

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 50 - N° 7/8 Luglio/Agosto 2012  
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.

**50**  
anni di teme  
1962/2012

**Stefanelli:**  
gli appalti  
sanitari ai  
tempi della  
spending  
review

**Piselli:**  
spending  
review e  
tagli alla  
sanità

**Andrisano:**  
nuovo parere  
dell'Autorità  
di Vigilanza  
sugli appalti  
pubblici

**Filippetti:**  
esclusione  
dalla gara  
per reati del  
procuratore e  
dell'istituto

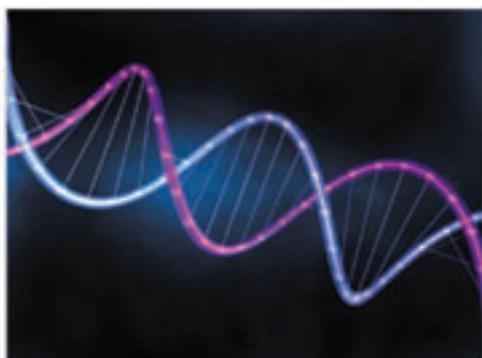
# NCC

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**  
pharma



**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](http://www.ngc.it) · e-mail [ngc@ngc.it](mailto:ngc@ngc.it)



In copertina:  
Azzurro  
foto di Mariateresa Distefano

## 7/8.12 | 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 - Luglio/Agosto 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  
Salvatore Coronato - Massimo Masetti  
Salvatore Torrisi - Corrada Valle  
e.mail: redazione@teme.it

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

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

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

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

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

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

Diritti Riservati



ASSOCIATO ALL'U.S.P.I.  
UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA  
Chiuso in tipografia il 25 luglio 2012

### 3 editoriale

Maratea: nominato il nuovo CdA della Fondazione FARE

Rita Venezia

### 4 spending review

Gli appalti sanitari ai tempi della spending review

Andrea Stefanelli

### 14 spending review

Spending review e tagli alla sanità

Pierluigi Piselli

### 18 normazione

Nuovo parere dell'Autorità di Vigilanza sugli appalti pubblici

Monica Andrisano

### 25 pubbliche gare

L'esclusione dalla gara per i reati del procuratore e dell'istitutore

Ilenia Filippetti

### 31 la nuova sanità

Stenosi valvolare, ora si cura con l'impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (Tavi)

Italia Mantegazza

### 36 convegno a Maratea

Maratea: la voce dei partecipanti

Enza Colagrosso

### 39 i 50 anni di teme

50 anni di Teme: festeggiare e progettare

Redazionale

### 40 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 economi 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 economi 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.

# Maratea: nominato il nuovo CdA della Fondazione FARE

**N**el corso dei lavori dell'ultimo Convegno Interregionale, svoltosi a Maratea dal 28 al 30 giugno 2012, il Direttivo della FARE ha nominato i nuovi membri del Consiglio d'Amministrazione della Fondazione FARE.

Il nuovo Presidente della FARE e della Fondazione, Francesco de Nicolo, ha voluto che nel Consiglio convergessero rappresentanti di tutto il territorio nazionale, richiedendo pertanto l'individuazione di un candidato da parte di ciascun Presidente delle Associazioni Regionali.

A seguito delle candidature pervenute, risultano nuovi membri effettivi del CdA della Fondazione i seguenti nominativi: Rita Venezia, Alessandro Anzellini, Claudio Amoroso, Gianni Minardi, Aldo Corea e Maria Gesuina Demurtas.

Nel corso della prima riunione del Consiglio di Amministrazione, composto come appena indicato, si è proceduto ad una ripartizione delle mansioni tra i consiglieri così da rendere l'operato di questo organismo quanto più efficiente possibile.

Considerati obiettivi dell'attività della Fondazione: la formazione e la comunicazione, si è stabilito che Claudio Amoroso si occupi di tutti gli aspetti inerenti la formazione, con il supporto di Gesuina Demurtas e Rita Venezia, e che Alessandro Anzellini segua il settore della comunicazione coadiuvato da Giovanni Minardi. È stato inoltre deciso di attribuire a Rita Venezia l'incarico di vice presidente.

Tra i vari contenuti emersi dalla riunione, si segnala quanto espresso da Aldo Corea, che si è detto disponibile a cedere il proprio posto ad un eventuale candidato, individuato dalle associazioni del Nord Italia, indicando con tale gesto la volontà di ricongiungere l'intero panorama nazionale della nostra Federazione e della nostra Fondazione.

Nell'occasione di questo rinnovamento delle cariche tenute a occuparsi della Fondazione, il Presidente De Nicolo ha auspicato che finalmente questa preziosa piattaforma di cui la FARE dispone sia adoperata per promuovere la formazione e la comunicazione, che devono essere elementi distintivi della nostra realtà associativa e federale.

Ciò a cui dobbiamo mirare, secondo le parole del Presidente, è convertire il bagaglio di know-how di cui siamo detentori in una risorsa capace di trasformare la Federazione in una realtà formativa senza eguali su tutto il territorio nazionale, questo perché la mission formativa ci accompagna sin dall'inizio della nostra storia e perché il nostro organo di formazione, TEME, ha festeggiato con successo i propri 50 anni a Maratea testimoniando una fortissima vitalità nel momento presente e ponendosi quale ottimo strumento potenziale per veicolare i nostri messaggi ed il nostro sapere ad un pubblico sempre più vasto e qualificato.

Un'ulteriore area di influenza su cui possiamo e dobbiamo agire, ha proseguito il Presidente, è quella della solidarietà internazionale, grazie ad un progetto prossimo alla definizione, che ci vede tra i principali promotori, in virtù del quale tutti i dispositivi medici dismessi verranno rimessi in condizioni di efficienza e destinati alle aree di particolare disagio legato a povertà e guerra. Un segnale importante da parte di chi, da oltre mezzo secolo, concepisce il proprio lavoro come un servizio.

**Rita Venezia**  
Vicepresidente A.P.E.

# Gli appalti sanitari ai tempi della spending review

**Avv. Andrea Stefanelli**  
Studio legale Stefanelli  
Bologna

**S**ia chiaro, siamo abituati alla produzione legislativa "balneare".

Fin dai tempi della Legge fondamentale n. 241 sul procedimento amministrativo, che porta la data del 7 agosto 1990 (forse nella speranza, si disse, che nessuno se ne sarebbe accorto), al più recente Decreto Legislativo n. 104 del 2/7/2010 che, per la prima volta, ha introdotto in Italia un codice del processo amministrativo, il Legislatore pare da sempre "divertirsi" a pubblicare norme importanti durante il periodo dell'anno meno propizio per una loro attenta e meditata lettura.

Nel caso in questione, tuttavia, è detto che l'eccezionale stato di crisi economica in cui versa il Paese impone scelte tanto repentine (anche nel periodo estivo) quanto immediatamente applicabili (da cui il ricorso al decreto-legge), cosicché le disposizioni normative pubblicate un giorno, quello successivo sono già vigenti. Se a questo *modus operandi*, tuttavia, non viene associata una limpidezza nella redazione dei testi normativi, ecco allora che si getta nel più totale scompiglio gli operatori del settore che si trovano obbligati, dalla sera alla mattina, ad applicare le norme appena introdotte.

## In piena estate

Questo dunque sarebbe il racconto, un po' canzonatorio, che si potrebbe fare di quanto verificatosi all'indomani del venerdì **6 luglio 2012**, giorno in cui il nostro Legislatore, con un uno-due degno del miglior boxeur, ha prima convertito (con

modificazioni) il Decreto-Legge 7/5/2012, n. 52 nella **Legge n. 94** e poi ha emanato il **Decreto-Legge n. 95**, dando in tal modo una decisa accelerazione alla politica di riduzione della spesa pubblica, giornalmente nota come "spending review". In realtà la **Spending review**, se vogliamo proprio essere onesti, non l'ha "inventata" il Governo Monti, in quanto era già stato il Ministro Tremonti che, all'art. 9 del D.L. n. 98 del 6/7/2011 (esattamente un anno prima della succitata L.n. 94 e D.L. n. 95) aveva stabilito che *"Dato l'obiettivo di razionalizzazione della spesa e di superamento del criterio della spesa storica, il Ministero dell'economia e delle finanze [...] a partire dall'anno 2012, da' inizio ad un ciclo di "spending review" mirata alla definizione dei fabbisogni standard propri dei programmi di spesa delle amministrazioni centrali dello Stato"*.

La Spending review, dunque, è il *"superamento del criterio della spesa storica"*, tale per cui ogni fine anno si procedeva a stanziare un importo pari alla spesa dell'anno precedente (inizialmente con un incremento percentuale che poi, via via negli anni, si è sempre più ridotto), senza interrogarsi tuttavia sulla "natura" dell'ammontare di detta spesa, ovvero se era corretto che amministrazioni più "virtuose" riuscissero a garantire i medesimi standard prestazionali di altre PP.AA. spendendo meno e, per ciò stesso, l'anno successivo ottenessero il medesimo stanziamento mentre le amministrazioni meno "virtuose", che nel passato aveva-

no sperperato immense somme di denaro, continuassero a vedersi stanziare le medesime cifre (già sperperate) solo in ragione del meccanismo di stanziamento basato, appunto, sulla spesa storica. In forza del nuovo sistema di determinazione si sarebbe quindi dovuto arrivare a stabilire il costo "in astratto" per la miglior performance per ogni tipo di prestazione in ogni settore ed, in base a questo dato, quantificare poi lo stanziamento complessivo per ogni singola Regione, riuscendo in tal modo a garantire i medesimi costi per le medesime performance ai medesimi standard su tutto il territorio nazionale.

Per realizzare tutto ciò, però, occorreva acquisire le informazioni relative a tutti i prezzi d'acquisto di tutti i prodotti su tutto il territorio nazionale e, pertanto, il Legislatore del 2011 da un lato dava inizio ad un'attività di raccolta di dette informazioni (tramite CONSIP, l'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici nonché l'attività di monitoraggio di tutti i Ministeri competenti), dall'altro dava una forte accelerazione alle modalità di acquisto tramite le centrali di committenza (CONSIP e tutte quelle regionali), che peraltro lo stesso Tremonti poteva "vantarsi" di avere inventato.

E' da questo complesso contesto normativo che i due provvedimenti del Governo Monti – il D.L.n. 52/2012 poi convertito in L.n. 94/2012, detto "1° spending review", ed il D.L. n. 95/2012 detto "2° spending review" – traggono origine, tanto è vero all'art. 1bis della L.n. 94/2012 si dice che "per la efficace realizzazione della revisione della spesa

*pubblica, in particolare in ambito sanitario, il Governo verifica [...] l'individuazione dei costi e dei fabbisogni standard [...] provvedendo all'acquisizione [...] dei relativi dati", sicché poi possa "il Presidente del Consiglio dei Ministri [...] nominare un Commissario straordinario, al quale spetta il compito di definire il livello di spese per acquisti di beni e servizi, per voci di costo, delle amministrazioni pubbliche".*

Le novità introdotte dai due provvedimenti in materia di "spending review" del Governo Monti relativamente agli acquisti di beni e servizi sono molteplici e variegati di talché, per non annoiare troppo il lettore, ci si limiterà in questo breve scritto a tratteggiare solo quelli applicabili al settore sanitario, ovvero quelle disposizioni che si riferiscono espressamente alle Amministrazioni sanitarie.

### 1° Spending review

**a)** In sede di conversione del D.L.n. 52/2012 la **Legge 6/7/2012 n. 94** ha introdotto *ex novo* l'art. 7 (in totale sostituzione di quello precedente del decreto-legge), il cui comma 2, ultimo paragrafo, modificando l'art. 1, comma 450 L.n. 296/2006. stabilisce che **tutte le amministrazioni pubbliche non statali** – e quindi anche gli **enti del Servizio Sanitario Nazionale** – **per tutti gli acquisti di beni e servizi d'importo inferiore alla soglia comunitaria (oggi 193.000 €) sono obbligati a fare ricorso al cd. M.E.P.A.** (Mercato Elettronico della Pubblica

Amministrazione) di cui all'art. 328 del Regolamento (D.P.R. n. 207/2010). L'effetto è devastante, tenuto conto che l'incipit del medesimo ultimo paragrafo recita *"Fermi restando gli obblighi previsti al comma 449 del presente articolo"*, riferendosi appunto all'art. 1 L.n. 296/2006, il cui ultimo comma a sua volta prevede che *"Gli Enti del Servizio sanitario nazionale sono in ogni caso tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali di regionali di riferimento"*. Ciò significa che, oltre all'obbligo (già previsto) d'acquisto tramite gli accordi-quadro stipulati dalle centrali di committenza regionali, ora le Aziende Sanitarie devono anche procedere, per ogni fornitura sottoglia, ad utilizzare i Cataloghi Elettronici e/o i Sistemi Dinamici d'acquisizione ecc. predisposti e tenuti da dette Centrali, senza più poter utilizzare propri Elenchi e, di fatto, abrogando la procedura negoziata senza pubblicazione del bando di cui all'art. 57, comma 6 D.Lgs. n. 163/2006. Non solo in quanto, alla luce della modifica a sua volta intervenuta proprio sull'art. 1, comma 449 L.n. 296/2006 ad opera del precedente comma 1 dell'art. 7 della L.n.

94/2012 qui in commento, che ha precisato come le convenzioni-quadro da "scaricare" possono essere indifferentemente sia quelle delle centrali di committenza di riferimento regionale che quelle CONSIP, ciò porta a sostenere che gli accordi-quadro che le AA.UU.SS.LL./AA.OO. sono obbligate ad utilizzare sono non esclusivamente quelli della propria centrale di committenza regionale ma, qualora questi non siano operativi, in tal caso allora le convenzioni stipulate da CONSIP s.p.a. Tale interpretazione, d'altro canto, perfettamente si concilia con l'ultimo paragrafo del modificato art. 1, comma 450 L.n. 296/2006, che genericamente parla di *"ricorso al mercato elettronico della pubblica amministrazione"* genericamente inteso, senza quindi fare riferimento al M.E.P.A. della sola centrale di committenza regionale di riferimento dell'azienda sanitaria che intende procedere all'acquisto.

**Addio quindi agli acquisti in economia ed alle gare informali** in quanto, per potervi ancora accedere, le Stazioni appaltanti dovranno dimostrare non solo che non esiste per quel prodotto/servizio alcuna convenzione CONSIP e/o alcun accordo-quadro stipulato da qualunque altra Centrale di committenza regionale, ma vieppiù come non esista alcun fornitore del M.E.P.A. che abbia in catalogo detto prodotto e/o servizio da offrire all'Amministrazione appaltante che, in tal caso, è obbligata ad aderirvi.

Quanto poi all'aspetto pratico, ovvero all'effettivo risparmio che tale scelta di metodo d'acquisto potrà comportare, si rammenti come gli acquisti tramite Cataloghi possono avvenire o con OdA (ordine d'acquisto diretto), che tuttavia non è molto utilizzato in quanto il prezzo indicato in Catalogo è (solitamente) quel-

L'eccezionale stato di crisi economica in cui versa il Paese impone scelte tanto repentine (anche nel periodo estivo) quanto immediatamente applicabili (da cui il ricorso al decreto-legge), cosicché le disposizioni normative pubblicate un giorno, quello successivo sono già vigenti

lo del listino ufficiale (molto elevato) e, dunque, l'acquisto diretto risulta assolutamente antieconomico, oppure con RdO (richiesta d'offerta), in cui la P.A. invia ai fornitori presenti in catalogo una richiesta d'offerta e detti fornitori rispondono, ma solo con i beni presenti in catalogo, svolgendo quindi, di fatto, una procedura molto simile alla gara classica, ragion per cui gli auspicati effetti di risparmio pubblico non paiono, ad un primo avviso, così rilevanti.

**b)** L'art. 7 bis, anch'esso introdotto dalla Legge di conversione n. 94, ha modificato l'art. 17 del succitato D.L.n. 98/2011 - che prevedeva come l'Osservatorio tenuto presso l'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici avrebbe fornito alle Regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento (compresi quelli CONSIP) alle condizioni di maggiore efficienza dei beni (compresi dispositivi medici e farmaci) nonché delle prestazioni dei servizi sanitari (e non) - espressamente stabilendo che **le Aziende Sanitarie "sono tenute" a rinegoziare quei contratti i cui prezzi unitari si discostano da quelli rilevati dall'Osservatorio e/o dalle Centrali di committenza** regionali e, qualora l'appaltatore non sottostà a detta richiesta, le medesime Aziende Sanitarie "hanno il diritto" di recedere dal contratto in essere, senza obbligo di risarcimento del danno per recesso anticipato, come previsto dall'art. 1671 cod.civ.

