 1984 escono 5 numeri e con l'ultimo si conclude definitivamente la collaborazione tra *Sintesi di Tecnica & Metodologia di Economato & Provveditorato* e *T&Me*. Nel 1985

i nostri abbonati tornano a leggere il mensile della FARE che ora esce con il nuovo nome: TEME, e nelle pagine del n°1 di giugno 1985 si legge:

Teme nuova serie come strumento di professionalità di Umberto D'Agno, presidente della FARE

Questa pubblicazione rinasce con un obiettivo ambizioso: raccogliere l'eredità della prima serie di Teme (quella, per intenderci, che nata nel 1962 ebbe le firme di Fontanelli, Ferretti e Bianchi) e rinverdirne le gloriose pagine. Le prime domande che il Comitato di Redazione si è posto nell'iniziare il proprio lavoro sono state le classiche di chi vuol gestire una rivista professionale con serietà e con il dovuto rispetto per il lettore: qual è il nostro mercato e come allargarne i confini? Il mercato tradizionale di questa rivista è costituito dai Provveditori e dagli Economisti operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale ed è un mercato che bisogna riconquistare. Infatti negli ultimi 4-5 anni la pubblicazione ebbe a subire così rapide e disinvolute mutazioni gestionali da disorientare anche il più benevolo dei lettori, il quale alla fine non si trovava certamente ad avere tra le mani un giornale che potesse veramente contribuire al suo aggiornamento professionale. Riconquistare è sempre azione più difficile di conquistare; ed è per questa considerazione che l'impegno del comitato di redazione sarà il più grande possibile: studi monografici, prove sui prodotti più diversi, consulenze, schede per l'informazione e l'aggiornamento giuridico-amministrativo, proposte di procedure unificate, pubblicità ridotta al limite di sopravvivenza e chiaramente identificabile. Con questo piano di lavoro, anche se tracciato a grandi linee, la redazione ritiene di poter non solamente riconquistare il mercato tradizionale prima citato, ma anche di poter interessare altri operatori economici che, pur agendo al di fuori del Servizio Sanitario nazionale, troveranno in questa rivista soluzioni certamente meritevoli di considerazione. Da questi operatori ci aspettiamo suggerimenti e consigli per quell'interscambio di esperienze che costituisce la base essenziale del nostro aggiornamento professionale. Ci riteniamo profondamente motivati, ma il giudizio è sempre sulla concretizzazione delle idee. Riteniamo sia il lettore il nostro giudice più obiettivo e sereno. Speriamo di non deluderlo.



Rassegna giurisprudenziale

1. Nel calcolo "a corpo" del prezzo, la tariffa minima oraria rappresenta un elemento costitutivo del relativo costo, al pari della remunerazione di tutti gli altri fattori produttivi impiegati dall'appaltatore per rendere il servizio e considerati dalla stazione appaltante nel formulare il prezzo base sul quale le partecipanti applicano la percentuale di ribasso, che, a sua volta, deve garantire la remunerazione e l'utile di impresa". (..) Questo iter logico (..) tiene conto della specificità di un servizio remunerato in parte "a corpo", cui rimane estraneo il calcolo esatto del monte ore e la pedissequa remunerazione oraria, analogamente a quel che avviene in un appalto di lavori a corpo, in cui è offerto un prezzo complessivo e l'elenco prezzi analitico diviene irrilevante (Consiglio Stato , sez. VI, 04 agosto 2009 , n. 4903).
 (cfr. art. 86, comma 3 bis dlgs. 12 aprile 2006, n. 163)

2. L'art. 86, comma 3 bis, prevede che il valore economico delle offerte sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro, come determinato periodicamente, in apposite tabelle, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale. La giurisprudenza al riguardo ha affermato che devono considerarsi anormalmente basse le

