

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 50 - N° 9/10 Settembre-Ottobre 2012
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.

50

anni di teme
1962/2012

De Angelis:
affidamento al
terzo settore
e rischio di
esclusione
dalla gara

Greco:
la riduzione
del 5% riguarda
i volumi di
acquisto e
non i prezzi

Orlandini:
obbligo di
rinegoziare
gli importi
nei contratti
in essere

Speciale:
il
**DECRETO
BALDUZZI**

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**





In copertina:
Azzurra
foto di Mariateresa Distefano

9/10 .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 - Settembre-Ottobre 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 10 ottobre 2012

3 editoriale

"Il Paradiso del compratore"

Marco Boni

4 normativa

La riduzione del 5% riguarda i volumi d'acquisto e non i prezzi

Maurizio Greco

7 pubbliche gare

Affidamento diretto a soggetti del terzo settore
e rischio di esclusione dalla gara pubblica

Paolo De Angelis

18 spending review

L'obbligo di rinegoziare gli importi nei contratti in essere di appalti
di servizi e forniture

Maria Lucia Orlandini

20 gestione contratto farmaci

La gestione informatizzata dei contratti unici dei farmaci
per le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna e per l'IRST

G. Bitassi, S. Venturi

23 livelli essenziali di assistenza

I livelli essenziali di assistenza (LEA) nella prospettiva federale
di tutela della salute

Gerardo Guzzo

27 le interviste di teme

BergamoScienza, un appuntamento consolidato di divulgazione
scientifica

Enza Colagrosso

29 sistemi qualità

Sistema qualità: un fattore di crescita culturale
della Pubblica Amministrazione

Angela Serrone

31 dl 158/2012

DL Balduzzi 158/2012, testo in vigore dal 14 settembre 2012:
ecco come cambierà la sanità italiana

Redazionale

38 50 anni di teme

La Fare, e la sua voce Teme, cominciano
ad essere ascoltati nell'Istituzioni

Redazionale

40 juris aula

42 gli esperti rispondono

43 elenco fornitori

A photograph of a desk with a pencil holder, glasses, and a book. The book is open to a page with text. The background is a solid red color.

Per festeggiare i suoi 50 anni teme ricomincia dal numero

*Abbiamo
ristampato
– in edizione
limitata –
il primo numero
datato 1962
per proporlo
ad amici e lettori
come originale
cadeau natalizio
per collaboratori
e dipendenti*

**Prenotalo allo
0761.517646**

Il “Paradiso del compratore”

Al momento, in materia di acquisto di beni e servizi, non sono compiutamente prefigurabili gli effetti concreti del ciclone normativo rappresentato dalle norme di spending review. Sicuramente, la legge n. 135/2012 pone i presupposti per uno sconvolgimento generale dell'organizzazione degli approvvigionamenti delle aziende sanitarie, sino a minare – in prospettiva – la stessa sopravvivenza dei provveditorati aziendali e delle unioni di acquisto.

Una dirompente rivoluzione o l'ennesimo bluff normativo, per la ordinaria carenza di presupposti operativi? Vedremo. C'è amarezza tra i provveditori per la prima parte del provvedimento, quella che impone la rinegoziazione dei contratti. L'avessero saputo prima che si poteva fare strame delle norme comunitarie, “rinegoziando” impunemente con gli aggiudicatari, i Provveditori avrebbero chiesto l'abbassamento dei prezzi di contratto e/o la modifica delle prestazioni, senza bisogno di ordini superiori. Invece, per non averlo fatto, ora passano da incapaci, e il Grande Risanatore ride.

Le norme di spending review certificano anche che la “rete” è il “paradiso del compratore” dove a prezzo zero si compra il meglio. Tutto deve svolgersi on line, con gli strumenti telematici di Consip o delle centrali regionali. Quindi, acquisti disposti dalle aziende sanitarie, ma opportunamente “filtrati”, indirizzati e sorvegliati, non si sa mai. Non è dato sapere se il legislatore che ha redatto il provvedimento ne è a conoscenza, ma si tratta di almeno 45.000 procedure/anno (dati AVCP 2011). Considerate anche le responsabilità connesse alla non applicazione della norma, suggeriamo, se ancora non si è cominciato a farlo, di richiedere per tutti gli acquisti soggetti a bando di gara che fanno riferimento alle categorie merceologiche del mercato elettronico le prestazioni della Consip o delle Centrali regionali, ove costituite, come prevede la legge. Precisando, ovviamente, ad ogni effetto di responsabilità, che per assicurare le prestazioni assistenziali i tempi di procedura dovranno essere gli stessi che le aziende sanitarie avrebbero autonomamente garantito.

Marco Boni
Direttore TEME

La riduzione del 5% riguarda i volumi d'acquisto e non i prezzi

Maurizio Greco

Direttore S.C. Gestione Risorse
ASL 4 Chiavarese

L'art. 15, comma 13 lettera a) del d.l. 95/2012, come noto, stabilisce che *"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"*.

La norma non può riferirsi ai prezzi correnti delle forniture, come se imponesse una riduzione autoritativa e unilaterale dei medesimi.