Anche questa novità è molto rilevante, in quanto attribuisce il potere/dovere alle PP.AA. di poter modificare le clausole contrattuali, ponendole nelle condizioni d'imporre agli appaltatori la riduzione dei prezzi contrattuali fino a ricondurli a quel "livello di spesa", non ancora defini-

to dal Commissario straordinario ma solo risultante quale minor prezzo riportato dalle banche-dati (Osservatorio, CONSIP e altre Centrali di committenza); l'appaltatore non ha scelta: o riduce il prezzo (che aveva ottenuto tramite regolare gara d'appalto) a quello minimo desunto dalle banche-dati, oppure si vedrà risolto il contratto senza alcun diritto al risarcimento del danno, che invece il Codice Civile ben riconosce a seguito di recesso unilaterale dell'appaltante determinandolo, in base all'art. 1671, nel rimborso delle spese fino a quel momento sostenute, nell'importo della fornitura di beni/servizi già eseguita (e non ancora pagata) nonché nella percentuale di mancato guadagno disposta a favore dell'appaltatore che subisce il recesso.

Sebbene la formulazione dell'articolo non sia delle più felici, utilizzando il Legislatore sia il verbo "*sono tenute*" che "*hanno il diritto*" per riferirsi alle Aziende Sanitarie interessate all'attività di riallineamento dei prezzi contrattuali, tuttavia si ritiene trattasi - in entrambi i casi - di un preciso obbligo delle medesime Amministrazioni, sia quello di richiedere la rinegoziazione, che quello di recedere dai contratti in caso di loro mancato ade-

La Spending review è il "superamento del criterio della spesa storica", tale per cui ogni fine anno si procedeva a stanziare un importo pari alla spesa dell'anno precedente, senza interrogarsi tuttavia sulla "natura" dell'ammontare di detta spesa

guamento, non foss'altro per la rilevanza dello scopo (quello della riduzione della spesa pubblica) sotteso a detta complessiva operazione.

D'altro canto l'obbligo d'allineamento di tutti i prezzi contrattuali a quelli "astrattamente" migliori come risultanti su tutto il territorio nazionale è la logica conseguenza dell'applicazione del principio della "spending review" come prima visto. Il vero profilo problematico, tuttavia, risiede nel fatto che se a regime detto nuovo sistema di determinazione della spesa passa attraverso la valutazione di un Commissario Straordinario a cui, come detto, *"spetta il compito di definire il livello di spese per acquisti di beni e servizi, per voci di costo"*, l'applicazione dell'art. 7-bis porta invece alla brutale riduzione di tutti i prezzi legittimamente determinati a seguito di regolare procedure concorsuali d'appalto ad altri "prezzi unitari", le cui modalità di determinazione non sono state da alcuno opportunamente valutate. Ci si riferisce, tanto per essere chiari, all'evidente discrasia fra la determinazione del miglior prezzo come desunto ad una gara ad appalto "chiuso", dal cui prezzo complessivo, diviso il quantitativo presunto, si giunge al prezzo unitario (che tut-

tavia subisce inevitabilmente la flessione determinata dalle cd. economie di scala), rispetto al prezzo che invece si determina a seguito di un accordo-quadro in cui, come noto, fin da subito la base d'asta risulta il "prezzo unitario"; a titolo di esempio, un conto è aggiudicare una gara per la fornitura di 100.000 pezzi del prodotto A al prezzo complessivo di 500.000 € (determinandosi così un prezzo unitario del prodotto A pari a 5 € al pezzo), altro conto è invece individuare il prezzo del medesimo prodotto A quale risultante da una gara per accordo-quadro in cui, non avendo l'offerente alcuna garanzia di vendita di un quantitativo minimo di detto prodotto, ragionevolmente offrirà un prezzo unitario di gran lunga superiore (ipotizziamo 10 €) rispetto all'euro offerto per la vendita di 100.00 pezzi dello stesso prodotto A.

Ben si comprende, in altri termini, che se a tutti i contratti in essere per il rifornimento del prodotto A, che vanno dal prezzo massimo di 10 € a quello minimo di 5 €, viene per legge imposto di ridurre il valore del prezzo unitario all'importo di 5 €, la marginalità di vendita di tutti i contratti non di fornitura di 100.000 pezzi crolla drasticamente.

Occorrerà verificare come reagiranno i fornitori al riguardo, certo è che lo stesso Legislatore ben si era reso conto di questo rischio tanto è vero che, non a caso, aveva incaricato il Commissario Straordinario di determinare il "livello di spesa", non semplicemente limitandosi a prendere il minor prezzo unitario (scevro da ogni considerazione di come detto prezzo minimo si era determinato), ma all'esito di una ponderata valutazione volta a determinare, appunto, il più corretto "livello di spesa".

c) Da ultimo si segnala l'art. 8, anche in questo caso introdotto solo in sede di conversione, che è stato arricchito-

In forza del nuovo sistema di determinazione si dovrebbe stabilire il costo "in astratto" per la miglior performance per ogni tipo di prestazione in ogni settore e quantificare poi lo stanziamento complessivo per ogni singola Regione

to di un comma 2-bis portante la riduzione della **soglia** – da 150.000 € a **50.000 €** – sopra la quale ogni **Stazione appaltante è obbligata a dare comunicazione all'Osservatorio tenuto dall'AVCP dell'intervenuta aggiudicazione di un contratto di fornitura**. Tale nuovo obbligo non fa che aumentare significativamente il lavoro delle Stazioni appaltanti, senza peraltro che risulti con chiarezza l'efficacia di detta disposizione, tenuto che già la Legge n. 106/2011 di conversione del D.L. n. 70/2011 aveva fissato, anche per i contratti di forniture di beni e servizi, l'importo di 40.000 € quale soglia minima oltre la quale scattava l'obbligo per tutte le PP.AA. appaltanti di darne debita comunicazione all'Autorità di Vigilanza (Comunicato AVCP 15/7/2011). La novità, quindi, risiederebbe nel fatto che per tutti i contratti sopra i 50.000 € le Stazioni appaltanti devono dare comunicazione all'Osservatorio, mentre per quelli da 40.000 € a 50.000 € solo all'Autorità di Vigilanza?

## 2° Spending review

Il **Decreto-Legge 6/7/2012 n. 95** si connota invece per una chiara distinzione fra l'art. 1, rubricato "Riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi e trasparenza delle procedure", che tuttavia non si applica agli appalti sanitari, ai cui infatti è dedicato un apposito articolo (art. 15). Il comma 23 dell'art. 1 precisa infatti come agli Enti del S.S.N. non possano trovare applicazione le disposizioni del suddetto articolo, ad eccezione del comma 5 (già soppresso dall'avviso di rettifica 9/7/2012) nonché del comma 24 (relativo al contratto ai fenomeni di corruzione). L'art. 15 è invece rubricato "Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanita-

rio e misure di governo della spesa sanitaria" e consta di 24 commi, di cui dal 2° al 11° espressamente dedicati ai farmaci, mentre i restanti genericamente relativi alla spesa sanitaria.

**d)** Alla lett. a) del comma 13° è introdotta una grande novità, ovvero **la riduzione secca del 5% "degli importi e le connesse prestazioni" relativa ai contratti in essere di fornitura di beni e servizi** (esclusi i farmaci), con decorrenza dall'entrata in vigore del decreto (ovvero il 7/7/2012) e per tutta la durata dei contratti, ad eccezione di quelli aventi ad oggetto dispositivi medici, per i quali detta riduzione si impone fino al 31/12/2012.

Le criticità relative a detto comma sono molteplici; in primo luogo l'oggetto di detta riduzione è, come detto, non solo "l'importo" dei contratti ma anche le "pre-

Addio agli acquisti in economia ed alle gare informali in quanto, per potervi ancora accedere, le Stazioni appaltanti dovranno dimostrare non solo che non esiste per quel prodotto/servizio alcuna convenzione CONSIP e/o alcun accordo-quadro stipulato, ma anche che nessun fornitore del M.E.P.A. abbia in catalogo detto prodotto e/o servizio da offrire all'Amministrazione appaltante che, in tal caso, è obbligata ad aderirvi

*stazioni connesse*", locuzione di non facile interpretazione e che conseguentemente ha dato adito a differenti esegesi.

La prima di queste intende interpretare le "*prestazioni connesse*" come quelle prestazioni che lo stesso appaltatore si è impegnato a garantire in sede contrattuale, come ad esempio "i termini di consegna" oppure "i tempi d'intervento" ecc.; ridurre del 5% dette prestazioni, tuttavia, non pare avere molto senso in quanto la loro riduzione non farebbe che ulteriormente aggravare l'onere contrattuale dell'appaltatore, senza tuttavia apportare il benché minimo risparmio economico all'Amministrazione sanitaria.

Una seconda interpretazione, allora, propenderebbe per assegnare al termine "*prestazioni connesse*" il significato di "controprestazione contrattuale", con ciò quindi significando che, a fronte della riduzione del 5% dell'importo contrattuale

a favore dell'appaltante, si configurerebbe una riduzione del medesimo 5% della controprestazione posta in capo all'appaltatore (la quantità della fornitura); tale interpretazione, sebbene più consona ai principi civilistici (di rispetto del cd. "sinallagma contrattuale"), in realtà ben poco si confà tuttavia alla *ratio* stessa del Decreto-Legge n. 95/2012 titolato "DISPOSIZIONI URGENTI PER LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA CON INVARIANZA DEI SERVIZI AI CITTADINI": se infatti si riducessero prestazioni e controprestazioni tutte del 5%, certamente il S.S.N. spenderebbe un ventesimo di meno ma, ovviamente, otterrebbe anche un ventesimo in meno di beni e servizi e, quindi, dovrebbe ridurre della medesima percentuale anche i servizi che è in grado di erogare, servizi che al contrario devono rimanere "invariati".

Altro problema interpretativo è quello poi connesso al "quantitativo" dell'importo contrattuale a cui applicare tale riduzione; posto infatti come detta disposizione si applichi ai contratti "*in essere*", occorre domandarsi allora se il Legislatore intende riferirsi alle sole prestazioni ancora da eseguire oppure se tale disposizione ha effetto retroattivo, applicandosi quindi all'importo previsto in contratto, ciò quindi indipendentemente dal quantitativo già fornito (o meno) fino a quel momento dall'appaltatore.

Per capirsi meglio: se è stato sottoscritto un contratto d'importo pari a 100 € e relativo alla fornitura di 100 prodotti, se la riduzione si applica all'intero importo contrattuale ciò significa che il prezzo si riduce a 95 €, mentre se si applica al solo prezzo per le forniture ancora da eseguire, qualora si sia già provveduto alla fornitura di quasi tutti i prodotti (mancando, ad esempio, la consegna di solo 10 pezzi), in tal caso allora la riduzione del 5% si

Le Aziende Sanitarie "sono tenute" a rinegoziare quei contratti i cui prezzi unitari si discostano da quelli rilevati dall'Osservatorio e/o dalle Centrali di committenza regionali e, qualora l'appaltatore non sottostà a detta richiesta, le medesime Aziende Sanitarie "hanno il diritto" di recedere dal contratto in essere, senza obbligo di risarcimento del danno per recesso anticipato, come previsto dall'art. 1671 cod.civ.

applicherà solo al prezzo (10 €) relativo ai prodotti ancora da consegnare, riducendosi quindi lo sconto ad appena 0,50 €. In altri termini l'eventuale maggiore o minore riduzione del prezzo dipenderebbe esclusivamente dal quantitativo che – in maniera assolutamente fortunosa – l'appaltatore potrebbe avere già provveduto a consegnare.

Detta ultima interpretazione contrasta con una ragione di carattere giuridico, in quanto la fornitura di beni altro non è che una "vendita", contratto di natura consensuale a prestazione immediata ovvero che si perfeziona con il mero consenso delle parti, salvo poi regolamentare la fase d'esecuzione attraverso eventuali consegne ripartite; in altre parole all'atto della vendita dovrebbe contestualmente avvenire da un lato la consegna dei beni e, dall'altro, la dazione di denaro di talchè, se diversamente tale consegna è ripartita nel tempo, così' come il pagamento disposto a 60/90 gg. data fattura accompagnatoria, ciò non è sufficiente a far tramutare la vendita in un contratto di somministrazione, cioè non fa diventare la vendita un contratto "di durata" e quindi, come tale, non può farla ricadere tra i contratti "in essere" di cui parla la lett. a), comma 13° dell'art. 15 D.L.n. 95/2012.

Se quindi l'unica possibile interpretazione per l'applicazione dello sconto coattivo del 5% anche ai contratti di vendita è la sua efficacia *ex tunc* (ovvero *ab origine*), ciò tuttavia è contraddetto dallo stesso Legislatore, che limita l'applicazione di detta riduzione per la fornitura di dispositivi medici solo "*fino al 31 dicembre 2012*". Tale prescrizione non lascia adito a possibili diverse interpretazione se non a quella che prevede la riduzione dei contratti d'acquisto dei dispositivi medici dal 7/7/2012 al 31/12/2012 pari al 5 per

cento dell'importo della sola fornitura eseguita in detto periodo; se quindi è stato sottoscritto un contratto semestrale (1/7/2012 – 31/12/2012) la riduzione sarà totale, se invece il contratto è quinquennale (1/1/2008 – 31/12/2012) e, magari, la Stazione appaltante ha già acquistato il 90% del quantitativo contrattualmente previsto, la riduzione del 5% si applicherà esclusivamente al residuo decimo di fornitura ancora da eseguire.

Comunque sia, tenuto conto che lo sconto del 5% vale per i D.M. solo fino al 31/12/2012, c'è da aspettarsi la corsa all'acquisto – durante detto periodo – del massimo quantitativo contrattualmente previsto .... con buona pace della contrazione di spesa corrente tanto auspicata.

e) La lett. b) del comma 13° non fa invece che ricopiare quasi pedissequamente il contenuto dell'art. 7-bis della L.n. 94/2012, sopra commentato alla lett. B) del presente scritto.

Francamente s'ignora il motivo per cui il Legislatore, nello stesso giorno in cui ha pubblicato la Legge n. 94 introducendo ex novo il suddetto art. 7-bis, ha deciso anche di pubblicare la Legge n. 95 in cui inserisce – all'art. 15, comma 13 – la lett. b) che risulta di contenuto identico all'appena pubblicato art 7-bis D.L.n. 95/2012. Delle due l'una: o non è lo "stesso" Legislatore – ovvero sono due persone

Alla lett. a) del comma 13° è introdotta una grande novità, ovvero la riduzione secca del 5% "degli importi e le connesse prestazioni" relative ai contratti in essere di fornitura di beni e servizi

differenti (!!!!) - oppure il Legislatore della D.L.n. 95/2012 si è accorto di aver commesso un errore nella già intervenuta pubblicazione della L.n. 94/2012 e quindi si è affrettato ad inserire un nuovo comma nel decreto-legge che stava andando in pubblicazione, modificando il precedente art. 7-bis.

Andiamo allora a verificare le modifiche apportate e ci accorgiamo che le differenze sono solo due:

- è stato tolto l'inciso *"non giustificate da particolari condizioni tecniche o logistiche delle forniture"* relativo alle differenze dei prezzi sono da intendersi "significative"; in altri termini secondo la L.n. 94 la **rinegoziazione** dei contratti è possibile quando si riscontrano differenze fra i dati individuati all'esito d'analisi svolte sui prezzi unitari ottenuti dalle Centrali di committenza rispetto a quelli dei singoli contratti, **sempreché** tali differenze non siano giustificate o da particolari condizioni tecniche oppure da specifiche condizioni logistiche relati-

ve alle forniture d'importo maggiore, mentre nel D.L.n. 95/2012 questo inciso è stato eliminato e, quindi, la **rinegoziazione deve avvenire a qualsiasi condizioni**, ovvero indipendentemente dalla circostanza che ci possano essere (o meno) giustificate condizioni che motivano differenze di prezzo;

- è stata aggiunta la precisazione che per **"differenze significative dei prezzi"** debbano intendersi quelle **superiori al 20%** rispetto al prezzo di riferimento, quindi uno scarto significativo fra il prezzo dei contratti da rinegoziare e quello che, in attesa della determinazione del "livello di spesa" da parte del Commissario Straordinario, può essere inteso come il prezzo "astrattamente" corretto per quel determinato prodotto/servizio.