offerte che si discostino in modo evidente dai costi medi del lavoro indicati nelle dette tabelle, predisposte dal Ministero del Lavoro in base ai valori previsti dalla contrattazione collettiva, costi medi che costituiscono non parametri inderogabili, ma indici del giudizio di adeguatezza dell'offerta, con la conseguenza che è ammissibile l'offerta che da essi si discosti, purché lo scostamento non sia eccessivo e vengano salvaguardate le retribuzioni dei lavoratori così come stabilito in sede di contrattazione collettiva. Invero, neppure la tabella ministeriale assume valore di parametro assoluto ed inderogabile, ma è suscettibile di scostamento in relazione a valutazioni statistiche ed analisi aziendali svolte dall'offerente, che evidenzino una particolare organizzazione aziendale; cosicché è rimessa alla stazione appaltante la valutazione della congruità e dell'affidabilità dell'offerta, in caso di sensibile scostamento, mediante il procedimento di verifica delle anomalie, in linea con il principio codificato dall'art. 55 della direttiva 31 marzo 2004 n. 2004/18/CE – secondo cui i concorrenti devono avere la possibilità di dimostrare in concreto qualunque circostanza (di diritto e di fatto) che permetta la riduzione dei costi. (Consiglio Stato , sez. VI, 21 luglio 2010



, n. 4783) Consiglio Stato, sez. III, 07 marzo 2011, n. 1419; Consiglio Stato, sez. VI, 21 luglio 2010, n. 4783; Consiglio Stato, sez. V, 07 ottobre 2008, n. 4847; T.A.R. Campania Napoli, sez. I, 04 novembre 2010, n. 22686)
(*cf. art. 86, comma 3 bis dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

3. Con riferimento al procedimento di verifica dell'anomalia delle offerte il giudice amministrativo può sindacare le valutazioni compiute dalla p.a. sotto il profilo della loro logicità e ragionevolezza e della congruità dell'istruttoria, ma non può operare autonomamente la verifica della congruità dell'offerta presentata e delle sue singole voci, poiché, così facendo, invaderebbe una sfera propria della p.a., in esercizio di discrezionalità tecnica (Consiglio Stato, sez. IV, 27 giugno 2011, n. 3862)
(*cf. art. 87, comma 1 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

4. Il giudizio di verifica della congruità di un'offerta anomala ha natura globale e sintetica sulla serietà o meno dell'offerta nel suo insieme, con conseguente irrilevanza di eventuali "singole" voci di scostamento, e non ha per oggetto la ricerca di specifiche e singole inesattezze dell'offerta economica, mirando

invece ad accertare se l'offerta nel suo complesso sia attendibile (Consiglio Stato, sez. V, 22 settembre 2009 n. 5642; 20 aprile 2009 n. 2384; sez. V, 29 luglio 2003 n. 4323; Consiglio Stato, sez. V, 18 settembre 2009 n. 5589).
(*cf. art. 87, comma 1 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

5. I componenti della Commissione che effettua "valutazioni" delle offerte (e delle loro giustificazioni) nell'ambito di una gara pubblica vanno scelti fra soggetti dotati di competenza tecnica adeguata alle peculiarità dello specifico settore interessato dall'appalto da assegnare, di cui costituiscono senz'altro indici rivelatori, in via presuntiva, il possesso di un titolo di studio adeguato e la pregressa esperienza dei commissari nel settore specifico cui si riferisce l'appalto (Consiglio Stato, sez. V, 04 marzo 2011, n. 1386).
(*cf. art. 84, comma 2 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

6. Laddove l'art. 84, comma 4 del dlgs. 163 del 2006 richiede che non siano chiamati a far parte della Commissione soggetti che possono svolgere un qualsiasi ruolo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta, il Collegio condivide, poi, l'interpretazione del giudice di prime cure, secondo cui l'in-



compatibilità cui la norma si riferisce non attiene a situazioni future, ma si riferisce agli incarichi svolti prima della nomina a Commissario, perché questa interpretazione appare coerente con la ratio della norma, consistente nel garantire l'imparzialità del Commissario, escludendo per es. che le operazioni valutative possano essere rimesse a coloro che potrebbero avere "in atto" situazioni di interesse già consolidate, come ad es. coloro che abbiano svolto incarichi relativi al medesimo appalto, quali incarichi di progettazione, di verifica della progettazione, incarichi di predisposizione della legge di gara, e simili (Consiglio Stato , sez. VI, 29 dicembre 2010 , n. 9577).

(*cfr. art. 84, comma 4 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

7. Ai sensi dell'art. 11, comma 8, cod. contratti, l'aggiudicazione definitiva diventa efficace dopo la verifica del possesso dei prescritti requisiti , che rappresenta fase autonoma del procedimento di affidamento, anche rispetto al più generale dovere di controllo della regolarità delle operazioni di gara, esercitabile nella fase di passaggio dall'aggiudicazione provvisoria a quella definitiva. D'altra parte, l'autocertificazione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, è solo un mezzo

di speditezza ed alleggerimento provvisorio dell'attività istruttoria, cioè di semplificazione delle formalità del rapporto, e non un mezzo di prova legale, sicché il suo contenuto resta sempre necessariamente esposto alla doverosa verifica ad opera dell'Amministrazione prima di procedere, all'esito dell'aggiudicazione, alla formalizzazione contrattuale dell'affidamento. (Consiglio Stato , sez. V, 25 agosto 2008 , n. 4035; T.A.R. Veneto Venezia, sez. I, 22 luglio 2009, n. 2210).