Una tale lettura, in primo luogo, finisce per rappresentare una interpretazione 'per soppressione' in quanto omette totalmente la seconda parte della disposizione che prevede la riduzione non solo degli importi ma anche delle 'connesse prestazioni' relative ai contratti in essere di appalto e forniture.

Se la disposizione riguardasse i prezzi, si dovrebbe spiegare a cosa si riferisce la norma nella parte in cui prevede la riduzione delle prestazioni contrattuali. Né l'argomento dell'invarianza dei servizi finali ai cittadini' quale criterio per ritenere la norma applicabile ai prezzi e non ai volumi d'acquisto sembra rilevante.

Sia perché si tratta nello specifico di servizi e consumi intermedi (quindi una richiesta di maggiore efficienza interna),

sia perché, comunque, il provvedimento, al di là di tale enfatica proclamazione, contiene misure di sicuro ridimensionamento dei servizi finali, come la riduzione dei posti letto ospedalieri, delle prestazioni delle strutture private convenzionate con il SSN, ecc.

Secondo quindi l'unica lettura possibile, la norma si riferisce a una riduzione dei volumi di acquisto (delle quantità).

In questo senso, tra l'altro, la norma è in linea con le restanti citate disposizioni del d.l. 95 che prevedono a una analoga riduzione dei volumi es. anche per quanto riguarda le prestazioni delle strutture private convenzionate.

Dal punto di vista della conformità ai principi, si tratta dell'esito interpretativo più plausibile: la disposizione introduce, per legge, una riduzione delle quantità contrattuali, tenendo conto del tradizionale *ius variandi* nell'ambito del cd. quinto d'obbligo' (oggi art. 311 d.p.r. 207/2010 ss.mm.ii.), da sempre riconosciuto alla p.a. quale stazione appaltante, rendendolo nella specie doveroso.

In sostanza, si tratta di mantenere inalterato il sinallagma contrattuale.

E in effetti uno degli atti parlamentari che corredano l'iter del provvedimento in sede di conversione (cioè il Dossier a cura del Servizio bilancio dello stato della Camera dei deputati) dice testualmente:

"Il comma 13, lettera a) dispone che i corrispettivi e i corrispondenti volumi

d'acquisto di beni e servizi, con esclusione dei farmaci, siano ridotti del 5 per cento dalla data di entrata in vigore del presente decreto e per tutta la durata dei contratti."

Più oltre si aggiunge:

"In risposta alle osservazioni formulate al Senato circa i possibili contenziosi che potrebbero insorgere in conseguenza della modifica dei contratti in essere, nella Nota del 24 luglio 2012 si precisa che l'entità della riduzione di spesa prevista, pari al 5% rispetto alla spesa del 2011, riguarda non solo l'importo dei contratti, ma anche i volumi, la qual cosa sembra escludere l'insorgenza di un contenzioso apprezzabile."

Quindi per due volte il documento in questione riferisce l'applicazione della norma esclusivamente ai volumi di acquisto.

Certamente dal punto di vista pratico, problemi applicativi non mancherebbero, specie a 'servizi finali invariati', nell'ipotesi di applicare tale 'taglio' contratto per contratto e non sui volumi globali di spesa.

Ma in effetti la lettura di tali dossier parlamentari conferma che la disposizione intendeva esclusivamente decurtare la spesa complessiva per beni e servizi 2011 (esclusi i farmaci) del 5%. Pertanto il raggiungimento di tale obiettivo in termini globali e non di singolo contratto appare pienamente conforme alla *ratio* della medesima.

Tra l'altro si tratta dell'interpretazione

già abbracciata da alcune regioni (es. Veneto).

A prescindere da ciò, sarebbe palese l'irrazionalità e incostituzionalità di un taglio uniforme e astratto dei prezzi delle forniture che non valutasse le caratteristiche tecniche ed economiche di ciascuna fornitura e il margine che il fornitore abbia a propria disposizione rispetto allo specifico contratto.

Se uno dei principi fondamentali della materia è che il contratto di appalto o fornitura deve garantire all'appaltatore un utile d'impresa (ciò a tutela degli stessi interessi dell'amministrazione), è chiaro che se l'utile stesso in concreto si attesta intorno a una misura pari al ridotto 5% l'applicazione sopra ipo-

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(..) tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012"

tizzata porterebbe ad annullare l'utile o addirittura a portare la fornitura in perdita.

Ciò a maggior ragione risulta impraticabile in concreto se si considerano gli appalti ad elevata intensità di manodopera (spesso aggiudicati al limite dell'applicazione del ccnl) laddove la decurtazione ipotizzata potrebbe incidere sugli stessi minimi contrattuali da riconoscere ai lavoratori.

Non solo.

Risulterebbe assai complesso coordinare la disposizione con quella della successiva lettera b) dello stesso comma, che impone a sua volta una rinegoziazione dei prezzi (e questa volta sì, la norma parla esplicitamente di prezzi) laddove discostantisi di oltre il 20% dai prezzi di riferimento rilevati dall'Avcp o dalle Centrali regionali, tanto che le due

disposizioni così intese sarebbero intrinsecamente contraddittorie.