Il problema che tuttavia si pone dalla divergenza contenutistica fra l'art. 7-bis L.n. 94/2012 e la lett. b), comma 13° art. 15 D.L. n. 95/2012 risiede nel fatto che non appare scontato quali delle due prescrizioni debba "prevalere" e, quindi, trovare effettiva applicazione, non tanto perché l'una è contenuta in una "Legge" mentre l'altra in un "Decreto-Legge" ma, soprattutto, perché il criterio temporale - tale per cui la disposizione successiva nel tempo prevale, a parità di norme primarie (come sono le Leggi ed i Decreti-Legge) su quella precedente - non può trovare applicazione nel caso in questione, in quanto entrambe dette norme sono state emanate nel medesimo giorno (6/7/2012) e pubblicate entrambe il giorno successivo (7/7/2012).

f) L'ultima novità introdotta dalla lett. d) del comma 13° dell'art. 15 D.L. n. 95/2012 stabilisce che **gli Enti del S.S.N. utilizzino**, *"per l'acquisto di*

L'ultima novità introdotta dalla lett. d) del comma 13° dell'art. 15 D.L. n. 95/2012 stabilisce che gli Enti del S.S.N. utilizzino, "per l'acquisto di beni e servizi relativi alla categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da CONSIP o dalle altre Centrali di committenza

*beni e servizi relativi alla categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da CONSIP o dalle altre Centrali di committenza.*

Detta prescrizione potrebbe apparire tautologica in quanto già l'art. 7, comma 2° della L.n. 94/2012 – commentato alla precedente lett. A) del presente scritto – obbliga "le altre pubbliche amministrazioni" (non statali) a fare ricorso al M.E.P.A. ma, lo si sottolinea, ciò vale espressamente solo per gli acquisti sottosoglia, mentre nella disposizione qui in commento non solo il Legislatore ha ritenuto di dover espressamente indicare "gli enti del Servizio sanitario nazionale" – non concedendo quindi più alcun dubbio se alle "altre pubbliche amministrazioni" debbano correttamente ricondursi anche le AA.SS.LL./AA.OO.– ma, soprattutto, in quanto ha specificamente prevista l'applicazione degli "strumenti di acquisto e negoziazione telematici" della CONSIP ovvero delle altre centrali di committenza di riferimento **anche per valori superiori alla soglia comunitaria.**

Francamente si ignora quale differenza vi sia fra il "mercato elettronico della pubblica amministrazione" di cui l'art. 7, comma 2° L.n. 94/2012 impone l'obbligo d'utilizzo per i contratti sottosoglia, rispetto "agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici" applicabili anche per i contratti sopra-soglia stipulati dalle Amministrazioni sanitarie ex art. 15, comma 13° lett. d) D.L.n. 95/2012, ritenendo che entrambi si riferiscano ai cd. "Sistemi dinamici di acquisizione" nonché ai "Cataloghi elettronici".

Importante differenza tuttavia risiede

nel fatto che, nel caso degli enti del S.S.N., qualora procedano ad acquisti senza fare ricorso a detti strumenti d'acquisto messi a disposizione dalla CONSIP e/o dalle altre Centrali di committenza regionali, i contratti stipulati sono nulli e tale *modus procedendi* configura illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa.

Quest'ultima novità, unitamente all'obbligo d'acquisto di beni/servizi sottosoglia tramite M.E.P.A., si ritiene rappresentino per le Aziende Sanitarie le più rilevanti novità del "doppio" provvedimento del Governo Monti in tema di *spending review*.

Più infatti della rinegoziazione degli contratti ovvero della scontistica del 5% imposta per legge, tali novità da un lato **consacrano definitivamente le centrali di committenza (nazionale e regionali)**, assegnandole un rilievo d'assoluta importanza nell'ambito degli acquisti pubblici che, d'ora innanzi, dovranno necessariamente passare TUTTI tramite le centrali di committenza e svuotando in tal modo, in maniera praticamente totale, i Provveditorati/Economi di qualsiasi ruolo relativamente alle procedure d'acquisto di beni e servizi sanitari, dall'altro **obbligano tutti gli operatori economici** (che già non l'hanno fatto) **a trasferire necessariamente tutto il loro business sul web.**

Per quanto poi concerne l'effettivo successo della *spending review* francamente si ritiene che, anche per i molteplici profili problematici sopra sollevati, più che un grande risparmio di spesa pubblica questa manovra mira al controllo assoluto – da Grande Fratello di orwelliana memoria – di ogni acquisto (anche il più piccolo) fatto da qualsiasi Pubblica Amministrazione.

# Spending review e tagli alla sanità

**Avv. Pierluigi Piselli**  
Studio Legale Associato  
Cancrini Piselli

Il tempo delle novità sembra non finire mai. Una manovra dopo l'altra, dalla legge salval'Italia alle liberalizzazioni, dalle semplificazioni al decreto sviluppo, dalla riforma del lavoro alla spending review, ci troviamo a dover fronteggiare un cantiere legislativo in continuo movimento che oggi sta travolgendo anche la sanità.

Nei mesi scorsi si sono susseguite proposte concernenti tagli alla spesa sanitaria pari a 1,085 miliardi nel 2012, 3,46 nel 2013 e 3,57 nel 2014. Poco più di 8 miliardi di risparmi in due anni e mezzo.

La nuova manovra (Decreto Legge n. 85 del 2012) avrebbe, negli intenti del legislatore, i seguenti obiettivi:

- **iscrivere il funzionamento dell'apparato statale** - e le relative funzioni - **entro un quadro razionale di valutazione e programmazione.** Si tratta di un'operazione strutturale, il cui buon fine è legato alla ottimizzazione delle procedure e delle articolazioni dello Stato, inclusa quella giudiziaria, all'accorpamento o alla dismissione degli enti non necessari e alla progressiva riduzione degli organici, privilegiando la distribuzione razionale delle risorse umane e materiali a disposizione delle pubbliche amministrazioni.
- **Ridurre la spesa in maniera tale da non incidere in alcun modo sulla quantità di servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni** a favore dei cittadini, migliorandone al contrario la qualità e l'efficienza. Stimolando, così, la crescita e la competitività del Paese,

in linea con le best practices europee e con le sollecitazioni degli investitori internazionali.

- **Eliminare gli eccessi di spesa così da produrre una serie di benefici concreti per i cittadini.** Evitando in tal modo l'aumento di due punti percentuali dell'IVA per gli ultimi tre mesi del 2012 e per il primo semestre del 2013.

Le disposizioni della spending review nel settore sanitario sono dirette a prevedere una riduzione dei costi nel settore sanitario di 900 milioni di euro per l'anno 2012, 1.800 milioni di euro per l'anno 2013 e 2.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014, prevedendo interventi sulle aree di spesa nelle quali si rilevano inefficienze gestionali o inapproprietezze nell'utilizzo delle risorse. Trattasi di misure ulteriori rispetto a quelle introdotte dall'articolo 17, del decreto legge 98/2011, convertito con modificazioni dalla legge 111/2011.

In particolare il comma 12 dell'art. 15 (**Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica**) afferma che *«Con le disposizioni di cui ai commi 13 e 14 sono fissate misure di razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi e ulteriori misure in campo sanitario per l'anno 2012. Per gli anni 2013 e seguenti le predette misure sono applicate, salvo la stipulazione, entro il 31 luglio 2012, del Patto per la salute 2013-2015, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5*

giugno 2003, n. 131, nella quale possono essere convenute rimodulazioni delle misure, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali. Con il medesimo Patto si procede al monitoraggio dell'attuazione delle misure finalizzate all'accelerazione del pagamento dei crediti degli enti del servizio sanitario nazionale».

Il Legislatore ha emanato una serie di disposizioni urgenti. Di seguito verranno evidenziate quelle più importanti.

Comma 13: «Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi:

- a) ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012 ;
- b) all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sono aggiunti i seguenti periodi: «Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla

base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento.»;

- c) le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 30 novembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un

tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare. Entro il 28 febbraio 2013, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

d) costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, ai sensi della vigente legislazione, la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e fa-

cility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Alla verifica del predetto adempimento provvede il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base dell'istruttoria effettuata dall'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici;

e) il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, è rideterminato, per l'anno 2013 al valore del 4,9 per cento e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,8 per cento;

f) all'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 1 è inserito il seguente comma: "1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato."

Per quanto concerne i commi da 15 a 20 il Legislatore ha inteso introdurre una procedura straordinaria e transitoria per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera. In deroga alle vigenti disposizioni, le predette tariffe sono determinate con decreto interministeriale entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. La disposizione è diretta a garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le regioni e le province autonome, essenziale nell'ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria.

In particolare al comma 15 si legge che «In deroga alla procedura prevista dall'articolo

8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, **con proprio decreto, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8- quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale».**

Da quanto testè summenzionato emerge che il Legislatore, pur rimanendo fedele alle proposte avanzate nei mesi scorsi, ha rivisitato la bozza di manovra di spending review evitando, in primo luogo la chiusura indiscriminata degli ospedali più piccoli e ponendo la riduzione dei posti letto a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento del totale dei posti letto da ridurre, conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse.

È stato confermato, però il taglio di tre miliardi di euro per il **fondo sanitario nazionale** nel 2012-2013, con un miliardo in meno quest'anno e due miliardi a decorrere dal 2013. "Il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione - si legge nel testo - è ridotto di 1.000 milioni di euro per l'anno 2012 e di 2.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013".

Alla luce di tale sommaria disamina resta un ultimo profilo da valutare: il ritardo nei pagamenti delle forniture.

Nella fase podromica all'emanazione del decreto sulla spending review era stato sollevato il problema sul ritardo dei pagamenti della Pubblica Amministrazione. I tempi di pagamento delle forniture alla pubblica amministrazione, in media di oltre 250 giorni e punte di 700, è stata oggetto anche di recenti interrogazioni parlamentari volte ad affrontare un problema che non permette un corretto sviluppo dell'industria sanitaria. Secondo una ricerca del Centro studi Asso-biomedica i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche italiane sono tra i più alti dell'intera Unione Europea; la media italiana è di circa 300 giorni a fronte dei 30 giorni di Germania e Svizzera, dei 45 giorni del Regno Unito, dei 65 giorni della Francia.

Secondo una stima di Confindustria, il debito complessivo del Servizio sanitario nazionale ammonta a oltre 40 miliardi di euro, ovvero circa il 60% del debito complessivo della Pubblica amministrazione stimato in 70 miliardi di euro; la situazione più critica sui ritardati pagamenti della Sanità pubblica verso le imprese è al sud, con un tempo medio di 940 giorni per la Calabria, 779 giorni per la Campania, 856 giorni per il Molise; la situazione peggiore è quella dell'Azienda Sanitaria Locale di Napoli 1, con 1876 giorni, seguita dall'Azienda ospedaliera di Caserta e quella di Crotone con rispettivamente 1.414 e 1.335 giorni di ritardo accumulati. Le Imprese nel lungo periodo potrebbero non avere più la capacità di partecipare alle gare, ma soprattutto di garantire le forniture alle aziende sanitarie. Si auspica che i nuovi tagli previsti non intacchino i servizi al cittadino ma, al contrario, rendano più efficiente la gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

# Nuovo parere dell'Autorità di Vigilanza sugli appalti pubblici

**Avv. Monica Andrisano**  
Studio Legale Associato  
Cancrini Piselli

L'Autorità di Vigilanza è intervenuta nuovamente per chiarire alcune modifiche normative succedutesi nel settore degli appalti pubblici. L'Autorità già con la determinazione n. 1/2010 "Requisiti di ordine generale per l'affidamento di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ai sensi dell'articolo 38 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 nonché per gli affidamenti di subappalti. Profili interpretativi ed applicativi", aveva fornito indicazioni interpretative in merito ai requisiti generali per la partecipazione alle procedure di affidamento dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

A seguito dell'entrata in vigore del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70, rubricato "Semestre Europeo – Prime disposizioni urgenti per l'economia", convertito in legge con modifiche dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, che aveva apportato numerose modifiche all'art. 38 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (di seguito Codice), l'Autorità, aveva pubblicato il documento "Prime indicazioni sui bandi tipo: tassatività delle cause di esclusione e costo del lavoro" ed esperito una consultazione degli operatori del settore e delle istituzioni competenti. Dopo tale consultazione, però, sono sopravvenuti ulteriori interventi normativi ed in particolare, l'art. 20 comma 1, lett. d, del decreto-legge n. 5 del 9 febbraio 2012, "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo", convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, che ha modificato l'art. 38, comma 1-ter del Codice, attribuendo all'Autorità il potere di graduare l'irrogazione della san-

zione interdittiva ivi prevista. Infine, l'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, "Disposizioni urgenti in materia di semplificazioni tributarie, di efficientamento e potenziamento delle procedure di accertamento", convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 2012, n. 44, ha novellato il comma 2 dell'art. 38 del Codice, in riferimento al comma 1, lett. g), specificando che costituiscono violazioni definitivamente accertate quelle relative all'obbligo di pagamento di debiti per imposte e tasse certi, scaduti ed esigibili.

Alla luce delle rilevanti modifiche normative introdotte, l'Autorità ha ritenuto necessario intervenire nuovamente sulla materia offrendo indicazioni integrative rispetto alla determinazione n. 1 del 2010.

In particolare l'Autorità si è occupata di chiarire alcuni aspetti salienti della disciplina concernente i requisiti di ordine generale, enucleati dall'art. 38 del Codice dei Contratti.

Il primo comma dell'art. 38 così recita: *"Sono esclusi dalla partecipazione alle procedure di affidamento delle concessioni e degli appalti di lavori, forniture e servizi, né possono essere affidatari di subappalti, e non possono stipulare i relativi contratti i soggetti:*

*a) che si trovano in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni (lettera così mo-*

dificata dall'art. 33, comma 2, decreto-legge n. 83 del 2012, non ancora analizzata dall'AVCP");

- b) nei cui confronti è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (ora art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011 - n.d.r.) o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 (ora art. 67 del decreto legislativo n. 159 del 2011 - n.d.r.); l'esclusione e il divieto operano se la pendenza del procedimento riguarda il titolare o il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; i soci o il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari o il direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza o il direttore tecnico o il socio unico persona fisica, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società (lettera così modificata dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011)".

Il legislatore, con la novella apportata all'art. 38, comma 1, lett. b), del Codice, ha voluto ampliare l'elenco dei soggetti interessati dalla disposizione in esame includendovi - oltre a titolare o direttore tecnico per le imprese individuali; soci o direttore tecnico per le società in nome collettivo; soci accomandatari o direttore tecnico per le società in accomandita semplice; amministratori con poteri di rappresentanza o direttore

tecnico per le altre società - **anche il socio unico, persona fisica, o il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, "se si tratta di altro tipo di società"**. Il dubbio che l'AVCP ha tentato di chiarire concerne l'interpretazione da dare alla locuzione "persona fisica", introdotta in sede di conversione dalla citata legge n. 106/2011, nonché il significato dell'espressione "socio di maggioranza". In riferimento al primo profilo, l'Autorità ha ritenuto che l'accertamento della sussistenza della causa di esclusione di cui all'art. 38, comma 1, lett. b) vada circoscritto **esclusivamente** al socio persona fisica anche nell'ipotesi di società **con meno di quattro soci**, al contrario risulterebbe incongruo limitare l'accertamento *de quo* alla sola persona fisica nel caso di socio unico ed estendere, invece, l'accertamento alle persone giuridiche nel caso di società con due o tre soci, ove il potere del socio di maggioranza, nella compagine sociale, è sicuramente minore rispetto a quello detenuto dal socio unico.

In riferimento al secondo profilo, l'Autorità ha chiarito che la locuzione "socio di maggioranza" vada interpretata nel senso di effettuare i controlli di cui all'art. 38, comma 1, lett. b) nei confronti del soggetto che detiene il controllo della società (controllo di cui si dispone anche potendo contare solo sulla maggioranza relativa).