(*cfr. art. 11, comma 8 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

8. Non è dal numero delle pagine della relazione presentata a supporto della congruità dell'offerta che si valuta la legittimità dell'adempimento e la correttezza dell'attività valutativa; la motivazione, mentre deve essere rigorosa ed analitica nel caso di ritenuta anomalia dell'offerta, che ne implichi l'esclusione dalla gara, non deve essere altrettanto puntuale ed analitica nel caso di offerta ritenuta congrua, essendo sufficiente in tal caso anche una motivazione sintetica ed espressa per relationem alle giustificazioni rese dall'impresa interessata. (Consiglio Stato , sez. V, 01 ottobre 2010 , n. 7266).

(*cfr. art. 87, comma 1 dlgs. 12 aprile 2006, n. 163*)



Tratte da Consiglio di Stato, Sez. III, 26 gennaio 2012, n. 343, Società Consortile Palomar Coop. Sociale, Società "Il Cerchio" Coop. Sociale, Società "Dinamica" Coop. Sociale, Società "L'Incontro" Coop. Sociale, contro Azienda Usl N. 3 della Regione Umbria, Società Seriana 2000 Coop. Sociale, Associazione Onlus "Le Vie dei Canti", e ARCST - Legacoop (Associazioni Regionale Cooperative Servizi e Turismo Umbria), nonché Federsolidarietà Confcooperative Umbria

L'Azienda U.S.L. indiceva una gara a procedura ristretta per l'affidamento, secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, parte "a corpo" e "parte a misura", dei servizi socio-sanitari di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare ad utenti con patologie mentali, per la durata di cinque anni.

Il servizio veniva aggiudicato ad Alfa, mentre la seconda classificata, Beta, precedente affidataria del servizio, proponeva ricorso davanti al competente Tar per quattro ordini di motivi, con i quali deduceva a) l'inattendibilità dell'offerta dell'aggiudicataria, perché fondata su grandezze economiche erronee e in violazione di tariffari regionali; b) che l'aggiudicataria avrebbe dovuto essere esclusa perché non in possesso dei requisiti tecnici e, comunque, che lo stesso bando sarebbe stato illegittimo laddove prevedeva un requisito di capacità

tecnica sproporzionalmente inadeguato; c) che l'aggiudicazione ed il giudizio di congruità sull'offerta provenivano da Commissione incompetente (il cui Presidente era Dirigente medico Psichiatra e Direttore del Dipartimento salute mentale presso l'azienda intimata); d) che la Commissione di gara aveva compiuto una serie di errori ed omissioni nell'attribuzione dei punteggi relativi alle offerte tecniche e nella verifica dell'anomalia dell'offerta dell'aggiudicataria tali da comportare l'inattendibilità delle valutazioni.

Il ricorso veniva rigettato sia nella fase di primo grado che nel successivo grado in appello davanti al Consiglio di Stato.

1. Per quanto concerne l'asserita violazione dei minimi del Tariffario regionale, il Collegio confermava la decisione di rigetto del Tar, perché "ad avviso di questo Collegio, la sentenza correttamente afferma che "nel calcolo "a corpo" del prezzo, la tariffa minima oraria rappresenta un elemento costitutivo del relativo costo, al pari della remunerazione di tutti gli altri fattori produttivi impiegati dall'appaltatore per rendere il servizio e considerati dalla stazione appaltante nel formulare il prezzo base sul quale le partecipanti applicano la percentuale di ribasso, che, a sua volta, deve garantire la remunerazione e l'utile



di impresa". Si condivide questo iter logico, che tiene conto della specificità di un servizio remunerato in parte "a corpo", cui rimane estraneo il calcolo esatto del monte ore e la pedissequa remunerazione oraria, analogamente a quel che avviene in un appalto di lavori a corpo, in cui è offerto un prezzo complessivo e l'elenco prezzi analitico diviene irrilevante (Consiglio Stato , sez. VI, 04 agosto 2009 , n. 4903)".