Se il prezzo che deve essere rinegoziato è solo quello superiore al 20% di quello di riferimento (e comunque deve essere rinegoziato), non si vede con che logica la norma dovrebbe comunque imporre – a prescindere – una decurtazione autoritativa del prezzo stesso.

Anche perché, mentre la successiva lettera b) consente la risoluzione contrattuale in caso di mancato accordo conseguente alla rinegoziazione, la lettera a) non prevede tale strumento né a beneficio dell'amministrazione né dell'appaltatore.

E comunque, pare sufficiente a dirimere la questione il rilievo che il legislatore, nell'ambito dello stesso comma di legge (!) laddove ha inteso riferirsi ai "prezzi" ha usato tale termine, onde a contrario, laddove non l'ha fatto, evidentemente non intendeva parlare di prezzi.

Va anche valutato, infine, che la disposizione *de qua* non distingue tra le 'fonti' di aggiudicazione delle forniture. Quindi, a rigore, si applica anche alle forniture scaturenti dall'adesione a convenzioni Consip o delle Centrali regionali.

La massimizzazione del risultato economico, che costituisce per definizione caratteristica 'intrinseca' di tali affidamenti, risulta decisamente incompatibile con un'ulteriore decurtazione 'a valle' dei prezzi di aggiudicazione, anche considerando alcune delle categorie merceologiche interessate (si pensi ai carburanti).

Se il prezzo che deve essere rinegoziato è solo quello superiore al 20% di quello di riferimento non si vede con che logica la norma dovrebbe comunque imporre una decurtazione autoritativa del prezzo stesso. Anche perché, mentre la successiva lettera b) consente la risoluzione contrattuale in caso di mancato accordo conseguente alla rinegoziazione, la lettera a) non prevede tale strumento né a beneficio dell'amministrazione né dell'appaltatore

Affidamento diretto a soggetti del terzo settore e rischio di esclusione dalla gara pubblica

In tema di affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari lo Stato italiano ha introdotto strumenti alternativi e/o derogatori¹ per la individuazione dei contraenti privati cui affidare i servizi.

Ciò in considerazione di due esigenze: da un lato, per consentire l'applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale; dall'altro, per la necessità di individuare strumenti adeguati per una valutazione oggettiva della qualità, ossia di quel dovere sempre più diffuso da parte dei fruitori e dei fornitori dei servizi di rendicontare ciò che si è fatto.

Dunque, a fronte di una regola generale (contenuta a livello comunitario nella Direttiva 18/2004 e a livello nazionale nel D.Lgs. 163/06) che sancisce il rispetto della gara pubblica per gli affidamenti compiuti dagli Enti pubblici, sussistono delle deroghe per l'affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari. Per quanto qui di interesse, strumenti alternativi alla gara pubblica previsti dal Legislatore nazionale per l'affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari sono:

- 1 l'accreditamento istituzionale;
- 2 le sperimentazioni gestionali;
- 3 l'affidamento compiuto, in virtù del principio di sussidiarietà orizzontale, a:
 - I. associazioni di volontariato che dimostrino attitudini e capacità operative (L. 266/91);
 - II. cooperative sociali che svolgano attività di inserimento lavorativo di soggetti disagiati (L. 381/91);

III. soggetti del terzo settore che esercitano attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita (L. 328/00);

IV. laboratori protetti o nel contesto di programmi di lavoro protetti laddove la maggioranza dei lavoratori interessati è composta di disabili i quali, in ragione della natura o della gravità del loro handicap, non possono esercitare un'attività professionale in condizioni normali (D.Lgs. 163/06).

1. L'affidamento compiuto in virtù del principio di sussidiarietà orizzontale e la sua conformità ai principi comunitari

La gran parte delle disposizioni derogatorie che, brevemente, esamineremo in seguito concernono soggetti del cd. terzo settore² e sono quelle riassunte nel punto 3 dell'elenco contenuto nel precedente paragrafo.

- I. La prima deroga è contenuta nella L. 266/91 laddove, all'art. 7³, si precisa che gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato.
- II. In modo simile la L. 381/91 prevede, all'art. 5⁴, che gli enti pubblici possano, anche in deroga alla normativa in

Dott. Paolo De Angelis

Alma Mater Studiorum
Università di Bologna
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Coordinatore dei Servizi di Facoltà

materia di contratti pubblici, stipulare convenzioni con le cooperative che abbiano quale oggetto attività diverse da quelle socio-sanitarie (dunque: agricole, industriali, commerciali o di servizi) comunque finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione) purchè queste ultime costituiscano almeno il trenta per cento dei lavoratori della cooperativa.

III. Analogamente avviene nella L. 328/00 (Legge quadro per la realizzazione del

sistema integrato di interventi e servizi sociali) il cui articolo 5^s prevede che gli enti pubblici possano, anche in deroga alla normativa in materia di contratti pubblici, stipulare convenzioni con i soggetti del terzo settore che svolgano attività inerenti i cd. servizi sociali, laddove con questo termine, ai sensi dall'art. 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, si intendano tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

IV. A livello comunitario, il considerando n. 28^o della direttiva 2004/18/CE prevede che poiché i laboratori protetti ed i programmi di lavoro protetti contribuiscono efficacemente a promuovere l'integrazione o la reintegrazione dei disabili nel mercato del lavoro, sia opportuno prevedere che gli Stati membri possano riservare la parteci-

In tema di affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari lo Stato italiano ha introdotto strumenti alternativi e/o derogatori per la individuazione dei contraenti privati cui affidare i servizi

1.