- c) nei cui confronti è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su

*richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18; l'esclusione e il divieto operano se la sentenza o il decreto sono stati emessi nei confronti:...omissis v. lett. b)... In ogni caso l'esclusione e il divieto operano anche nei confronti dei soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, qualora l'impresa non dimostri che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata; l'esclusione e il divieto in ogni caso non operano quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima (lettera così modificata dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011)".*

La preclusione alla partecipazione alle gare d'appalto, contemplata alla lettera c), comma 1, dell'art. 38 del Codice, derivante dalla pronuncia di particolari sentenze di condanna, è stata oggetto di un intervento estensivo analogo a quello apportato alla lett. b), comma 1, dell'art. 38 del Codice. Il testo novellato, infatti, ha previsto che l'esclusione ed il divieto di partecipazione alle procedure concorsuali per l'aggiudicazione dei contratti pubblici operino se la sentenza o il decreto siano stati emessi nei confronti degli stessi soggetti di cui alla lett. b). La nuova formulazione dell'art. 38, comma

1, lett. c) dispone espressamente che non rilevano, ai fini dell'esclusione dalle gare, i reati per i quali sia intervenuta la riabilitazione, l'estinzione, la depenalizzazione o la revoca della condanna, integrando quanto previsto dal testo previgente.

L'Autorità, dunque, chiarisce che una volta pronunciata dal giudice di sorveglianza la riabilitazione del condannato, di cui all'art. 178 c.p. (derivandone l'estinzione del reato e delle pene accessorie ed ogni altro effetto penale della condanna) ovvero riconosciuto dal tribunale estinto il reato per il decorso del termine di cinque anni o due anni (a seconda che si tratti di delitto o contravvenzione), ai sensi dell'articolo 445, comma 2, c.p.p., ovvero pronunciata dal giudice dell'esecuzione la revoca della sentenza di condanna o del decreto penale, o intervenuto un provvedimento legislativo di depenalizzazione, *il concorrente non deve più menzionare le condanne per cui si siano verificate le vicende sopra elencate nella dichiarazione resa ai sensi dell'art. 38, restando così preclusa alla stazione appaltante ogni possibile valutazione negativa, ai fini dell'ammissione alla specifica gara, dei fatti di cui alla sentenza di condanna.*

Altra importante modifica apportata dal d.l. n. 70/2011 all'art. 38 consiste nella riduzione da tre anni ad un anno del periodo rilevante, al fine della cessazione dalle cariche. Viene, poi, precisato che, in ogni caso, qualora vi siano soggetti cessati dalla carica, nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, per pregressa condotta delittuosa, al fine di evitare di incorrere nell'esclusione e nel divieto, l'operatore economico deve dimostrare che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata. La differente formulazione del comma 2 dell'art. 38 del Codice puntualizza, invece, le cause di esclusione di cui al primo com-

ma, lettera c). Viene specificato che, in sede di dichiarazione dei requisiti, il concorrente deve dichiarare **tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione**. Viene, altresì, precisato che non devono essere dichiarate le condanne quando il reato sia stato depenalizzato ovvero le condanne per le quali sia intervenuta la riabilitazione, o quando il reato sia stato dichiarato estinto dopo la condanna, o dopo la revoca della condanna stessa.

L'Autorità sostiene che il legislatore, in tal maniera, ha definitivamente chiarito, quindi, **che spetta all'amministrazione il giudizio sulla gravità delle eventuali condanne riportate**; conseguentemente è obbligo del concorrente dichiarare tutti i pregiudizi penali subiti, non competendo a quest'ultimo effettuare valutazioni in ordine alla gravità del reato ascrittogli o del pregiudizio penale riportato perché ciò si risolverebbe nella privazione in capo alla stazione appaltante di conoscenze indispensabili per deliberare in ordine alla incidenza del precedente riportato sulla moralità professionale e sulla gravità del medesimo. **Ne discende che, in ipotesi di omessa dichiarazione di condanne riportate, è legittimo il provvedimento d'esclusione non dovendosi configurare in capo alla stazione appaltante l'ulteriore obbligo di vagliare la gravità del precedente penale di cui è stata omessa la dichiarazione e conseguendo il provvedimento espulsivo alla omissione della prescritta dichiarazione** (cfr. Consiglio di Stato, sez. III, sentenza del 4 gennaio 2012, n. 8, Consiglio di Stato, sez. IV, sentenza del 22 novembre 2011, n. 6153).

**d) che hanno violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55; l'esclusione ha durata di un anno decorrente dall'ac-**

*certamento definitivo della violazione e va comunque disposta se la violazione non è stata rimossa (lettera così modificata dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n.106 del 2011)";*

Un'altra modifica concerne la violazione del divieto di intestazione fiduciaria ex art. 17, comma 3, legge 19 marzo 1990, n. 55. La "ratio" del citato divieto va ricercata, secondo l'Autorità di Vigilanza, nella finalità di prevenzione del fenomeno di infiltrazioni occulte delle organizzazioni malavitose nell'esecuzione degli appalti in virtù della quale è vietata la partecipazione alle gare pubbliche di società fiduciarie che non siano autorizzate ai sensi della legge 23 novembre 1939, n. 1966. Sulle società fiduciarie autorizzate grava, inoltre, l'obbligo di comunicare all'amministrazione committente o concedente, prima della stipula del contratto o della convenzione, la propria composizione societaria (cfr. Consiglio di Stato, sez. V, 18 gennaio 2011, n. 264).

*e) che hanno commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio;*

*f) che, secondo motivata valutazione della stazione appaltante, hanno commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla stazione appaltante che bandisce la gara; o che hanno commesso un errore grave nell'esercizio della loro attività professionale, accertato con qualsiasi mezzo di prova da parte della stazione appaltante;*  
*g) che hanno commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti (lettera così modificata dall'art.*

4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011).”

Con riferimento alle violazioni concernenti gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, il nuovo testo della lettera g) del comma 1 dell'art. 38 del Codice precisa **che l'esclusione opera solamente in caso di violazioni gravi definitivamente accertate**. Pertanto, l'AVCP chiarisce che con tale novella il legislatore ha introdotto l'aggettivo «gravi» con riferimento a tali inadempimenti, e si è preoccupato di delimitare il significato dell'espressione definendo precisamente la soglia di valore al di sopra della quale la violazione si ritiene grave, eliminando sul punto qualsiasi potere discrezionale. Infatti al comma 2 dell'art. 38 del Codice viene specificato che si considerano gravi “le violazioni che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse per un importo superiore all'importo di cui all'articolo 48-bis, commi 1 e 2-bis, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602 (€10.000,00, aumentato fino a €20.000,00)”.

Per quanto riguarda la definitività dell'accertamento della violazione tributaria, il legislatore è di recente intervenuto attraverso l'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, convertito in legge dalla l. 26 aprile 2012, n. 44, che ha inserito al comma 2 dell'art. 38 del Codice, in riferimento al comma 1, lett. g), il seguente periodo *«costituiscono violazioni definitivamente accertate quelle relative all'obbligo di pagamento di debiti per imposte e tasse certi, scaduti ed esigibili»*.

Quando si parla di debiti scaduti ed esigibili va ribadito che non si intendono quei debiti per i quali sia stato concordato un piano di rateazione ed il contribuente sia in regola con i relativi pagamenti, a condizione che il concorrente provi di aver beneficiato di tale misura entro il termine di scadenza per

la presentazione della domanda di partecipazione alla gara ovvero di presentazione dell'offerta. (cfr. Consiglio di Stato, sez. V, 18 novembre 2011, n. 6084).

*h) nei cui confronti, ai sensi del comma 1-ter, risulta l'iscrizione nel casellario informatico di cui all'articolo 7, comma 10, per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione in merito a requisiti e condizioni rilevanti per la partecipazione a procedure di gara e per l'affidamento dei subappalti (lettera così sostituita dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011)”*.

L'art. 38, comma 1, lett. h), nel testo precedente al decreto sviluppo, prevedeva come causa di esclusione l'aver reso false dichiarazioni in merito ai requisiti ed alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara e per l'affidamento dei subappalti, nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, secondo i dati in possesso dell'Osservatorio. La norma aveva dato luogo a varie questioni, sia per quanto riguardava la decorrenza della causa di esclusione annuale, individuata nella data di iscrizione nel casellario informatico, sia per quanto concerneva l'ambito delle false dichiarazioni da iscrivere nel casellario informatico (qualsivoglia falsa dichiarazione o solo quelle rese con dolo o colpa grave).

Recependo gli orientamenti dell'Autorità e della giurisprudenza, il legislatore ha riscritto la lett. h) e ha inserito, nell'art. 38, il comma 1-ter; la lettera h), nella formulazione attuale, prevede che la stazione appaltante **debba escludere, senza alcun margine di discrezionalità, gli operatori economici che risultino iscritti nel casellario informatico dell'Osservatorio per aver gli stessi presentato documentazione falsa o reso false dichiarazioni in relazione a requisiti o condizioni rilevanti per la**

**partecipazione a procedure di gara e per l'affidamento di subappalti.** A tal riguardo l'AVCP precisa che, secondo quanto già osservato nella determinazione n. 1/2010, in presenza di un'annotazione, a carico di un operatore economico, per falsa dichiarazione, l'esclusione dalla gara è automatica (per la durata dell'annotazione), vale a dire che essa costituisce per la stazione appaltante un'attività vincolata senza alcun margine di discrezionalità.

Parimenti, la stazione appaltante, qualora ravvisi falsità nelle dichiarazioni rese dal concorrente o nella documentazione presentata, provvede in ogni caso all'esclusione dello stesso dalla specifica procedura di gara, atteso che l'esistenza di false dichiarazioni, sul possesso dei requisiti rilevanti per l'ammissione ad una gara d'appalto, si configura come causa autonoma di esclusione dalla gara (cfr., da ultimo, Consiglio di Stato, sez. VI, 6 aprile 2010, n. 1909; T.A.R. Veneto, sez. I, 24 gennaio 2011, n. 76).

- i) che hanno commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;*
  - l) che non presentino la certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68, salvo il disposto del comma 2;*
  - m) nei cui confronti è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo dell'8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 36-bis, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248";*
- m-bis) nei cui confronti, ai sensi dell'articolo 40, comma 9-quater, risulta l'i-**

*scrizione nel casellario informatico di cui all'articolo 7, comma 10, per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione SOA (lettera così sostituita dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011).*

La modifica riferita alla lettera m-bis) del comma 1 dell'art. 38 del Codice va letta congiuntamente al nuovo comma 9-quater dell'art. 40 del Codice; il testo precedente alla novella prevedeva l'esclusione dalle gare dei soggetti "nei cui confronti sia stata applicata la sospensione o la decadenza dell'attestazione SOA per aver prodotto falsa documentazione o dichiarazioni mendaci, risultanti dal casellario informatico".

La nuova disposizione circoscrive la causa di esclusione all'esistenza di una specifica iscrizione nel casellario informatico dell'Osservatorio di cui all'art. 7, comma 10, del Codice, a carico dell'operatore, per aver questi presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'at-

L'Autorità già con la determinazione n. 1/2010 aveva fornito indicazioni interpretative in merito ai requisiti generali per la partecipazione alle procedure di affidamento dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Alla luce delle rilevanti modifiche normative introdotte, l'Autorità ha ritenuto necessario offrire indicazioni integrative rispetto alla determinazione n. 1 del 2010

testazione SOA, ai sensi dell'art. 40, comma 9-quater del Codice. Quest'ultimo stabilisce che in caso di presentazione di falsa dichiarazione o falsa documentazione, ai fini della qualificazione, le SOA ne danno segnalazione all'Autorità la quale, se ritiene che le stesse siano state rese con dolo o colpa grave in considerazione della rilevanza o della gravità dei fatti oggetto della falsa dichiarazione o della presentazione di falsa documentazione, dispone l'iscrizione nel casellario informatico per l'esclusione dalle procedure di gara e dagli affidamenti di subappalto, ex art. 38, comma 1, lett. m-bis), per un periodo di un anno, decorso il quale l'iscrizione è cancellata e perde comunque efficacia.

**m-ter)** *di cui alla precedente lettera b) che, pur essendo stati vittime dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, non risultino aver denunciato i fatti all'autorità giudiziaria, salvo che ricorrano i casi previsti dall'articolo 4, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689. La circostanza di cui al primo periodo deve emergere dagli indizi a base della richiesta di rinvio a giudizio formulata nei confronti dell'imputato nell'anno antecedente alla pubblicazione del bando e deve essere comunicata, unitamente alle generalità del soggetto che ha omesso la predetta denuncia, dal procuratore della Repubblica procedente all'Autorità di cui all'articolo 6, la quale cura la pubblicazione della comunicazione sul sito dell'Osservatorio (lettera aggiunta dall'art. 2, comma 19, legge n. 94 del 2009, poi così modificata dall'art. 4, comma 2, lettera b), legge n. 106 del 2011)". m-quater) che si trovino, rispetto ad un altro partecipante alla mede-*

*sima procedura di affidamento, in una situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale".*

La disposizione in esame (m-ter) si applica ai soggetti elencati alla lettera b) dell'articolo 38 del Codice (il titolare o il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; il socio o il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari o il direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza o il direttore tecnico o il socio unico persona fisica, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società), i quali devono essere esclusi dalle gare nel caso in cui non abbiano denunciato all'autorità giudiziaria di essere stati vittime dei reati di concussione o estorsione aggravati dal metodo mafioso. La descritta disposizione, tuttavia, non opera quando il fatto è stato commesso, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 24 novembre 1981, n. 689, nell'adempimento di un dovere o nell'esercizio di una facoltà legittima ovvero in stato di necessità o per legittima difesa. In altri termini, la causa di esclusione di cui alla lettera m-ter viene meno se la mancata denuncia è riconducibile allo stato di necessità nel quale si sia trovata la vittima del reato. Evidentemente con il presente *excursus* non si esaurisce l'esame delle novità normative apportate dai testi di Legge emanati nell'ultimo anno e che modificano in maniera sostanziale la materia degli appalti pubblici. Si è dato spazio, al contrario, alla fase dell'affidamento e dunque dei requisiti generali del contraente, che più di tutte è foriera di ambiguità e dubbi interpretativi.

# L'esclusione dalla gara per i reati del procuratore e dell'istitutore

## I requisiti di "ordine pubblico" nel codice dei contratti pubblici

L'art. 38 del Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture di cui al D.lgs. 12 aprile 2006 n. 163 dispone che sono esclusi dalla partecipazione alle procedure di affidamento delle concessioni e degli appalti di lavori, forniture e servizi e non possono stipulare i relativi contratti - né possono essere affidatari di subappalti - i soggetti in capo ai quali la stazione appaltante abbia verificato l'insussistenza dei requisiti di ordine generale descritti all'interno del medesimo articolo. La natura giuridica di tale tipologia di requisiti è stata definita di "ordine pubblico", e la necessità della loro verifica non è tanto quella di assicurare la *par condicio* tra i concorrenti nel corso dello svolgimento della procedura ma piuttosto quella di consentire l'ammissione alla gara di concorrenti corretti e seri (C.d.S., sez. V, 10.5.2012, n. 2701, che richiama C.d.S., sez. V, 15.10.2009, n. 6325). È pertanto legittima l'esclusione dalla gara del concorrente per omessa allegazione delle dichiarazioni ex art. 38, c. 1, lett. b) e c) anche in assenza di una specifica previsione del bando di gara (A.V.C.P., parere 16.5.2012, n. 74, che, sul punto, rinvia a T.A.R. Puglia, Lecce, sez. III, 29.11.2010, n. 2734): in questo caso trova infatti applicazione il generale principio dell'etero-integrazione della *lex specialis* di gara con le norme di legge di natura imperativa aventi un chiaro contenuto di ordine pubblico, alle quali la stazione appaltante non può derogare (A.V.C.P., n. 74/2012 cit. che rinvia a C.d.S., sez. V, 24.1.2007, n. 256).

La carenza dei requisiti di ordine generale è idonea ad incidere sul rapporto fiduciario tra appaltatore e p.a.: l'omissione o la non veridicità della dichiarazione circa il possesso di tali requisiti non consente infatti alla stazione appaltante una completa valutazione dell'affidabilità del concorrente, e interrompe così il nesso fiduciario che necessariamente deve presiedere ai rapporti tra p.a. e soggetto aggiudicatario dell'appalto (C.d.S., sez. VI, 2.5.2012, n. 2507, che richiama, per tutte, C.d.S., sez. VI, 3.2.2011, n. 782 e C.d.S., sez. VI, 18.1.2012, n. 178).