2. Anche con riferimento all'assunto secondo cui la stazione appaltante avrebbe dovuto escludere le concorrenti che avevano formulato l'offerta in violazione della lex di gara, che nello specifico imponeva il rispetto senza deroghe del tariffario regionale, Il Collegio rileva che "l'art. 86, comma 3 bis, prevede che il valore economico delle offerte sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro, come determinato periodicamente, in apposite tabelle, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale. La giurisprudenza al riguardo ha affermato che devono considerarsi anormalmente basse le offerte che si discostino in modo evidente dai costi medi del lavoro indicati nelle dette tabelle, predisposte dal Ministero del Lavoro in base ai valori previsti dalla contrattazione collettiva, costi medi che costituiscono

non parametri inderogabili, ma indici del giudizio di adeguatezza dell'offerta, con la conseguenza che è ammissibile l'offerta che da essi si discosti, purché lo scostamento non sia eccessivo e vengano salvaguardate le retribuzioni dei lavoratori così come stabilito in sede di contrattazione collettiva. Invero, neppure la tabella ministeriale assume valore di parametro assoluto ed inderogabile, ma è suscettibile di scostamento in relazione a valutazioni statistiche ed analisi aziendali svolte dall'offerente, che evidenzino una particolare organizzazione aziendale; cosicché è rimessa alla stazione appaltante la valutazione della congruità e dell'affidabilità dell'offerta, in caso di sensibile scostamento, mediante il procedimento di verifica delle anomalie, in linea con il principio codificato dall'art. 55 della direttiva 31 marzo 2004 n. 2004/18/CE – secondo cui i concorrenti devono avere la possibilità di dimostrare in concreto qualunque circostanza (di diritto e di fatto) che permetta la riduzione dei costi.(Consiglio Stato , sez. VI, 21 luglio 2010 , n. 4783) Consiglio Stato , sez. III, 07 marzo 2011 , n. 1419; Consiglio Stato , sez. VI, 21 luglio 2010 , n. 4783; Consiglio Stato , sez. V, 07 ottobre 2008 , n. 4847;. T.A.R. Campania Napoli, sez. I, 04 novembre 2010 , n. 22686)".

Nello specifico, prosegue il Collegio, alcuna anomalia dell'offerta dell'aggiudicataria viene accertata dalla stazione appaltante, tenuto conto, tra l'altro, che "l'offerta dell'aggiudicataria sospetta di anomalia è stata ritenuta congrua nel suo complesso. Il giudizio di verifica della congruità di un'offerta anomala ha natura globale e sintetica sulla serietà o meno dell'offerta nel suo insieme, con conseguente irrilevanza di eventuali "singole" voci di scostamento, e non ha per oggetto la ricerca di specifiche e singole inesattezze dell'offerta economica, mirando invece ad accertare se l'offerta nel suo complesso sia attendibile (Consiglio Stato, sez. V, 22 settembre 2009 n. 5642; 20 aprile 2009 n. 2384; sez. V, 29 luglio 2003 n. 4323; Consiglio Stato, sez. V, 18 settembre 2009 n. 5589). Si rammenta, peraltro, che con riferimento al procedimento di verifica dell'anomalia delle offerte il giudice amministrativo può sindacare le valutazioni compiute dalla p.a. sotto il profilo della loro logicità e ragionevolezza e della congruità dell'istruttoria, ma non può operare autonomamente la verifica della congruità dell'offerta presentata e delle sue singole voci, poiché, così facendo, invaderebbe una sfera propria della p.a., in esercizio di discrezionalità tecnica (Consiglio Stato, sez. IV, 27 giugno 2011, n. 3862)".

3. Con altro ordine di censure Beta contestava la competenza della Commissione a giudicare la congruità dell'offerta dell'aggiudicataria perché "il Presidente non può da solo valutare la congruità dell'offerta" e perché "uno Psichiatra non ha il necessario bagaglio tecnico-conoscitivo, e così tutta la Commissione composta da due psichiatri e dalla responsabile aziendale del S.I.T.R.O".