Quando si parla di deroghe rispetto alla disciplina prevista per le gare pubbliche si intende dire che vi sono disposizioni specifiche che, a determinati fini, consentono di non utilizzare (o di utilizzare solo in parte) le regole previste nelle disposizioni normative sopra citate.

2.

Quella di terzo settore è una definizione atecnica e in una certa misura fuorviante in quanto fa fatica a contenere l'ampiezza e la varietà dei contenuti riconducibili alla materia; la molteplicità delle categorie utilizzabili per cercare di omogeneizzare realtà e soggetti molto differenti tra loro costituisce una caratteristica essenziale. Le categorie più frequentemente utilizzate a titolo ricognitivo sono rappresentate dalle seguenti definizioni:

- ente non commerciale (cioè, qualcosa che non svolge attività imprenditoriale): è un riferimento parziale in quanto avente un significato solo da un punto di vista fiscale;
- organizzazione non profit (cioè, qualcosa che non persegue il profitto né distribuisce utili): è un riferimento corretto ma anche esso parziale in quanto esse non mirano a una remunerazione dei soggetti (lucro soggettivo) che le compongono ma possono svolgere attività rivolte a un lucro oggettivo;
- ONLUS (cioè, una definizione finalistica rispetto all'utilità sociale): è un riferimento anche esso del tutto parziale.

A mio avviso, la definizione migliore da utilizzare per classificare queste organizzazioni è quella di "soggetti del terzo settore" (cioè, qualcosa di diverso dal pubblico e dal privato); questo termine, pur essendo un riferimento anch'esso fuorviante in quanto la dicitura <<settore>> richiama lo svolgimento di attività omogenee che stride con la realtà, è forse quello che più di ogni altro ha la duplice capacità di comprendere le varie realtà in un assioma unico ma, nello stesso tempo, di consentirne la variabilità degli interessi perseguiti: se mi si permette il gioco di parole, trattasi di un termine che stringe (nel senso che consente di identificare i soggetti in una categoria unica e definibile) ma non costringe (nel senso che non impone ai soggetti ivi compresi di dover rinunciare a nessuna delle loro peculiarità). Sull'affidamento dei

pazione alle procedure di aggiudicazione di appalti pubblici a tali laboratori o riservare l'esecuzione degli appalti nel contesto di programmi di lavoro protetti. Conseguentemente, l'art. 19 della direttiva sancisce che *"Gli Stati membri possono riservare la partecipazione alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici a laboratori protetti o riservarne l'esecuzione nel contesto di programmi di lavoro protetti quando la maggioranza dei lavoratori interessati è composta di disabili i quali, in ragione della natura o della gravità del loro handicap, non possono esercitare un'attività professionale in condizioni normali. Il bando di gara menziona la presente disposizione"*.

A livello nazionale, il D.Lgs. 163/06 prevede una serie di disposizioni volte a recepire quanto contenuto nella direttiva 18:

- all'art. 2 comma 2, laddove si precisa che *"Il principio di economicità può essere subordinato, entro i limiti in cui sia espressamente consentito dalle norme vigenti e dal presente codice, ai criteri, previsti dal bando, ispirati a esigenze sociali, nonché alla tutela della salute e dell'ambiente e alla pro-*

mozione dello sviluppo sostenibile";

- all'art. 52⁷, che dà espressa attuazione all'art. 19 della direttiva;
- all'art. 69⁸, che consente alle stazioni appaltanti, nell'emanazione dei bandi di gara, di considerare esigenze non soltanto economiche ma anche sociali e ambientali.

Quanto alle disposizioni di cui ai punti I-III (affidamenti ex LL. 266/91, 381/91, 328/00), pur essendo esse antecedenti rispetto alla vigente disciplina comunitaria e nazionale, sono da ritenersi ancora valide ed efficaci; ciò sia perché non espressamente abrogate sia perché anche la disciplina vigente contiene essa stessa delle deroghe che perseguono finalità simili a quelle fatte proprie dalle Leggi

La prima deroga è contenuta nella L. 266/91 laddove, all'art. 7, si precisa che gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nei registri e che dimostrino attitudine e capacità operative

servizi sanitari e socio sanitari ai soggetti del terzo settore vedi De Angelis P., Il terzo settore e le deroghe previste al sistema della gara pubblica, in Sanità Pubblica e Privata, n. 6 Novembre-Dicembre 2010, pagg. 73-86.

3.

Si riporta, per comodità, il c. 1 dell'art. 7 della L. 266/91, rubricato Convenzioni: "Lo stato, le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli altri enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nei registri di cui all'articolo 6 e che dimostrino attitudine e capacità operative".

4.