Per quanto concerne l'esatta individuazione dei soggetti in capo ai quali le stazioni appaltanti devono effettuare le verifiche, l'art. 38, lettera c) - come recentemente modificato dall'art. 4, comma 2, lettera b), L. n. 106/2011 - dispone testualmente che «l'esclusione e il divieto operano se la sentenza o il decreto sono stati emessi nei confronti: del titolare o del direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; dei soci o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice; degli amministratori muniti di potere di rappresentanza o del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero del socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio». Apparentemente, l'elencazione normativa dei soggetti da sottoporre a verifica dovrebbe costituire uno strumento di cer-

**Avv. Ilenia Filippetti**

Funzionario pubblico  
presso Regione Umbria

tezza giuridica, e ciò sia per le imprese concorrenti alle procedure di gara, sia per le stazioni appaltanti chiamate ad effettuare le verifiche in capo ai soggetti precisamente indicati nella norma (e soltanto in capo ad essi), provvedendo all'esclusione solo in caso di accertata assenza dei requisiti.

La pratica quotidiana delle stazioni appaltanti (già complicata dalla necessità di effettuare una pluralità di adempimenti, anche in raccordo con altre amministrazioni pubbliche) è tuttavia resa più complessa da una molteplicità di interpretazioni giurisprudenziali emerse sul punto, interpretazioni che si sono mosse, in un primo momento, in una logica "sostanzialistica" e, da ultimo, in una prospettiva invece più attenta al dato "letterale" della norma. E proprio tali oscillazioni giurisprudenziali – unite ad un costante e quasi inarrestabile mutamento del quadro normativo di riferimento – non sembrano agevolare la qualità del procedimento di aggiudicazione degli appalti pubblici, né in termini di omogeneità

dell'azione amministrativa, né per quanto attiene ai tempi delle procedure di gara (molto spesso allungati a dismisura dal contenzioso attivato dalle imprese concorrenti alla gara).

### L'orientamento interpretativo tradizionale

L'interpretazione della giurisprudenza resa a margine dell'art. 38 era volta, tradizionalmente, ad estendere l'accertamento del possesso del requisito della moralità professionale in capo a qualsiasi persona fisica dotata, all'interno dell'impresa concorrente, di poteri così ampi da potersi considerare autonomi. A fronte del sopra richiamato portato normativo, la giurisprudenza aveva infatti ritenuto che l'obbligo di dichiarare nelle gare di appalto l'assenza del c.d. "pregiudizio penale" ex art. 38 concerne tutti i soggetti muniti dei poteri di rappresentanza, *anche institoria o vicaria*, indipendentemente dalla circostanza che essi non abbiano materialmente speso i loro poteri nella specifica gara, posto che la *ratio* dell'art. 38 del codice è quella di tutelare il buon andamento dell'azione amministrativa, per evitare che l'amministrazione entri in contatto con soggetti privi di affidabilità morale e professionale. Occorre pertanto avere riguardo alle funzioni sostanziali del soggetto, più che alle qualifiche formali, altrimenti la *ratio legis* potrebbe essere agevolmente elusa e vanificata (C.d.S., Sez. VI, 28.3.2012, n. 1843, relativa ad un preposto alla gestione tecnica di un'impresa di pulizie). La necessità di produrre la dichiarazione non può inoltre ritenersi esclusa per la carica di vicepresidente – sulla base del presupposto per cui tale funzione verrebbe espletata solo occasionalmente – poiché la titolarità del potere è comunque una condizione necessaria e

L'omissione o la non veridicità della dichiarazione circa il possesso dei requisiti di ordine generale non consente alla stazione appaltante una completa valutazione dell'affidabilità del concorrente e interrompe il nesso fiduciario che necessariamente deve presiedere ai rapporti tra p.a. e soggetto aggiudicatario dell'appalto

sufficiente per la richiesta della predetta dichiarazione; ciò ha rilievo, in particolar modo, allorché il soggetto investito della funzione vicaria sia abilitato a sostituire il titolare del potere di rappresentanza in qualsiasi momento della vita sociale e per qualsiasi atto, senza necessità di un'ulteriore autorizzazione o specifica investitura (C.d.S., sez. V, 20.4.2012, n. 2319). È quindi tenuto a rendere la dichiarazione ex art. 38, lett. c) del codice non soltanto il presidente e legale rappresentante, *ma anche colui che rivesta il potere di rappresentanza dell'operatore economico in posizione semplicemente vicaria* (C.d.S., sez. V, 15.1.2008, n. 36).

Come sopra accennato, l'art. 38 impone che la verifica sulla moralità professionale venga effettuata anche in capo al direttore tecnico dell'impresa concorrente. La figura del direttore tecnico - attualmente disciplinata all'art. 87, D.P.R. n. 207/2010 - è infatti indispensabile per la qualificazione dell'impresa, poiché a questi competono gli adempimenti di carattere tecnico-organizzativo necessari per lo svolgimento dell'attività dell'impresa, di cui assume pertanto la responsabilità. Ne consegue che il suo ruolo si connota nel senso dell'autonomia decisionale ed operativa, e l'art. 38 del codice valorizza l'esistenza di un preciso nesso di immedesimazione organica di tale figura con l'impresa, considerato il suo rapporto diretto con la rispettiva struttura operativa (C.d.S., sez. III, 23.5.2012, n. 3038). Quando la norma richiede il possesso dei requisiti generali da parte del direttore tecnico, essa ha riguardo - quanto alle imprese di servizi - anche alle figure tipiche della rispettiva categoria (nominalmente diverse, ma sostanzialmente analoghe alla prima), poiché investite di compiti affini nell'esecuzione dell'appalto (C.d.S., sez. III, 23.5.2012, n. 3045, che sul punto

richiama C.d.S., sez. V, 26.5.2010, n. 3364, C.d.S., sez. V, 24.3.2011, n. 1790 e A.V.C.P., deliberazione 14.6.2007, n. 192). Per gli appalti di servizi e forniture, infatti, l'art. 12 del D.lgs. n. 157/1995 riferiva tutte le cause di esclusione dalla partecipazione alle gare ai "concorrenti" e l'art. 11 del D.lgs. n. 358/1992 le riferiva ai "fornitori": entrambe le fonti - a differenza dell'art. 75 del D.P.R. n. 554/1999 in materia di lavori ed, attualmente, dell'art. 38 del D.lgs. 163/2006 - non precisavano a quali soggetti (amministratori, legali rappresentanti, soci, direttori tecnici o altri) dovesse aversi riguardo qualora il concorrente od il fornitore fosse una società.

Ciò ha consentito di affermare che, qualora il concorrente sia una società, il possesso dei requisiti morali è necessario per tutti i soggetti in grado di impegnare la società verso i terzi, compresi coloro che, in occasione di gare pubbliche, abbiano i poteri per gestire i rapporti con la stazione appaltante nonché i procuratori *ad negotia* allorché l'estensione dei loro poteri induca a ritenere che si tratti di amministratori di fatto. Tale princi-

L'elencazione normativa dei soggetti da sottoporre a verifica dovrebbe costituire uno strumento di certezza giuridica, e ciò sia per le imprese concorrenti alle procedure di gara, sia per le stazioni appaltanti chiamate ad effettuare le verifiche in capo ai soggetti precisamente indicati nella norma

pio è stato desunto dalla finalità delle predette disposizioni, finalità ravvisata nell'esigenza di evitare che soggetti che abbiano dato prova di scarsa affidabilità morale e professionale possano comunque partecipare alle procedure di evidenza pubblica (TAR Campania, Napoli, sez. I, 2.8.2007, n. 7234 che richiama C.d.S., sez. V, 28.5.2004, n. 3466 e C.d.S., sez. V, 9.6.2003, n. 3241).

In tale prospettiva "sostanzialistica", è stato quindi ritenuto che sono soggetti a rendere la dichiarazione sostitutiva attestante l'inesistenza di cause di esclusione anche i procuratori *ad negotia*, ogni volta in cui - a dispetto del *nomen* - l'estensione dei loro poteri conduca a qualificarli come amministratori di fatto. Tale interpretazione estensiva trova fondamento nell'esigenza di evitare la partecipazione alle gare di soggetti che non offrano le garanzie di affidabilità morale e professionale necessarie per la piena tutela dell'interesse pubblico (TAR Veneto, sez. I, 18.11.2010, n. 6069). Anche recentemente è stato affermato che al procuratore ben si può attribuire quel ruolo di soggetto munito di poteri di rappresentanza per cui è obbligatoria la produzione di dichiarazione sostitutiva, e deve ritenersi sussistente l'obbligo previsto dall'art. 38 del codice non soltanto da parte di chi rivesta formalmente la carica di amministratore, ma anche da parte di colui che, in qualità di procuratore speciale, abbia ottenuto il conferimento di poteri consistenti nella rappresentanza dell'impresa e nel compimento di atti decisionali (T.A.R. Veneto, Sez. I, 6.2.2012, n. 173, che sul punto rinvia a C.d.S., n. 178/2012 cit.). Analogamente, la norma va riferita *anche agli institori*, atteso che, ai sensi dell'art. 2203 cod. civ., l'institore è colui che è preposto dal titolare all'esercizio di impresa

commerciale con posizione corrispondente a quella di un vero e proprio amministratore munito di poteri di rappresentanza (C.d.S., sez. V, 26.1.2009 n. 375, che, sul punto, rinvia a C.d.S. sez. V, n. 36/2008 cit.. Cfr. anche TAR Lazio, 3.5.2010, n. 9132, che definisce l'institore come un vero e proprio *alter ego* dell'imprenditore, con analoghi poteri sia pure limitatamente al ramo di attività o alla sede cui il soggetto è preposto). La disposizione di cui all'art. 38, c.1, lett. c) del codice è stata infatti costantemente interpretata dalla giurisprudenza nel senso che l'ampia formulazione utilizzata non è finalizzata a limitare l'ambito di applicazione delle relative norme; il primo criterio da seguire per l'individuazione dei soggetti obbligati è quindi costituito dalla riconoscibilità ed ufficialità del potere della persona fisica di trasferire direttamente, al soggetto rappresentato, gli effetti del proprio operare (TAR Lazio, n. 9132/2010 cit., che sul punto rinvia a C.d.S., n. 36/2008 cit.). Occorre pertanto ricercare nello statuto della persona giuridica quali siano effettivamente i soggetti dotati di poteri di rappresentanza (TAR Lazio, n. 9132/2010 cit. che rinvia a C.d.S., sez. VI, 24.11.2009, n. 7380).

### **Il nuovo orientamento giurisprudenziale**

Una più recente giurisprudenza amministrativa ha invece sottolineato che i soggetti nei confronti dei quali l'art. 38, comma 1, lett. c) del codice impone la dichiarazione di onorabilità sono *esclusivamente gli amministratori dotati di poteri di rappresentanza*: ai sensi dell'art. 2380 bis c.c., la gestione dell'impresa spetta infatti esclusivamente agli amministratori, mentre i procuratori speciali (o *ad negotia*), nonché i titolari di poteri institorii ex

art. 2203 c.c. sono soggetti ai quali può essere conferita la rappresentanza - di diritto comune - della società, ma non sono amministratori e ciò a prescindere dall'esame dei poteri loro assegnati. L'art. 38 del codice richiede la compresenza della qualifica di amministratore e del potere di rappresentanza e *non vi pertanto è alcuna possibilità di estendere l'applicabilità della disposizione a soggetti, quali i procuratori e gli institori, che amministratori non sono* (C.d.S., Sez. III, 21.12.2011, n. 6777, che, sul punto, rinvia a C.d.S., Sez. V, 25.1.2011, n. 513 ed a C.d.S., Sez. V, 24.3.2011, n. 1782).

L'art. 38 del codice dispone infatti, letteralmente, che le dichiarazioni in esso previste debbano essere rese "dagli amministratori muniti di poteri di rappresentanza e dal direttore tecnico", senza fare alcun riferimento a figure assonanti - quale è quella, ad esempio, del responsabile tecnico degli impianti - con la conseguenza che l'individuazione del novero dei soggetti nei cui confronti il codice dei contratti pubblici impone di dimostrare l'assenza di fattori pregiudizievoli ai sensi del richiamato *art. 38 non è suscettibile di applicazioni estensive*: l'ambito dell'obbligo deve quindi essere limitato, sulla base del portato letterale dell'art. 38 cod., alle due sole categorie degli amministratori muniti di poteri di rappresentanza e del direttore tecnico, unici soggetti in grado di determinare in concreto le scelte imprenditoriali e gestionali (C.d.S., sez. V, 21.10.2011, n. 5638).

Coerentemente a tale ricostruzione, è stato quindi evidenziato che il presidente e il consigliere delegato - in quanto membri del consiglio di amministrazione - devono rendere l'autodichiarazione ai sensi dell'art. 38, trattandosi degli unici soggetti dotati del potere di rappresen-

tanza; se altri componenti del consiglio di amministrazione o del consiglio di sorveglianza hanno ruoli preminenti all'interno della compagine sociale, ciò non implica, tuttavia, che anche ad essi si estenda quella funzione peculiare della rappresentanza della persona giuridica, poiché il ruolo di procuratore è in genere un incarico di rappresentanza conferito *ad hoc* per un singolo affare, e quindi non concreta quello stabile potere di rappresentanza su cui si fonda la necessità di verificare la moralità professionale dell'impresa concorrente alla gara (TAR Liguria, sez. II, 5.5.2011, n. 715; già in passato, peraltro, era stata talora dichiarata illegittima l'esclusione disposta per una sentenza pronunciata nei confronti di un consigliere d'amministrazione privo di rappresentanza legale della società: cfr. TAR Piemonte, sez. II, 23.10.2006, n. 3795). Devono pertanto ritenersi non rilevanti tutti quei soggetti che, pur potendo impegnare giuridicamente la società, nondimeno - per la limitatezza e l'oggetto dei loro poteri rappresentativi e decisionali - non possono influire sulla gestione della società e sulla sua attività negoziale, e non sono destinati a svolgere un ruolo nella procedura di gara (si pensi ai commessi oppure ai procuratori per specifici affari estranei alla gara di appalto: così TAR Campania, n. 7234/2007 cit.).

La *ratio* di tale linea interpretativa è quella di ancorare l'applicazione della norma "*su basi di oggettivo rigore formale*" (C.d.S., Sez. V, 23 maggio 2011, n. 3069, nella citazione tracciata in C.d.S., sez. V, 6 giugno 2012, n. 3340), avendo riguardo alla posizione formale del singolo nell'organizzazione societaria, piuttosto che a "*malcerte indagini sostanzialistiche*" (C.d.S., n. 3340/2012 cit.), e ciò al fine di non scalfire garanzie di certezza del diritto.

to sotto il profilo della possibilità di partecipare a pubblici appalti (così C.d.S., n. 3340/2012 cit. che, per un riepilogo delle diversificate posizioni a tale proposito, rinvia a C.d.S., n. 513/2011 cit.; C.d.S., sez. V, 29.2.2012, n. 1186; C.d.S., sez. V, 21.11.2011, n. 6136; C.d.S., n. 3069/2011 cit.; C.d.S., n.1782/2011 cit.).

Va peraltro evidenziato che con la recente Determinazione n. 1 del 16.5.2012 (depositata presso la Segreteria del Consiglio dell'Autorità per la vigilanza nella data dell'11.6.2012), anche l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici ha affermato che il procuratore *ad negotium* deve essere, in generale, escluso dall'onere di rilasciare la dichiarazione di non sussistenza delle ipotesi ostative previste dall'art. 38, comma 1, lett. c) e, di conseguenza, i procuratori speciali della società muniti di potere di rappresentanza non rientrano nel novero dei soggetti tenuti alle dichiarazioni sostitutive a meno che non siano titolari di poteri gestori generali e continuativi ricavabili dalla procura; a tal fine non può essere comunque considerato sufficiente il conferimento del mero potere di rappresentare la società, ivi compresa la facoltà di partecipare alle gare e stipulare contratti con la pubblica amministrazione (la Det. n. 1/2012 cit. rinvia, in senso conforme, a C.d.S., sez. IV, 12.1.2011, n. 134).

**Le recenti pronunce dell'Adunanza Plenaria: la riaffermazione dell'interpretazione "sostanziale" dell'art. 38 del codice**

Occorre tuttavia notare che il più recente orientamento giurisprudenziale appena descritto sembra muoversi in senso contrario rispetto alla necessità di una lettura "sostanziale" del codice riaffermata in due recentissime pronunce dell'Adunanza

Plenaria, entrambe rese - benché sotto altro profilo - proprio sul tema della verifica della moralità professionale delle imprese.