Il Collegio anche in questo caso non condivide l'eccezione, perché "il procedimento di valutazione dell'anomalia dell'offerta è prerogativa della stazione appaltante, che può demandarlo alla Commissione di gara già esistente oppure ad una commissione di esperti appositamente istituita, come consente espressamente il disposto dell'art. 88 comma 1 bis, d.lg. n. 163 del 2006, il quale lascia intendere che la decisione di ricorrere o meno all'ausilio di una commissione speciale rientra tra le attribuzioni discrezionali della stazione appaltante. Le ragioni della nomina di un'apposita commissione possono risiedere in mere ragioni di opportunità, come suggerisce la citata disposizione mediante l'inciso "ove lo ritenga opportuno", a prescindere dalla presenza o meno di qualificati esperti anche nella Commissione ordinaria di gara. Non sembra a questo Collegio che nella fattispecie sia censurabile la scelta di non nominare un organo ad hoc per la verifica di anomalia;



l'appellante non rappresenta i motivi per cui sarebbe palesemente irragionevole che i due psichiatri componenti la Commissione effettuino l'analisi dei prezzi di servizi di cui, per la propria esperienza professionale, sono sicuramente a conoscenza. Sembra, al contrario, al Collegio che sia rispettato il criterio di garanzia della serietà delle valutazioni da compiere, desumibile dai principi di imparzialità e buon andamento della P.A., sanciti dall'art. 97 Cost., in relazione ai quali sono state enunciate le regole fissate tanto dall'art. 88 quanto dall'art. 84 del codice dei contratti pubblici, in forza delle quali i componenti della commissione che effettua "valutazioni" delle offerte (e delle loro giustificazioni) nell'ambito di una gara pubblica vanno scelti fra soggetti dotati di competenza tecnica adeguata alle peculiarità dello specifico settore interessato dall'appalto da assegnare, di cui costituiscono senz'altro indici rivelatori, in via presuntiva, il possesso di un titolo di studio adeguato e la pregressa esperienza dei commissari nel settore specifico cui si riferisce l'appalto (Consiglio Stato , sez. V, 04 marzo 2011 , n. 1386)".

4. Per quanto concerne l'ulteriore profilo di censura relativo alla violazione del 4° comma dell'art. 84, laddove la norma richiede che non siano chiamati a far parte della Commissione soggetti che possono svolgere un qualsiasi ruolo

relativamente al contratto del cui affidamento si tratta, il Collegio lo rigetta condividendo l'interpretazione del giudice di primo grado, "secondo cui l'incompatibilità cui la norma si riferisce non attiene a situazioni future, ma si riferisce agli incarichi svolti prima della nomina a Commissario, perché questa interpretazione appare coerente con la ratio della norma, consistente nel garantire l'imparzialità del Commissario, escludendo per es. che le operazioni valutative possano essere rimesse a coloro che potrebbero avere "in atto" situazioni di interesse già consolidate, come ad es. coloro che abbiano svolto incarichi relativi al medesimo appalto, quali incarichi di progettazione, di verifica della progettazione, incarichi di predisposizione della legge di gara, e simili (Consiglio Stato , sez. VI, 29 dicembre 2010 , n. 9577)".

5. Con altro motivo Beta insisteva per la censura relativa alla mancata esclusione dell'aggiudicataria per aver dichiarato falsamente di essere in regola con le norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Collegio ritiene il motivo infondato perché "senza entrare nel merito della veridicità e/o correttezza della dichiarazione resa dall'aggiudicataria, va rilevata l'infondatezza della censura sotto il profilo preliminare che



non sussiste l'obbligo per il seggio di gara di escludere la ditta che ha reso la dichiarazione richiesta dal bando, essendo comminata l'esclusione solo per l'ipotesi di documentazione mancante o omessa dichiarazione. La veridicità della dichiarazione resa nelle forme dell'autocertificazione di cui agli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, invece, va verificata in una fase successiva all'aggiudicazione, prima dell'affidamento contrattuale, al pari degli altri requisiti di ammissione. La verifica della veridicità delle dichiarazioni rese dai concorrenti è operazione che non compete al seggio di gara in fase di controllo della documentazione ai fini dell'ammissione alla selezione, ma che la stazione appaltante svolge dopo la definitività dell'aggiudicazione e che assume rilevanza ai fini dell'efficacia dell'aggiudicazione e della conseguente stipulazione. Come dispone l'art. 11, comma 8, cod. contratti, l'aggiudicazione definitiva diventa efficace dopo la verifica del possesso dei prescritti requisiti, che rappresenta fase autonoma del procedimento di affidamento, anche rispetto al più generale dovere di controllo della regolarità delle operazioni di gara, esercitabile nella fase di passaggio dall'aggiudicazione provvisoria a quella definitiva. D'altra parte, l'autocertificazione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28