Si riporta, per comodità, l'art. 5 della L. 381/91, rubricato Convenzioni: "1. Gli enti pubblici, compresi quelli economici, e le società di capitali a partecipazione pubblica, anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della pubblica amministrazione, possono stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), ovvero con analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea, per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1. 2. Per la stipula delle convenzioni di cui al comma 1 le cooperative sociali debbono risultare iscritte all'albo regionale di cui all'articolo 9, comma 1. Gli analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità europea debbono essere in possesso di requisiti equivalenti a quelli richiesti per l'iscrizione a tale albo e risultare iscritti nelle liste regionali di cui al comma 3, ovvero dare dimostrazione con idonea documentazione del possesso dei requisiti stessi. 3. Le regioni rendono noti annualmente, attraverso la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee, i requisiti e le condizioni richiesti per la stipula delle convenzioni ai sensi del comma 1, nonché le liste regionali degli organismi che ne abbiano dimostrato il possesso alle competenti autorità regionali. 4. Per le forniture di beni o servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi, il cui importo stimato al netto dell'IVA sia pari o superiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, gli

di settore del 1991 e del 2000. Inoltre, la legittimità degli affidamenti di servizi compiuti ex L. 266/91 è stata confermata anche da recente giurisprudenza secondo cui, stante la vigente normativa, un affidamento di tal tipo non si presenta né illogico, né sproporzionato, né contrastante con i canoni dell'imparzialità e parità di trattamento evocati dall'art. 27 del D.Lgs. 163/06⁹. Semmai, la giurisprudenza ha meglio precisato i contorni della deroga affermando, ad esempio, che le stazioni appaltanti possono avvalersi della possibilità di affidamento in deroga alle regole solo nel caso in cui l'importo dell'affidamento sia inferiore alle soglie comunitarie¹⁰; che le disposizioni derogatorie sono applicabili solo se aventi a oggetto la fornitura di beni

e servizi e non già per l'affidamento di servizi pubblici locali¹¹; che nel caso di gare aperte ma riservate alla cooperative sociali, ai sensi dell'art. 5 della L. 381/91, il ricorso all'istituto dell'avvalimento è concesso ma esso è limitato ai requisiti di altre società di analoga natura, pena il travisamento delle finalità perseguite e la violazione della *par condicio* verso le altre imprese cooperative partecipanti¹²; che l'art. 5 della L. 381/91 prevede una mera facoltà di deroga all'evidenza pubblica, da parte dell'ente pubblico o società di capitali a partecipazione pubblica, rimessa alla volontà della stazione appaltante per cui la eventuale scelta di procedere con l'emanazione di un bando di gara non può certo essere ritenuta non legittima¹³.

La legittimità di questa tipologia di affidamenti è stata, molto recentemente, confermata anche dal Legislatore nell'art. 4 del DL 95/12 (cd. secondo decreto sulla *spending review*), convertito con modificazioni nella L. 07.08.12, n. 135. In tale articolo, contenente precetti normativi volti alla individuazione di modalità di riduzione della spesa sostenuta dallo Stato, si prevede ai commi 6, 7 e 8 che le pubbliche amministrazioni debbano:

La L. 381/91 prevede all'art. 5 che gli enti pubblici possano, anche in deroga alla normativa in materia di contratti pubblici, stipulare convenzioni con le cooperative che abbiano quale oggetto attività diverse da quelle socio-sanitarie

enti pubblici compresi quelli economici, nonché le società di capitali a partecipazione pubblica, nei bandi di gara di appalto e nei capitolati d'onere possono inserire, fra le condizioni di esecuzione, l'obbligo di eseguire il contratto con l'impiego delle persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1, e con l'adozione di specifici programmi di recupero e inserimento lavorativo. La verifica della capacità di adempiere agli obblighi suddetti, da condursi in base alla presente legge, non può intervenire nel corso delle procedure di gara e comunque prima dell'aggiudicazione dell'appalto".

5.

Si riporta, per comodità, l'art. 5 della L. 328/00 rubricato Ruolo del terzo settore: "1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea. 2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale. 3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona. 4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi".

- "a decorrere dal 1° gennaio 2013 ... acquisire a titolo oneroso servizi di qualsiasi tipo ... da enti di diritto privato ... esclusivamente in base a procedure previste dalla normativa nazionale e in conformità con la disciplina comunitaria ..." (c. 6);
- "a decorrere dal 1° gennaio 2014 ... acquisire sul mercato i beni e servizi strumentali alla propria attività mediante procedure concorrenziali previste dal citato decreto legislativo (nda: D.Lgs. 163/06) ..." (c. 7);
- "a decorrere dal 1° gennaio 2014 ... [compiere affidamenti diretti] solo a favore di società a capitale interamente pubblico ... a condizione che il valore economico del servizio o dei beni ... sia complessivamente inferiore a 200.000 euro annui ..." (c. 8).