L'Adunanza Plenaria ha infatti affermato che, stante il principio di tipicità e di tassatività delle cause di esclusione, la norma dell'art. 38, comma 1, lett. c), al pari delle altre disposizioni che limitano la partecipazione alle procedure di gara, non è suscettibile di interpretazione tale da introdurre ulteriori e non previste cause ostative: nondimeno, occorre chiarire se il contenuto della predetta norma già di per sé comprenda o meno ipotesi non testuali, ma pur sempre ad essa riconducibili sotto il profilo sostanziale. In tale quadro, l'Adunanza Plenaria ha pertanto affermato che in caso di cessazione d'azienda o di un suo ramo realizzata prima della partecipazione alla gara, la dichiarazione circa l'insussistenza di sentenze pronunciate per reati incidenti sulla moralità professionale deve essere resa, a pena di esclusione, anche da parte degli amministratori e dei direttori tecnici che hanno operato nel triennio (ora nell'anno, a seguito delle modifiche introdotte con L. 106/2011) presso l'impresa cedente (C.d.S., Ad. Plen., 4.5.2012, n. 10). Parimenti, nel caso di incorporazione o fusione societaria, sussiste in capo alla società incorporante o risultante dalla fusione l'onere di presentare la dichiarazione relativa al requisito di cui all'art. 38, c. 1 anche con riferimento agli amministratori ed ai direttori tecnici che hanno operato presso la società incorporata o le società fuse nel ultimo triennio ovvero che sono cessati dalla relativa carica in tale periodo (ora nell'ultimo anno), ferma restando la possibilità di dimostrare la c.d. dissociazione (C.d.S., Ad. Plen., 7.6.2012, n. 21).

# Stenosi valvolare, ora si cura con l'Impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (Tavi)

La stenosi aortica degenerativa calcifica è la valvulopatia più frequente nella popolazione occidentale. L'impatto di questa patologia come problema di salute pubblica è un dato emergente determinato dallo stretto legame fra l'eziologia degenerativa e il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Le stime epidemiologiche più recenti, condotte in Europa e negli Stati Uniti, mostrano una prevalenza di stenosi aortica moderata-severa nel 4.6% della popolazione con età >75 anni, che arriva all'8.1% dopo gli 85 anni. La stenosi aortica, dal momento in cui diviene sintomatica o determina disfunzione ventricolare sinistra, è una malattia con prognosi infausta a breve termine. La sostituzione valvolare è la terapia di scelta, poiché è l'unica in grado di modificare la prognosi nonché di migliorare significativamente la qualità di vita. Tuttavia l'intervento chirurgico, considerato a basso rischio di mortalità nella popolazione generale, può rappresentare un'opzione terapeutica non percorribile per un sottogruppo di pazienti nei quali il rischio operatorio è molto elevato o che sono giudicati inoperabili. L'età avanzata di per sé non è da considerarsi controindicazione alla cardiocirurgia pur comportando, specialmente nell'ultraottantenne, un rischio di complicanze almeno due volte maggiore rispetto a quello della popolazione più giovane. La Euro Heart Survey, pubblicata sullo *European Heart Journal* nel 2003, ha evidenziato che circa un terzo dei pazienti con valvulopatia di interesse chirurgico

non veniva operato, o perché non riferito o perché rifiutato dal cardiocirurgo in ragione dell'età avanzata, ma in modo particolare per la presenza di comorbilità. Queste ultime, nel paziente anziano, sono significativamente più frequenti e più gravi: coronaropatia nel 30-60% dei casi, insufficienza renale nel 4-11%, ictus nell'11-19%, arteriopatia periferica nel 9%, diabete mellito nell'11-21%.

Sebbene le valvole aortiche possano diventare stenotiche per cause differenti, nella gran parte dei casi, si ha stenosi per malformazioni congenite o per degenerazione calcifica. Indipendentemente dalla causa, la stenosi valvolare aortica si presenta calcifica nei pazienti dall'età di 65 anni.

I trattamenti attualmente disponibili sono la sostituzione chirurgica della valvola aortica (AVR) e la terapia medica.

Se il paziente è anziano e asintomatico, può essere gestito farmacologicamente. Ovviamente non può essere curata la stenosi ma possono essere tenute sotto controllo le complicanze ad essa associate (insufficienza cardiaca, ipertensione sistolica). La riduzione del post-carico tramite l'uso di beta bloccanti e di trattamenti che riducono il colesterolo LDL, l'infiammazione e la fibrosi interstiziale possono avere effetti benefici sulla progressione della malattia valvolare. Anche i trattamenti che riducono la progressione della disfunzione ventricolare sinistra potrebbero produrre benefici in questi pazienti. Tuttavia, circa il 50% dei decessi si verifica all'improvviso.

**Dott.ssa Italia Mantegazza**

Farmacista borsista  
presso U.O. Farmacia Ospedaliera  
A.O. Bolognini, Seriate

Per diversi anni il trattamento percutaneo della stenosi aortica è consistito in una valvuloplastica aortica con pallone, un metodo in grado di migliorare temporaneamente i sintomi senza avere un impatto sulla sopravvivenza. La tecnica consiste nel dilatare la valvola calcificata con un palloncino per aumentare temporaneamente l'area della valvola e creare delle microfessure nelle cuspidi fibrocalcifiche, aumentando l'elasticità valvolare. Purtroppo però i principali meccanismi fisiopatologici della malattia quali il flusso accelerato e la turbolenza valvolare non si risolvono. Col passare degli anni e con il miglioramento delle tecniche e dei materiali, la valvuloplastica aortica percutanea è diventata una procedura più sicura con una drastica riduzione delle complicanze peri-procedurali, senza alcun effetto, però, sulla sopravvivenza e sulla progressione della malattia.

L'intervento chirurgico, considerato a basso rischio di mortalità nella popolazione generale, dall'altra parte può rappresentare un'opzione terapeutica non percorribile per un sottogruppo di pazien-

ti nei quali il rischio operatorio è molto elevato o che sono giudicati inoperabili. Appare evidente la necessità di un'alternativa, all'intervento chirurgico tradizionale, che viene effettuato in anestesia generale e richiede un'apertura longitudinale (verticale) della parete anteriore del torace, attraverso lo sterno (sternotomia mediana verticale). Attraverso tale apertura il chirurgo può vedere tutto il cuore e l'aorta ascendente.

L'intervento richiede che il paziente sia connesso alla macchina cuore-polmone. Per far ciò vengono inserite due cannule, una nella parte alta dell'aorta ascendente e una nell'atrio destro. Esse portano il sangue dal paziente alla macchina, dove viene arricchito di ossigeno, e viceversa. Avviata la circolazione extra corporea (CEC), il cuore può essere fermato, l'aorta viene aperta, la valvola malata rimossa e al suo posto viene inserita una protesi (meccanica o biologica). Poi l'aorta viene richiusa. Appena riceve di nuovo il sangue, il cuore ricomincia spontaneamente a contrarsi e il paziente può così essere staccato dalla macchina.

Nonostante la massima premura e l'applicazione delle tecniche più aggiornate è possibile che durante e dopo l'operazione si manifestino delle complicanze; l'impiego della circolazione extracorporea, infatti, altera temporaneamente i normali meccanismi fisiologici ed espone tutti gli organi ed apparati dell'organismo (cervello, polmone, intestino, rene, etc.) a possibili danni, con quadri di gravità variabile. Di regola essi si traducono in disfunzioni non gravi e completamente reversibili ma, seppur di rado, possono evolvere sfavorevolmente, fino alle forme gravissime intrattabili e irreversibili di compromissione multiorgano con esito mortale. La separazione e la divaricazione dello sterno

La stenosi aortica degenerativa calcifica è la valvulopatia più frequente nella popolazione occidentale. L'impatto di questa patologia come problema di salute pubblica è un dato emergente determinato dallo stretto legame fra l'eziologia degenerativa e il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione

possono determinare stiramenti del plesso nervoso brachiocefalico e alterazioni ossee della gabbia toracica.

Durante e dopo l'operazione, il paziente viene sottoposto, per un certo numero di ore, a respirazione artificiale, a costante controllo dei parametri vitali e a terapia intensiva post-operatoria.

C'è la possibilità che si verifichino complicanze, oggi molto rare, come: insufficienza cardiocircolatoria non controllabile con i farmaci, per la quale bisogna ricorrere alla contropulsazione aortica; la procedura può complicarsi con fenomeni tromboembolici e di ischemia agli arti inferiori anche gravi, molto rari nella popolazione generale, più frequenti in pazienti affetti da arteriopatia ostruttiva, malfunzionamento di protesi valvolare; trombosi, embolia; aritmie intrattabili possono richiedere l'impianto di un pacemaker; pneumotorace, versamento di liquidi nella cavità pleurica e/o nel pericardio, che deve essere drenato. Possono inoltre rendersi necessarie altre operazioni, per esempio la riapertura del torace per un trattamento emostatico, per la stabilizzazione di uno sterno non ancora risanato, per la correzione di una cicatrice esteticamente poco piacevole o, successivamente, per un nuovo intervento ai vasi coronarici. Pertanto, per affrontare il crescente numero di pazienti che non risultano operabili a causa dell'alto rischio, negli ultimi anni la ricerca si è concentrata sullo sviluppo di dispositivi impiantabili mini-invasivi per via percutanea.

Nel 2002, Alain Cribier, cardiologo francese, è pioniere di una nuova procedura, la sostituzione della valvola per via percutanea che è già stata applicata a oltre 2000 pazienti in Europa. Al malato viene somministrata, a seconda dei casi, un'anestesia generale o una locale abbinata

a una sedazione. L'inserimento della protesi avviene dall'arteria femorale o per via trans-apicale, praticando una piccola incisione sulla parte sinistra del torace. La protesi è costituita da una rete metallica con, all'interno, lembi di pericardio porcino. Una volta in sede, il dispositivo viene espanso mediante il gonfiaggio del palloncino. Tutta la procedura viene effettuata sotto continuo controllo ecografico transesofageo e radiologico.

Alain Cribier ha dimostrato la fattibilità d'impianto di protesi valvolare aortica nei pazienti anziani inaugurando una nuova era nel trattamento della patologia aortica dell'anziano. Ad oggi, le procedure eseguite con tale tecnica si sono diffuse rapidamente e sono già comparsi in letteratura due documenti di consenso.

La comunità cardiologica ha accolto questa nuova metodica con molto entusiasmo ma, ovviamente, lo sviluppo e l'adozione di nuove tecnologie spesso si associa a costi elevati ed è naturale interrogarsi sulla sostenibilità di questa procedura innovativa da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Dal mese di aprile 2010 a maggio 2012 sono stati sottoposti all'intervento di sostituzione valvolare 57 pazienti adulti con diagnosi di stenosi aortica severa con

Nel 2002, Alain Cribier è pioniere della sostituzione della valvola per via percutanea che è già stata applicata a oltre 2000 pazienti in Europa. Al malato viene somministrata, a seconda dei casi, un'anestesia generale o una locale abbinata a una sedazione

alto profilo di rischio (età e comorbidità); le procedure sono state effettuate con bio-protesi CoreValve, protesi autoespandibile con telaio in nitinol e valvola di pericardio porcino (Medtronic, Minneapolis, USA).

L'intervento viene effettuato in una sala operatoria ibrida o multifunzionale, una sala operatoria cardiocirurgica a tutti gli effetti, in cui sono presenti numerosi strumenti altamente tecnologici che rendono possibile, nello stesso tempo, la realizzazione di diagnosi, talora complesse, attraverso l'utilizzo di una serie di tecniche di imaging che possono anche guidare le procedure interventistiche e, al momento necessario, fornire anche un controllo immediato del risultato ottenuto senza che il paziente venga trasferito in più sale. Si tratta quindi di un ambiente estremamente tecnologizzato, in cui l'alta specialità di ogni operatore viene messa al servizio di uno stesso malato, per risolvere uno o più problemi cardio-vascolari.

La selezione dei pazienti con indicazione clinica al trattamento e la scelta della tecnica di impianto è stata effettuata da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale (Heart team).

L'analisi dei costi sanitari è condotta secon-

do la prospettiva dell'ospedale e ha per oggetto il ricovero di ogni paziente trattato. La ricostruzione del costo è iniziata risalendo alle risorse consumate da ogni singolo paziente in termini di dispositivi medici necessari per la singola procedura standard e per la gestione delle eventuali complicanze e risalendo al costo unitario tramite i software d'uso della Farmacia Ospedaliera e dell'Emodinamica, ottenendo un costo medio di €1.583; successivamente è stata considerata l'equipe (heart team) presente in sala di emodinamica costituita da cardiologi emodinamisti, anestesista, personale infermieristico e supporto di un team cardiocirurgico comprensivo di tecnico perfusionista. Attraverso il controllo di gestione Aziendale si è risaliti al costo orario di ciascuna professionalità e, in base alla durata media dell'intervento, stimata in 150 minuti, si è ottenuto il costo del personale di sala, mediamente di €1.627; in seguito è stata analizzata la durata della degenza di ogni paziente sia nella U.O Cardiologia che nella U.O di Unità Coronarica. Attraverso il controllo di gestione Aziendale si è risaliti al costo di un giorno di degenza comprensivo di servizi alberghieri, costi sanitari e costo del personale, rispettivamente di €30 per la cardiologia e di €50 per l'UCC. Analizzando la durata media della degenza dei pazienti si è ottenuto un costo medio totale di €1.687. Infine, sono stati valorizzati i costi generali di struttura con una percentuale fissa del 10%.

I dati di costo sono riportati con valore medio, DS e range.

Il costo totale del ricovero del paziente sottoposto a sostituzione valvolare aortica (TAVI) ammonta in media a €3.140 (DS 1.570) (inclusi i costi generali di struttura), riconducibile per il 63% al costo del

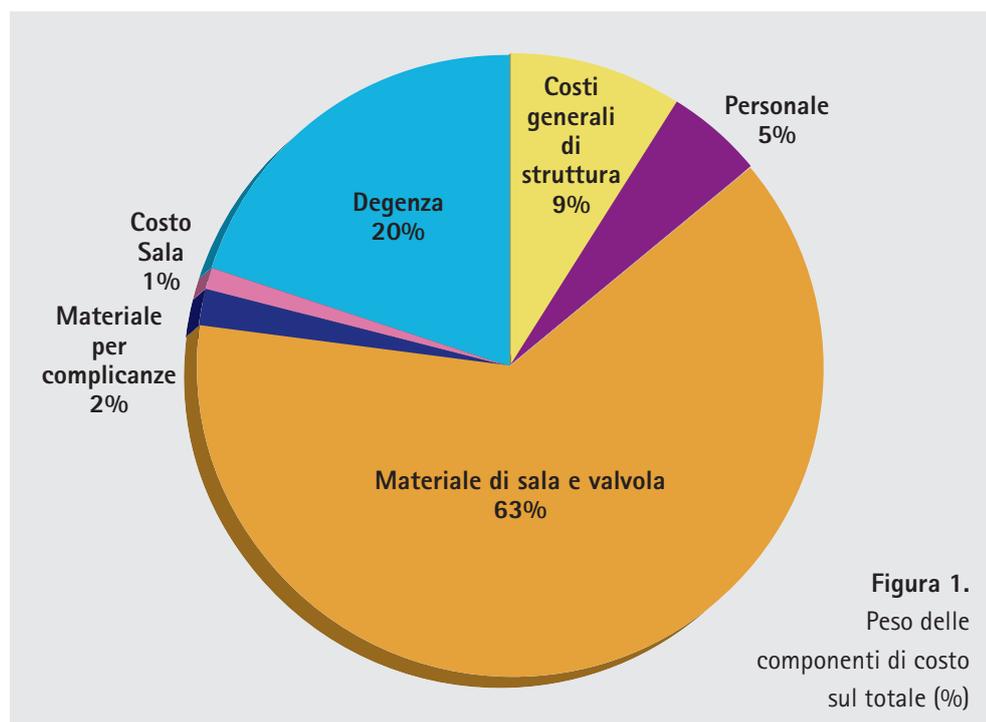
Facendo un confronto con lo studio pubblicato dalla A.O Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, che ha considerato un campione di 87 pazienti, il risultato dell'analisi dei costi è sovrapponibile così come le conclusioni sul tema della sostenibilità economica

materiale utilizzato in sala di emodinamica e alla protesi e per il 20% alla degenza in cardiologia e Unità Coronarica. I risultati dell'analisi di costo sono rappresentati nella Tabella 1. dall'esame dei costi medi emergono due aspetti: la maggior parte del costo si concentra nel materiale, in particolare nel costo della valvola, ma il secondo componente principale è la durata della degenza, vincolata dalle condizioni basali del paziente, dalla durata della procedura e dalle procedure interventistiche aggiuntive. Quest'ultimo aspetto fa emergere la necessità, nell'immediato futuro, di agire sulla diminuzione delle giornate di degenza in Unità Coronarica che attualmente sono 5 per tutti i pazienti. Questo potrebbe essere possibile con l'aumento della numerosità di casi che permetta di perfezionare e mantenere l'expertise degli operatori.