dicembre 2000 n. 445, è solo un mezzo di speditezza ed alleggerimento provvisorio dell'attività istruttoria, cioè di semplificazione delle formalità del rapporto, e non un mezzo di prova legale, sicché il suo contenuto resta sempre necessariamente esposto alla doverosa verifica ad opera dell'Amministrazione prima di procedere, all'esito dell'aggiudicazione, alla formalizzazione contrattuale dell'affidamento. (Consiglio Stato, sez. V, 25 agosto 2008, n. 4035; T.A.R. Veneto Venezia, sez. I, 22 luglio 2009, n. 2210)".

6. Viene infine respinta anche l'eccezione vertente sulla esiguità della relazione presentata dall'aggiudicataria sulla congruità dell'offerta perché, conclude il Consiglio di Stato, "non è dal numero delle pagine che si valuta la legittimità dell'adempimento e la correttezza dell'attività valutativa; la motivazione, mentre deve essere rigorosa ed analitica nel caso di ritenuta anomalia dell'offerta, che ne implichi l'esclusione dalla gara, non deve essere altrettanto puntuale ed analitica nel caso di offerta ritenuta congrua, essendo sufficiente in tal caso anche una motivazione sintetica ed espressa per relationem alle giustificazioni rese dall'impresa interessata. (Consiglio Stato, sez. V, 01 ottobre 2010, n. 7266)".

Sulla prescrizione della richiesta di revisione dei prezzi

Un addetto alla funzione approvvigionamenti di un'azienda sanitaria chiede di sapere se un fornitore, dopo la scadenza contrattuale, possa richiedere la revisione dei prezzi che non era stata applicata durante il periodo di validità del contratto e se la revisione dei prezzi è soggetta a prescrizione.

**Monica Piovi
Piero Fianza**
PA Consultant

Innanzitutto occorre precisare che non risulta preclusivo al riconoscimento del diritto alla revisione dei prezzi la circostanza che il contratto abbia avuto completa esecuzione (Cons. di Stato, sez. V, 26.3.2003, n. 1580; Cons. di Stato, sez. V, 20.8.2008, n. 3994). Non solo, anche se negli atti di gara fosse stato previsto un termine di decadenza entro cui presentare la domanda di revisione dei prezzi, tale termine sarebbe stato nullo (TAR Puglia, Bari, sez. I, 19.3.2010, n. 1085).

Inoltre il diritto alla revisione dei prezzi deve essere riconosciuto anche per il periodo successivo alla originaria scadenza contrattuale perché la revisione dei prezzi spetta anche nell'ipotesi di proroga contrattuale, purché di durata superiore a sei mesi (TAR Lazio, Roma, sez. I, quater, 2.4.2009, n. 3579).

Ciò premesso, occorre chiedersi se trovi applicazione la prescrizione quinquennale alle somme annualmente dovute a titolo di

revisione dei prezzi oppure se la richiesta non risulti essenziale per pretendere la revisione stessa.

Non c'è molta giurisprudenza su questo argomento e si possono sostenere, a nostro avviso, entrambe le posizioni.

Infatti, dal momento che la revisione contrattuale ha carattere periodico con cadenza annuale, si può ritenere applicabile l'art. 2948, comma 1, del codice civile, secondo cui "si prescrivono in cinque anni:....gli interessi e, in generale, tutto ciò che deve pagarsi periodicamente ad anno o in termini più brevi" (così si è espresso anche il Consiglio di Stato, sez. V, 20.8.2008, n. 3994). Pertanto, a titolo esemplificativo, se la richiesta di revisione dei prezzi fosse avanzata nel gennaio 2012 per un contratto iniziato nel 2004 e terminato nel 2011, si potrebbe sostenere la prescrizione delle somme dovute per il periodo fino al gennaio 2007, mentre si dovrebbe riconoscere la

revisione dei prezzi per le annualità successive, usando quali criteri per il calcolo revisionale gli indici ISTAT di variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (cd. FOI).

D'altra parte l'articolo 115 del Codice dei contratti testualmente recita "Tutti i contratti ad esecuzione periodica o continuativa relativi a servizi o forniture debbono recare una clausola di revisione periodica del prezzo. La revisione viene operata sulla base di una istruttoria condotta dai dirigenti responsabili dell'acquisizione di beni e servizi sulla base dei dati di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5". Questa disposizione ci suggerisce una seconda interpretazione: quella secondo cui l'amministrazione deve procedere d'ufficio alla valutazione circa la spettanza della revisione del prezzo ed alla sua quantificazione indipendentemente dall'eventuale richiesta in tal senso dell'appaltatore.