Ebbene, in tutti e tre i commi citati, il Parlamento in sede di conversione del decreto ha previsto che dalla disciplina siano esclusi gli affidamenti che la pubblica amministrazione compia nei confronti di taluni soggetti tra i quali rientrano, sempre anche quelli in trattazione; sono cioè esclusi, per la parte qui di interesse, gli affidamenti diretti compiuti a favore di:

- enti e associazioni di promozione

sociale di cui alla legge n. 383/2000;

- enti di volontariato di cui alla legge n. 266/1991;
- cooperative sociali di cui alla legge n. 381/1991.

Quanto all'affidamento ai cd. laboratori protetti, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, stante l'estraneità rispetto al diritto nazionale della nozione di laboratori protetti e di programmi di lavoro protetti, è intervenuta in merito all'art. 52 del Codice precisando *ratio*, requisiti soggettivi e modalità concrete di realizzazione della innovativa disposizione. Quanto alla finalità perseguita, l'Autorità ha precisato che l'articolo

La L 328/00 all' articolo 5 prevede che gli enti pubblici possano stipulare convenzioni con i soggetti del terzo settore che svolgano attività inerenti i cd. servizi sociali comunque finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate

6.

Si riporta, per comodità, il considerando 28 della direttiva 2004/18/CE: "L'occupazione e le condizioni di lavoro sono elementi chiave per garantire pari opportunità a tutti i cittadini e contribuiscono all'integrazione nella società. In questo ambito i laboratori protetti ed i programmi di lavoro protetti contribuiscono efficacemente a promuovere l'integrazione o la reintegrazione dei disabili nel mercato del lavoro. Tuttavia, detti laboratori potrebbero non essere in grado di ottenere degli appalti in condizioni di concorrenza normali. Appare pertanto opportuno prevedere che gli Stati membri possano riservare la partecipazione alle procedure di aggiudicazione di appalti pubblici a tali laboratori o riservare l'esecuzione degli appalti nel contesto di programmi di lavoro protetti".

7.

Si riporta, per comodità, l'art. 52 del D.Lgs. 163/06, rubricato Appalti riservati: Fatte salve le norme vigenti sulle cooperative sociali e sulle imprese sociali, le stazioni appaltanti possono riservare la partecipazione alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, in relazione a singoli appalti, o in considerazione dell'oggetto di determinati appalti, a laboratori protetti nel rispetto della normativa vigente, o riservarne l'esecuzione nel contesto di programmi di lavoro protetti quando la maggioranza dei lavoratori interessati è composta di disabili i quali, in ragione della natura o della gravità del loro handicap, non possono esercitare un'attività professionale in condizioni normali. Il bando di gara menziona la presente disposizione.

8.

Si riporta, per comodità, l'art. 69 del D.Lgs. 163/06, rubricato Condizioni particolari di esecuzione del contratto prescritte nel bando o nell'invito: 1. Le stazioni appaltanti possono esigere condizioni particolari per l'esecuzione del contratto, purché siano compatibili con il diritto comunitario e, tra l'altro, con i principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, e purché siano precisate nel bando di gara, o nell'invito in caso di procedure senza bando, o nel capitolato d'oneri. 2. Dette condizioni possono attenersi,

52 costituisce una deroga alle normali regole in tema di concorrenza volta a favorire esigenze sociali; quanto ai requisiti soggettivi, l'Autorità ha riconosciuto quale laboratorio protetto il soggetto partecipante che: eserciti in via stabile e principale un'attività economica, preveda tra i propri fini sociali quello dell'inserimento nel mondo del lavoro delle persone disabili, sia costituito da una maggioranza di lavoratori disabili; quanto alle modalità concrete di realizzazione, l'Autorità ha stabilito che le stazioni appaltanti devono specificare nel bando le finalità sociali perseguite¹⁴.

L'art. 19 della direttiva 2004/18/CE indirizza gli Stati membri a riservare la partecipazione alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici a laboratori protetti o riservarne l'esecuzione nel contesto di programmi di lavoro protetti

2. La partecipazione a gare pubbliche da parte dei soggetti del terzo settore

La vigente e più volte citata normativa – comunitaria e nazionale – prevede espressamente le categorie di soggetti che possano partecipare alla gare pubbliche; in particolare, il D.Lgs. 163/06 vi dedica due articoli: l'art. 3 e l'art. 34. L'art. 3¹⁵ fornisce una definizione generica e che prescinde dall'individuazione delle caratteristiche previste nella legislazione nazionale in quanto definisce l'operatore economico come ogni persona fisica, giuridica o ente senza personalità giuridica che offra sul mercato prestazioni di lavori, forniture e servizi; l'art. 34¹⁶, invece, contiene una elencazione espressa che non solo non comprende in alcun modo diverse organizzazioni (tra cui i soggetti del terzo settore) ma che, inoltre, sembra non lasciare spazio a ulteriori indicazioni. Come si vede, il contrasto è netto e si è posto con immediatezza agli operatori del diritto. Circa la possibilità che l'elencazione del citato articolo non sia tassativa depone la novella apportata al D.Lgs. 163/06 dal terzo decreto correttivo del codice (D.Lgs. 152/08) secondo cui nel novero degli operatori economici

in particolare, a esigenze sociali o ambientali. 3. La stazione appaltante che prevede tali condizioni particolari può comunicarle all'Autorità, che si pronuncia entro trenta giorni sulla compatibilità con il diritto comunitario. Decorso tale termine, il bando può essere pubblicato e gli inviti possono essere spediti. 4. In sede di offerta gli operatori economici dichiarano di accettare le condizioni particolari, per l'ipotesi in cui risulteranno aggiudicatari.