La procedura, com'è emerso, ha un impatto economico sull'Azienda Ospedaliera che pone, all'attenzione dei decisori, il problema della sostenibilità economica del sistema. Il costo medio di ospedalizzazione è in

linea con i dati riportati da altri centri italiani. Nonostante in Regione Lombardia per ogni paziente trattato con TAVI sia previsto un rimborso della protesi pari a €9.760 in aggiunta alla tariffa del DRG associato, il rimborso medio totale è di €6.350 e pone all'attenzione dei decisori il problema della sostenibilità economica della procedura. Facendo un confronto con lo studio pubblicato dalla A.O Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, che ha considerato un campione di 87 pazienti, il risultato dell'analisi dei costi è sovrapponibile così come le conclusioni sul tema della sostenibilità economica.

TABELLA 1				
	Media	DS	Min	Max
Costo Totale	€3.149	€1.571	€1.242	€3.337
Costo Personale	€1.627	€140	€1.452	€1.890
Costo Totale Degenza	€6.687	€1.387	€5.110	€11.560
Materiale di sala e valvola	€20.769	€0	€20.769	€20.769
Materiale per complicanze	€14	€0	€14	€14
Costi Generali	€3.013	€0	€3.013	€3.013
Costo Sala	€38	€0	€38	€38



**Figura 1.**  
Peso delle  
componenti di costo  
sul totale (%)

# Maratea: la voce dei partecipanti

di Enza Colagrosso

Dal 28 al 30 giugno 2012 si è svolto, nella splendida cornice di Maratea, il Convegno Interregionale della FARE, promosso dal neopresidente Ciccio De Nicolo, dal tema "La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alle Regioni in Piano di Rientro"

Quest'incontro è l'espressione della nuova direttiva impressa dal presidente, che ritiene importante far convergere tutti i soci Fare, almeno una volta l'anno, per avere un confronto significativo e costruttivo in merito alle più importanti novità inerenti il settore acquisti e gestione in Sanità.

Il tema di quest'anno era sicuramente molto sentito dagli operatori del settore, tanto più in quei giorni che erano quelli d'attesa della spending review. All'incontro, oltre ai principali esponenti della sanità Lucana, hanno partecipato il vicepresidente della Commissione affari sociali della Camera, Gero Grassi, il presidente della Commissione Sanità della Regione Campania Michele Schiano Di Visconti, l'assessore alle politiche della salute della Regione Puglia Ettore Attolini e consiglieri regionali di varia provenienza. Tra questi, l'assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale della Giunta Lucana Attilio Martorano, rappresentante di una Regione con i bilanci in regola, ha così riassunto per TEME i passaggi fondamentali del proprio intervento:

*"La Centralizzazione degli acquisti nel nostro territorio è sicuramente da considerare come una risorsa. L'efficienza, infatti, non si ottiene solo riducendo banalmente*

*la spesa ma costruendo anche dei modelli organizzativi più efficaci. Abbiamo fatto questa scelta ritenendo che sia opportuno mettere insieme tutte le strutture che oggi si occupano di acquisti di beni e servizi in sanità per far diventare questo un centro di riferimento e di eccellenza della nostra sanità, per far acquistare meglio e ad un prezzo migliore. Tutto questo a beneficio dei bilanci della sanità e del paziente, che potrà disporre di presidi, farmacie e strutture più aderenti alle sue aspettative.*

*Il nostro progetto non prevede l'attivazione di nuove strutture, bensì un razionale riutilizzo delle risorse già disponibili, così da avviare un dipartimento iperaziendale che raccolga i professionisti già operativi sul territorio. Quindi una struttura perfettamente integrata nel sistema sanitario, fatta con le stesse persone che già oggi si occupano di questo. E' un modello organizzativo nuovo, non è l'aggiunta di sovrastrutture, che peraltro genererebbero costi inappropriati e forse anche ulteriori complessità di cui non abbiamo bisogno.*

*Dobbiamo infatti tenere presente quanto di buono abbiamo compiuto sino ad ora: oggi rappresentiamo una realtà virtuosa, non vivendo un regime di commissariamento che è purtroppo ampiamente diffuso nel nostro Paese. Abbiamo lavorato con umiltà e continuità da questo punto di vista e continuiamo a cercare ogni strategia per utilizzare al meglio le nostre risorse ma soprattutto per innalzare la qualità dell'assistenza. Lo si è sempre fatto, lo si fa con maggiore determinazione e con maggiore*

*forza oggi che la sfida diventa anche più complessa per via del contenimento delle risorse."*

Di avviso diametralmente opposto il nostro Presidente De Nicola, che sulla scelta di ricorrere alla Centralizzazione degli Acquisti ha detto: *"È un errore soprattutto per le economie vessate da criticità, come quelle del Sud Italia. La centralizzazione degli acquisti sarà un violento danno a carico delle economie povere, non è così che si ottimizzano le spese"*.

Un intervento propositivo, ricco di spunti per affrontare da più angolazioni le attuali problematiche del settore acquisti, è stato quello del Presidente dell'Area Claudio Amoroso, che ha riassunto per noi il suo intervento su "La programmazione Sanitaria": *"La programmazione sanitaria nasce come una definizione aperta finalizzata a obiettivi di salute ed impostata con logiche economiche di sviluppo, oggi sta diventando sempre più una definizione chiusa perché orientata soprattutto non tanto allo sviluppo ma al contenimento della spesa". Nell'intervento è stato sottolineata la inadeguatezza degli strumenti di programmazione spesso con previsioni temporali incompatibili con i tempi effettivi di realizzazione. Ciò ha determinato più volte il prolungamento dei piani sanitari sconfinando i tempi prefissati, con conseguenze negative nella definizione delle priorità e degli obiettivi da realizzare in un determinato arco temporale. Le conclusioni hanno evidenziato che seppur non senza contraddizioni e criticità, la sanità da settore in*

*equilibrio strutturale, di cui era difficile prevedere la dinamica della spesa, sta dimostrando risultati lusinghieri nella gestione e di ciò ce ne dà atto la Corte dei Conti nella relazione di maggio 2012 sulla spesa della sanità 2011 che per la prima volta risulta in flessione (- 0,6 per cento), infatti in termini di PIL passa dal 7,3 per cento del 2010 al 7,1.*

Sullo stato attuale dell'economia sanitaria nel nostro Paese si è poi così espresso Giuseppe Marchitelli, presidente AFORP, per noi di TEME *"I tagli indiscriminati proposti dalla spending review, che evidenziano ancora una volta le riduzioni in tempo reale dei contratti in essere, chiaramente penalizzeranno i fornitori, specie quelli in ambito sanitario considerato che il 65 % della spesa della pubblica in Italia è per questo. Si ripropone la prospettiva della centralizzazione indiscriminata degli acquisti, sia in sede nazionale con la Consip, che attraverso*

Quest'incontro è l'espressione della nuova direttiva impressa dal presidente, che ritiene importante far convergere tutti i soci Fare, almeno una volta l'anno, per avere un confronto significativo e costruttivo in merito alle più importanti novità inerenti il settore acquisti e gestione in Sanità

so le diverse centrali d'acquisto presenti sul territorio. Tutto questo concentrerà un ulteriore punto della domanda e dell'offerta, a forte penalizzazione del mondo imprenditoriale nazionale, costituito principalmente da piccole e medie imprese che improvvisamente si potrebbero trovare davanti il rischio oggettivo di non poter più partecipare ad eventi competitivi che la pubblica amministrazione in Italia potrà generare. Peccato che tutto questo è in evidente controtendenza con i recenti provvedimenti (mi riferisco a leggi dello stato e non ultimo allo statuto delle imprese) che fanno seguito a direttive comunitarie, le quali da più tempo si muovono nella direzione della tutela della piccola e media imprenditoria nazionale. Ci aspettiamo una maggiore concertazione e non certo un provvedimento che cada in maniera improvvisa, come una scure sulle imprese e sui posti di lavoro, in grande difficoltà per la situazione che si è creata dopo che sempre più aziende scompaiono la tessuto economico nazionale."

Un apporto più specifico quello del Presidente AiiC, Paola Freda, che ha posto in luce l'importanza di figure altamente qualificate, quale quella dell'ingegnere clinico, senza le quali ha poco senso parlare di innovazione tecnologica entro le strutture ospedaliere: "Un ingegnere clinico è un ingegnere tipicamente biomedico secondo i recenti percorsi formativi, che si occupa dell'utilizzo sicuro, appropriato ed economico delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici impiegati in una struttura sanitaria.

Io credo che si debba iniziare a pensare agli ospedali più come ad degli impianti produttivi che ad una pubblica amministrazione in senso lato come è stato fino ad oggi. A mio avviso vedo la struttura sanitaria più assimilabile ad un impianto produttivo, cioè un'officina con degli operatori deci-

samente molto specializzati, con dei capi d'eccellenza che sono i medici delle varie specialità, i quali operano insieme a tutti gli altri operatori della sanità per garantire cure sicure ed efficaci, ed oggi anche economiche, in un contesto produttivo dove la dinamica è veloce, molto più veloce di quella che può essere la dinamica che governa un ente locale piuttosto che una pubblica amministrazione che non è sanitaria.

L'importanza della costante presenza di figure altamente qualificate come gli ingegneri clinici ricade sicuramente nell'ambito della sicurezza.

Sicurezza nelle cure e pertanto sicurezza per gli operatori. Perché se parliamo di dispositivi medici, delle apparecchiature e delle tecnologie biomediche in generale delle quali ci occupiamo si deve far in modo che questi possano essere utilizzati in sicurezza sia dal paziente, che è il soggetto più debole, che dall'operatore. Bisogna sempre tener presente che un ospedale è un ambiente dove s'incontrano tutti i rischi: fisico, chimico, biologico ecc. con una combinazione differenziata ed ampia di quello che possiamo trovare nelle strutture di riferimento classiche che sono l'aerospaziale e l'aeronautico. E' per questo che in questi ambienti è richiesta competenza e specializzazione specifica.

In sostanza non si può prescindere dalla considerazione del rischio derivante dall'introduzione della nuova tecnologia. Una nuova tecnologia deve essere messa in mano a degli operatori adeguatamente formati in un ambiente adeguato, dopo aver subito un processo di introduzione corretto. Le stesse tecnologie se non sono inserite in un contesto non adeguato possono rappresentare addirittura un rischio e fornire prestazioni inferiori alle aspettative e a quelle date dai macchinari dismessi perché considerati sorpassati."

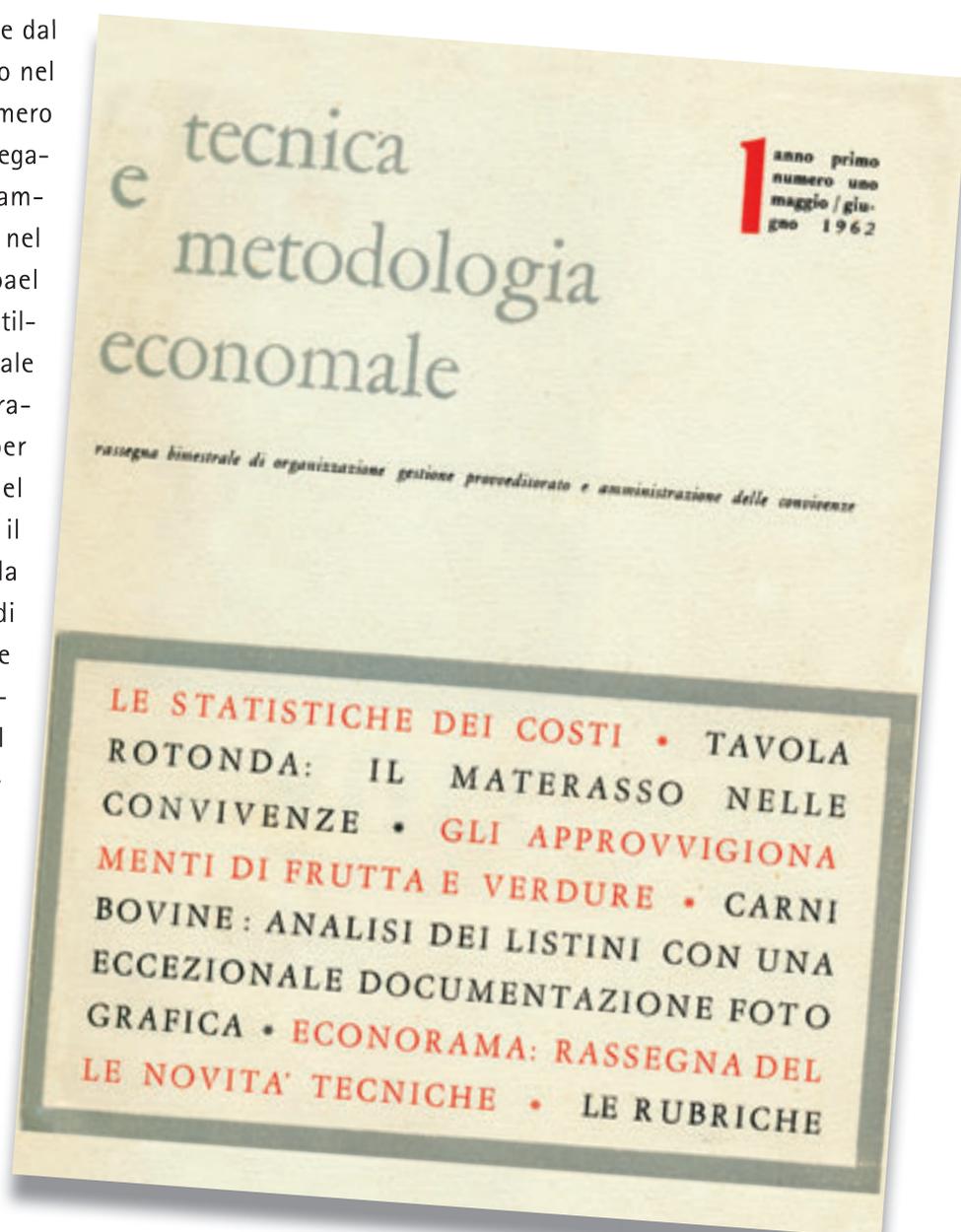
# 50 anni di Teme: festeggiare e progettare

Il convegno interregionale di Maratea ha rappresentato l'occasione per festeggiare tutti insieme i cinquant'anni della nostra rivista TEME. La scelta è stata quella di fare un evento molto sobrio che rispondesse al clima di austerità che da più parti si respira in questi tempi. Ciononostante ci siamo voluti concedere un regalo, reso possibile anche dal sostegno delle aziende che credono nel nostro operato: la ristampa del numero 1 della nostra rivista, che abbiamo regalato a tutti gli intervenuti. La ristampa del numero di Teme pubblicato nel 1962, è stata un'iniziativa di Assoael coadiuvata da Gino Muci che ha gentilmente messo a disposizione l'originale della rivista. Questa piccola celebrazione è stata anche l'occasione per ribadire quella che è la mission del nostro giornale: come ha ricordato il Presidente De Nicolo nel corso della serata, TEME deve essere sempre di più l'interfaccia della Federazione con il mondo esterno, un'interfaccia attraverso cui veicolare tutto il nostro know-how e la nostra competenza e attraverso cui importare tutto ciò che di proficuo e utile ci possa venire dal mondo istituzionale.

Per realizzare tutto questo è opportuno proiettarsi da subito nei cinquant'anni a venire cogliendo i segnali di profonda trasformazione che investono la realtà contemporanea, per questo potenzieremo

le nostre risorse online e amplieremo la nostra rete di divulgazione ai principali social network e lavoreremo per il design di applicazioni smartphone che possano trovare un'agile collocazione entro le risorse tecnologiche e i ritmi lavorativi del provveditore del terzo millennio.