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 équipe 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

ESAOTE S.p.A.

Via Siffredi, 58 – 16153 Genova – Tel. 010-6547.1 – Fax 010-6547275
Via Di Caciolle, 15 – 50127 Firenze – Tel. 055-4229.1 – 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.

VARIOP: è la sala operatoria prefabbricata in acciaio inox verniciato 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 ospedalieri: 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 – sapiolife@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

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



Attrezzature diagnostica per immagini

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

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

B | BRAUN **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.bbBraun.it



Sistemi di aspirazione monouso per liquidi biologici (Medivac) - Guanti chirurgici sterili specialistici e Guanti da esame - Tessuto non tessuto per sale operatorie (Convertors) - Set Procedurali (Custom Sterile)

MEDLINE INTERNATIONAL ITALY S.r.l. UNIP. Via Ticino, 4 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. +39 055 7766511 - Fax +39 055 340112 - www.medline.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 proteggislip - 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.jnj.com

elenco fornitori



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: onofrio.n.palombella@gsk.com



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.
Azienda che da anni si dedica alla produzione di dispositivi medici mono e due pezzi per la cura e la gestione di colo, 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 CARDIOVASCOLAR
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,

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, Emofiltr, 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



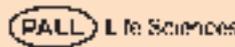
Produzione e commercializzazione di sistemi biomedicali all'avanguardia per il trattamento delle malattie croniche.

Medtronic Italia offre molteplici soluzioni cliniche e tecnologie innovative in varie aree terapeutiche: Aritmie Cardiache, Cardiocirurgia, Vascolare, Neurologia, Chirurgia Vertebrale, Diabete, Gastrourologia, 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



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.) **cateterismo** (cateteri 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 intracolicolare. Gli strumenti 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 ONETOUGH® Ultra®, ONETOUGH® Ultra®2, ONETOUGH® UltraSmart™ e ONETOUGH 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



Il Gruppo Roche

Con sede centrale a Basilea, Svizzera, Roche è leader nell'area salute in cui opera nei settori farmaceutico e diagnostico con un forte orientamento alla ricerca. Roche è la più grande azienda di biotecnologie al mondo, con farmaci innovativi nelle aree oncologia, virologia, malattie infiammatorie, metabolismo e sistema nervoso centrale. È leader mondiale nella diagnostica in vitro, nella diagnostica istologica del cancro ed è all'avanguardia nella gestione del diabete. Fornire farmaci e strumenti diagnostici che permettano miglioramenti tangibili della salute, della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti è la strategia di Roche nella Medicina Personalizzata.

Roche Italia

Il Gruppo Roche è presente in Italia dal 1897. Oggi è attivo con le sue due competenze, quella farmaceutica rappresentata da Roche S.p.A. e quella Diagnostica, rappresentata da Roche Diagnostics S.p.A.

Roche Diagnostics S.p.A. – È leader della diagnostica in vitro, con un portafoglio prodotti unico. Grazie all'attività svolta da più di 600 collaboratori tra dipendenti ed agenti fornisce un ampissimo range di prodotti e servizi innovativi rivolti a ricercatori, medici, pazienti, ospedali e laboratori.

Roche Diagnostics S.p.A.
Viale G.B. Stucchi, 110 – 20900 Monza
Tel. 039 2817.1 – www.roche.it



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



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.bbraun.it

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



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.lva 01701300855
info@pfespa.it – www.pfespa.it

elenco fornitori

13 medicazioni

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

BRAUN Divisione OPM
SHARING EXPERTISE Medicazioni avanzate per lesioni croniche ed ustioni. Soluzioni per la corretta deterzione 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.bbraun.it

DEALFA 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

SANTEX 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

SILC S.p.A. Ausili per incontinenti (con service a domicilio). Articoli monouso per l'igiene del paziente. Pannolini e salviette 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

smith&nephew 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

CAMPOVERDE 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 ⁶⁰Ge 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

microdisegno

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

NGC
medical spa

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

EXPOSANTA'

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:

senaf

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

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.

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

inratio 2

Il sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR

Per il professionista
Per il paziente

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