9.

TAR Puglia, Bari, sez. I, 11 ottobre 2011, n. 1510.

10.

TAR Lazio, Roma, sez. III-quater, 9 dicembre 2008, n. 11093.

11.

Cons. St., sez. V, 11 maggio 2010, n. 2829.

12.

TAR Lazio, Roma, sez. II-bis, 15 giugno 2010, n. 17762.

13.

Cons. St., sez. V, 2 agosto 2010, n. 5100.

14.

AVCP, Determinazione 23 gennaio 2008, n. 2. L'Autorità tratteggia anche la differenza tra i laboratori protetti e le cooperative sociali di cui alla legge 381/91 le quali potranno accreditarsi quali laboratori protetti laddove possiedano i requisiti sopra indicati. Ugualmente per le associazioni di volontariato ex legge 266/91 che, potendo essere considerate imprese ai sensi delle disposizioni del Trattato europeo rela-

ex art. 34 è stata aggiunta la lettera F-bis, a tenore della quale possono essere ammessi a partecipare alle procedure di affidamento dei contratti pubblici anche "operatori economici, ai sensi dell'art. 3, comma 22, stabiliti in altri Stati membri costituiti conformemente alla legislazione vigente nei rispettivi Paesi". L'aggiunta di un comma così esplicito fa in sostanza venire meno il rilievo concreto della disputa circa la tassatività o meno delle ipotesi disciplinate nell'art. 34 e deve, ora, ritenersi che non vi siano soggetti che rimangano fuori dal novero da esso considerato.

Alla luce di quanto ora affermato potrebbe ritenersi non contestabile che anche i soggetti del terzo settore possano partecipare a gare pubbliche: in realtà, al riguardo, occorre compiere alcune considerazioni. Per ben comprendere il contrasto esistente e cercare di individuare una possibile soluzione occorre ricostruire gli interventi giurisprudenziali in materia degli ultimi anni.

Il primo elemento da considerare è evincibile dalla rilevante pronuncia con la quale la Corte di Giustizia europea ha ritenuto che possa essere qualificato come operatore economico anche chi non possieda le caratteristiche, tipiche delle imprese

for profit, contenute nell'art. 34: ciò che rileva, ad avviso del giudice europeo, è la possibilità di fornire prestazioni di servizi per il mercato. La sentenza è motivata sia dalla considerazione che l'ordinamento comunitario non richiede la finalità di lucro tra i caratteri che devono contraddistinguere l'operatore economico sia dalla considerazione che l'assenza di finalità di lucro di alcune organizzazioni e i connessi vantaggi da essi conseguiti non sono di per sé incompatibili con i principi del Trattato UE¹⁷. In sostanza, la giurisprudenza

Nell'art. 4 del DL 95/12 (cd. secondo decreto sulla spending review), convertito con modificazioni nella L. 07.08.12, n. 135 che contiene precetti normativi volti alla individuazione di modalità di riduzione della spesa sostenuta dallo Stato, viene consentito alle ONLUS e alle associazioni di volontariato di ricorrere a CONSIP

tive alla concorrenza secondo quanto statuito dalla Corte di Giustizia Europea (CGCE, 29 novembre 2007, C-119/06), potranno anche esse accreditarsi quali laboratori protetti laddove ne possiedano i requisiti identificativi.

15.

Si riportano, per comodità, i commi 19 e 22 dell'art. 3 del D.Lgs. 163/06 rubricato Definizioni: 19. I termini «imprenditore», «fornitore» e «prestatore di servizi» designano una persona fisica, o una persona giuridica, o un ente senza personalità giuridica, ivi compresi i gruppi europei di interesse economico (GEIE) costituito ai sensi del decreto legislativo 23 luglio 1991, n. 240, che offra sul mercato, rispettivamente, la realizzazione di lavori o opere, la fornitura di prodotti, la prestazione di servizi. 22. Il termine «operatore economico» comprende l'imprenditore, il fornitore e il prestatore di servizi o un raggruppamento o consorzio di essi.

16.

Si riporta, per comodità, la versione originaria del c. 1 dell'art. 34 del D.Lgs. 163/06 rubricato Soggetti a cui possono essere affidati i contratti pubblici: 1. Sono ammessi a partecipare alle procedure di affidamento dei contratti pubblici i seguenti soggetti, salvo i limiti espressamente indicati: a) gli imprenditori individuali, anche artigiani, le società commerciali, le società cooperative; b) i consorzi fra società cooperative di produzione e lavoro costituiti a norma della legge 25 giugno 1909, n. 422, e del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 14 dicembre 1947, n. 1577 e successive modificazioni, e i consorzi tra imprese artigiane di cui alla legge 8 agosto 1985, n. 443; c) i consorzi stabili, costituiti anche in forma di società consortili ai sensi dell'articolo 2615-ter del codice civile, tra imprenditori individuali, anche artigiani, società commerciali, società cooperative di produzione e lavoro, secondo le disposizioni di cui all'articolo 36; d) i raggruppamenti temporanei di concorrenti, costituiti dai soggetti di cui alle lettere a), b) e c), i quali, prima della presentazione dell'offerta, abbiano conferito mandato collettivo speciale con rappresentanza ad uno di essi, qualificato mandatario, il quale esprime l'offerta in nome e per conto proprio e dei mandanti; si applicano al riguardo le disposizioni dell'articolo 37; e) i consorzi ordinari di concorrenti di cui all'articolo 2602 del codice civile, costituiti tra i soggetti di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma, anche in forma di società ai sensi dell'articolo 2615-ter del codice