Redazionale



1. La stazione appaltante non poteva effettuare una nuova valutazione dell'offerta tecnica, dopo aver aperto le buste dell'offerta economica e sulla base dei dati risultanti da quest'ultima. In caso contrario avrebbe violato il principio di continuità della gara, secondo il quale non è ammessa la rinnovazione delle operazioni di gara (in questo caso l'ammissione all'apertura delle offerte economiche) una volta che queste sono state completate (Cons. di Stato, sez. V, 13 giugno 1998, n. 831). (cfr. art. 2, comma 1 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)
2. Secondo la giurisprudenza, mentre l'offerta è immutabile, modificabili sono le giustificazioni, e sono ammesse sia quelle sopravvenute che quelle tra sottostime e sovrastime, (Cons. Stato, Sez. VI, 21.5.09, n.3146). Inoltre in sede di giustificazioni è consentito addurre la possibilità di sgravi sul costo del personale, ancorché non dedotti in sede di offerta (Cons. Stato, VI, 3146/09). (cfr. art. 87, comma 1 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)
3. La giurisprudenza amministrativa ha più volte escluso l'inderogabilità del costo orario medio della manodopera fissato nelle tabelle FISE, attribuendo natura meramente ricognitiva al decreto ministeriale che le approva ed affermando che, viceversa, deve consentirsi all'impresa offerente di rendere giustificazioni in ordine al costo del lavoro inferiore ai minimi retributivi tabellari, così rimettendo al giudizio della commissione la stima della congruità di tali giustificazioni (cfr., tra molte, Cons. Stato, sez. V, 11 ottobre 2002, n. 5497; Id., sez. V, 23 agosto 2006, n. 4949; TAR Lazio, sez. I-bis, 22 dicembre 2006, n. 15610; T.A.R. Puglia, Bari, 9 settembre 2009, n. 2061). (cfr. art. 86, comma 3 bis d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)
4. La verifica delle offerte anomale è sufficientemente espressa anche per relationem alle giustificazioni rese dall'impresa offerente (cfr., tra le tante, Cons. Stato, sez. V 23 novembre 2010, n.8148; TAR Emilia Romagna Bologna Sez. I 26 marzo 2010, n.2823). A ciò si aggiunge che la verifica di anomalia non ha per oggetto la ricerca di specifiche e singole inesattezze mirando, invece, ad accertare se l'offerta, nel suo complesso, sia attendibile e se dia o meno affidamento di una corretta esecuzione (Cons. St., sez. VI 11 dicembre 2001, n. 6217; Cons. St. Sez. V, 29 luglio 2003, n. 4323; TAR Emilia Romagna, Bologna, sez. II, 2 novembre 2011, n. 752). (cfr. art. 88, comma 7 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)
5. Non può ritenersi che, nell'ipotesi di divergenza tra l'offerta tecnica e quella economica, "sussista un insanabile contrasto quanto piuttosto un mero errore materiale nell'indicazione delle ore relative ai servizi periodici contenuta nell'offerta economica. In merito soccorre la regola di interpretazione sistematica prevista dall'art. 1363 c.c., secondo il quale occorre procedere alla interpretazione della singole clausole per mezzo delle altre clausole contrattuali, attribuendo ad ognuna il significato che risulta dal complesso dell'atto. Nel merito occorre infatti rilevare che sia l'indicazione del personale che l'offerta economica rendono del tutto ragionevole ritenere che- nella fattispecie- la controinteressata abbia voluto proporre una consistente quantità di ore per i servizi periodici, che costituiscono parte importante dell'offerta economica. (cfr. art. 2, comma 4 d. lgs. 12 aprile 2006, n. 163)

*Tratte da Tar Lombardia-Milano, Sez. I, 20 marzo 2012, n. 876, Dussmann Service S.r.l. contro Azienda Ospedaliera*

*Ospedale Niguarda Ca' Granda, nei confronti di Consorzio lombardo Cooperative di Produzione lavoro e servizi Co.Lo.Coop. e Nigra Servizi Integrati*

1. L'Azienda Ospedaliera aggiudicava al Consorzio Alfa la gara indetta con procedura aperta per l'affidamento del contratto triennale per l'esecuzione del "servizio di pulizia, sanificazione e disinfestazione". Beta ha impugnato, quindi, davanti al competente Tar gli atti di ammissione del Consorzio aggiudicatario eccependo, tra l'altro, a) la modifica inammissibile dell'offerta Alfa ritenuta anomala a causa del mancato rispetto delle tabelle FISE; b) l'insostenibilità della valutazione di anomalia dell'offerta della stessa Alfa per incongruità dei costi della manodopera dovuti al mancato rispetto delle tabelle FISE; c) l'insostenibilità economica dell'offerta Alfa nel suo complesso.
- 1.1. Il Collegio ha respinto il ricorso nella parte in cui ritiene che Alfa avesse modificato in modo inammissibile l'offerta e che l'anomalia sussistesse a causa del mancato rispetto delle tabelle FISE. In particolare, afferma il Collegio, "conviene al riguardo rammentare, con riferimento al primo profilo, che, secondo la giurisprudenza, mentre l'offerta è immutabile, modificabili sono le giustificazioni, e sono ammesse sia quelle sopravvenute che quelle tra sottostime e sovrastime, (Cons. Stato, Sez. VI, 21.5.09, n. 3146). Inoltre in sede di giustificazioni è consentito addurre la possibilità di sgravi sul costo del personale, ancorché non dedotti in sede di offerta (Cons. Stato, VI, 3146/09)".
- 1.2. Il Tar respinge il ricorso anche per la parte in cui contesta l'insostenibilità della valutazione di anomalia dell'offerta per incongruità dei costi della manodopera dovuti al mancato rispetto delle tabelle FISE. Infatti,



afferma il Tar, "deve rammentarsi che la giurisprudenza amministrativa ha più volte escluso l'inderogabilità del costo orario medio della manodopera fissato nelle tabelle FISE, attribuendo natura meramente ricognitiva al decreto ministeriale che lo approva ed affermando che, viceversa, deve consentirsi all'impresa offerente di rendere giustificazioni in ordine al costo del lavoro inferiore ai minimi retributivi tabellari, così rimettendo al giudizio della commissione la stima della congruità di tali giustificazioni (cfr., tra molte, Cons. Stato, sez. V, 11 ottobre 2002, n. 5497; Id., sez. V, 23 agosto 2006, n. 4949; TAR Lazio, sez. I-bis, 22 dicembre 2006, n. 15610; T.A.R. Puglia, Bari, 9 settembre 2009, n. 2061)".

2. Il Consorzio Alfa ha proposto a sua volta ricorso incidentale con il quale ha impugnato l'ammissione della ricorrente alla valutazione dell'offerta economica perché "secondo l'art. 47 del capitolato speciale d'appalto, infatti, era previsto uno sbarramento minimo per l'accesso alla graduatoria finale di 32/50 punti nella valutazione dell'offerta tecnica. Secondo il Consorzio vincitore la stazione appaltante avrebbe dovuto rettificare il punteggio attribuito all'aggiudicatario (0,31 punti) per la voce dell'offerta tecnica "ore mensili assicurate per l'esecuzione dei servizi periodici" in quanto le ore offerte non sarebbero quelle indicate dalla stazione appaltante (565, 59) bensì 81.445,61, come risulterebbe dall'analisi dei costi allegata all'offerta economica".

2.1. Il Tar ha ritenuto infondato il ricorso incidentale così proposto ritenendo, in particolare, che "la stazione appaltante non poteva effettuare una nuova valutazione dell'offerta tecnica, dopo aver aperto le buste dell'offerta economica e sulla base dei dati risultanti da quest'ultima. In

caso contrario avrebbe violato il principio di continuità della gara, secondo il quale non è ammessa la rinnovazione delle operazioni di gara (in questo caso l'ammissione all'apertura delle offerte economiche) una volta che queste sono state completate (Cons. di Stato, sez. V, 13 giugno 1998, n. 831)".

3. Con ricorso per motivi aggiunti Beta ha eccepito inoltre che l'offerta dell'aggiudicatario risultava contraddittoria per il contrasto "tra le "ore mensili assicurate per l'esecuzione dei servizi periodici" indicate nell'offerta tecnica e quelle indicate nell'offerta economica".

3.1. Il Tar ha rigettato anche il ricorso per motivi aggiunti di Beta perché "non può ritenersi che tra l'offerta tecnica e quella economica della controinteressata sussista un insanabile contrasto quanto piuttosto un mero errore materiale nell'indicazione delle ore relative ai servizi periodici contenuta nell'offerta economica. In merito soccorre la regola di interpretazione sistematica previste dall'art. 1363 c.c., secondo il quale occorre procedere alla interpretazione delle singole clausole per mezzo delle altre clausole contrattuali, attribuendo ad ognuna il significato che risulta dal complesso dell'atto. Nel merito occorre infatti rilevare che sia l'indicazione del personale che l'offerta economica rendono del tutto ragionevole ritenere che la controinteressata abbia valutato proporre una consistente quantità di ore per i servizi periodici, che costituiscono parte importante dell'offerta economica".

4. Il Tar accoglie invece il ricorso ritenendo fondato il primo motivo di ricorso di Beta nella parte in cui contesta l'insostenibilità economica dell'offerta Alfa nel suo complesso perché "in primo luogo occorre rammentare che la verifica delle

offerte anomale è sufficientemente espressa anche per relationem alle giustificazioni rese dall'impresa offerente (cfr., tra le tante, Cons. Stato, sez. V 23 novembre 2010, n.8148; TAR Emilia Romagna Bologna Sez. I 26 marzo 2010, n. 2823). A ciò si aggiunge che la verifica di anomalia non ha per oggetto la ricerca di specifiche e singole inesattezze mirando, invece, ad accertare se l'offerta, nel suo complesso, sia attendibile e se dia o meno affidamento di una corretta esecuzione (Cons. St., sez. VI 11 dicembre 2001, n. 6217; Cons. St. Sez. V, 29 luglio 2003, n. 4323; TAR Emilia Romagna, Bologna, sez. II, 2 novembre 2011, n. 752)". In merito a tale valutazione, sulla base delle valutazioni della CTU esperita in corso di causa, il Collegio ha modo di verificare che " il costo annuo del personale, calcolato sulla base dei dati di fatto indicati in offerta dal Consorzio aggiudicatario è superiore a quello indicato in offerta per un totale di euro 99.001,11" ed è quindi "tale da superare di gran lunga l'utile annuale dichiarato (euro 27.514,80)", derivandone che "tale discordanza macroscopica non può essere giustificata con riferimento allo scopo mutualistico della controinteressata in quanto tale finalità non giustifica lo svolgimento di attività in perdita. Deve quindi concludersi che l'offerta, nel suo complesso, non è attendibile e non dà affidamento di una corretta esecuzione (Cons. St., sez. VI 11 dicembre 2001, n. 6217; Cons St. Sez. V, 29 luglio 2003, n. 4323). In definitiva quindi l'aggiudicazione della gara va annullata".

## Sul ritardo nella presentazione dell'offerta

Un nostro lettore chiede di sapere se le ditte che hanno sede nelle zone colpite dal recente terremoto e che a causa di tali vicende non sono in grado di rispettare i termini di presentazione dell'offerta debbano comunque essere escluse dalla gara.

**Monica Piovi**  
**Piero Fianza**  
PA Consultant

Come noto, la regola generale è che il termine stabilito per la presentazione delle offerte è perentorio e inderogabile. Tale termine, infatti, come chiarisce giurisprudenza, è destinato a garantire la *par condicio* tra i partecipanti, in quanto assegna a tutti lo stesso tempo per la presentazione delle offerte (v. Consiglio di Stato, sez. V, 08.01.2007 n. 16 e Consiglio Stato, sez. V, 25.01.1995, n. 130: "...Il termine fissato per la presentazione di offerte da parte dei partecipanti ad una gara deve essere rispettato a garanzia della "par condicio" dei concorrenti, sui quali incombe l'onere di predisporre una idonea organizzazione a tal fine").

Tuttavia la regola ammette delle eccezioni. Si tratta in particolare delle c.d. ipotesi di forza maggiore, che ricorrono quando il ritardo dipende da eventi eccezionali e imprevedibili tali da impedire in modo assoluto il rispetto del termine (v. T.A.R. Venezia Veneto sez. I, 15.10.2002, n. 6045).

Il caso più recente affrontato dalla giurisprudenza amministrativa è quello dell'ondata di maltempo in Sardegna che, bloccando

i trasporti, aveva impedito al corriere di recapitare il plico della gara nei termini previsti. In questo caso il Tar Sardegna ha ritenuto illegittima l'esclusione dalla gara della concorrente impossibilitata a presentare l'offerta in tempo utile. Il collegio, in particolare, ha affermato che l'ondata di maltempo, che aveva colpito l'isola e che aveva bloccato ogni tipo di trasporto, compresi i voli, era da ritenersi un evento assolutamente eccezionale in grado di giustificare il ritardo della concorrente. La sua esclusione, pertanto, doveva essere annullata.

Un'altra ipotesi è quella relativa ad un incidente stradale che, bloccando per alcune ore la circolazione aveva impedito la consegna della documentazione di gara nei termini previsti. Anche in questo caso il giudice ha ritenuto illegittima l'esclusione dalla gara della concorrente. Il collegio, in particolare, ha ritenuto che l'incidente stradale in questione, essendo di notevoli proporzioni ed avendo procurato gravi disagi a tutta la circolazione nazionale compresa quella del corriere (provocando un fermo

nella circolazione stradale di oltre 4 ore), era da ritenersi un evento assolutamente eccezionale in grado di giustificare il ritardo commesso dalla concorrente: "*La società ricorrente ha (...) adeguatamente dimostrato l'esistenza di un motivo, indipendente dalla sua volontà, che ha oggettivamente impedito il rispetto del termine di deposito, per cui la stazione appaltante avrebbe dovuto accettare la documentazione prodotta, come insegna una costante giurisprudenza (vedasi, tra le altre, Consiglio di Stato, Sezione VI, 11 novembre 2004, n. 7924): in questi casi, infatti, la proroga del termine costituisce atto doveroso*" (T.A.R. Piemonte, sez. I, 18.06. 2005, n. 2279).

Passando ora alla questione delle ditte che hanno sede nelle zone colpite dal terremoto (evento di per sé eccezionale ed imprevedibile), sulla base dei principi affermati dalla giurisprudenza, le ditte, in ragione dei danni verificatesi (che le ditte stesse dovranno dimostrare) potranno ottenere una proroga dei termini di presentazione delle offerte.

## 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 disfacchi 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

### B 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](http://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

### BRAUN

SHARING EXPERTISE

**Divisione Aesculap:** Suture - Protesi vascolari - Filtri per vena cava - Sistemi totalmente impiantabili - Sostituti durali - Reti chirurgiche - Drenaggi post-operatori - Emostatici - Strumentario per chirurgia

mininvasiva - Strumentario chirurgico specialistico e di base - Protesica anca e ginocchio - Osteosintesi - Prodotti per colonna vertebrale - Artroscopia - Sistemi di navigazione per ortopedia e neurochirurgia - Prodotti per cardiologia interventistica e diagnostica - Prodotti per monitoraggio emodinamico - Accessori per elettrofisiologia.

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

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

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



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.**  
**dansac** 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



SHARING EXPERTISE

### Divisione OPM

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

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

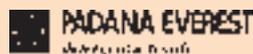
11

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 aerauliche, 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



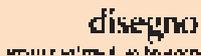
Azienda leader di dispositivi medici fondata nel 1856 e operante in oltre 90 paesi. Nell'ambito del Wound Management Smith & Nephew è leader nel settore delle medicazioni avanzate ed il suo portafoglio prodotti è il più completo del mercato, includendo medicazioni, farmaci e dispositivi elettromedicali (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 <sup>60</sup>Ge per PET, soluzioni di <sup>90</sup>Y e <sup>177</sup>Lu 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** 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

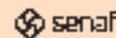
### 15 varie



**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:



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.

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



**PADANA EVEREST**  
*detergenza tessile*

**I SERVIZI:**

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

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

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

Servizio clienti: Travagliato (Bs) - tel. 030 6869311 - fax 030 660507 - [sanita@padanaeverest.it](mailto:sanita@padanaeverest.it) - [www.padanaeverest.it](http://www.padanaeverest.it)

# inratio 2

## Il sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR

**Semplice**  
**Veloce**  
**Accurato**

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

**Per il professionista**  
**Per il paziente**