za comunitaria non pone limiti alla nozione di operatore economico. Ammette, dunque, alla partecipazione anche i soggetti del terzo settore sia perché tra i caratteri che devono contraddistinguere l'operatore economico non è prevista la finalità di lucro sia perché l'assenza di finalità di lucro di alcune organizzazioni e i connessi vantaggi da essi conseguiti non sono di per sé incompatibili con i principi del Trattato.

Quanto affermato dalla Corte di Giustizia non è condiviso dall'Autorità di Vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture la quale ha più volte ribadito il precedente indirizzo escludendo la possibilità per le associazioni di volontariato di partecipare a procedure di appalto; ciò in quanto la normativa nazionale in materia di volontariato presenta delle peculiarità marcate (la gratuità, *in primis*) che non consentono la partecipazione di queste associazioni alle gare pubbliche. L'Autorità ritiene, cioè, che l'orientamento (sopra riportato) espresso dalla Corte di Giustizia non costituisca un assioma di generale applicazione ma che debba essere circoscritto al caso concreto esaminato dal giudice europeo (in cui l'operatore era non già un'associazione di volontariato bensì un soggetto

dotato di personalità giuridica di diritto pubblico quale la Croce Rossa Italiana¹⁸) e correttamente interpretato (la questione verteva non sull'ammissibilità di partecipazione della Croce Rossa a una gara per l'affidamento di un servizio ma, al contrario, sull'ammissibilità di un affidamento diretto di attività di trasporto sanitario mediante un accordo quadro stipulato senza esperire le procedura a evidenza pubblica). In sostanza, a detta dell'Autorità, la sentenza della Corte di Giustizia non sarebbe applicabile al fine di consentire ai soggetti del terzo settore di partecipare a gare pubbliche sia perché diretta a escludere la possibilità di affidamenti diretti e non a consentire la possibilità di partecipare a gare, sia perché nell'ordinamento nazionale italiano la legislazione in materia di terzo settore prevede elementi di contrasto a che questi soggetti partecipino a gare pubbliche¹⁹. Anche in altri pareri emerge che, ad avviso dell'Autorità, se è vero che la legge non vieta in assoluto ai soggetti del terzo settore di espletare attività commerciali è pur vero che esse debbano essere marginali in quanto il D.M. 25 maggio 1995 (recante *Criteri per l'individuazione delle attività commerciali e produttive marginali svolte dalle*

17.

civile; si applicano al riguardo le disposizioni dell'articolo 37; f) i soggetti che abbiano stipulato il contratto di gruppo europeo di interesse economico (GEIE) ai sensi del decreto legislativo 23 luglio 1991, n. 240; si applicano al riguardo le disposizioni dell'articolo 37.

CGCE 29 novembre 2007, C-119/06. Nella specie, la commissione europea aveva presentato ricorso avverso l'operato della Regione Toscana e delle Unità sanitarie locali, nonché delle Aziende ospedaliere di tale regione per aver concluso taluni accordi con la Confederazione delle Misericordie d'Italia, con l'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze e con la Croce Rossa Italiana, in quanto rappresentanti di diverse associazioni di volontariato ai fini dell'affidamento di servizi di trasporto sanitario; la Corte di giustizia Europea, pur rigettando (per carenza della dimostrazione che l'importo del contratto fosse superiore al quantum minimo previsto dall'allora vigente art. 7, n. 1, della direttiva 92/50) il ricorso presentato dalla Commissione, ha fornito dei rilevanti principi di diritto: innanzitutto, ha precisato che "senza negare l'importanza sociale delle attività di volontariato, si deve necessariamente constatare che tale argomento non può essere accolto. Infatti, l'assenza di fini di lucro non esclude che siffatte associazioni esercitino un'attività economica e costituiscano imprese ai sensi delle disposizioni del Trattato relative alla concorrenza ..."; poi ha segnalato che "... secondo la giurisprudenza della Corte, entità come le organizzazioni sanitarie che garantiscono la fornitura di servizi di trasporto d'urgenza e di trasporto di malati devono essere qualificate imprese ai sensi delle norme di concorrenza previste dal Trattato ..."; quindi ha concluso affermando che "... le associazioni interessate possono esercitare un'attività economica in concorrenza con altri operatori ..." e che, pertanto, "... la circostanza che, a seguito del fatto che i loro collaboratori agiscono a titolo volontario, tali associazioni possano presentare offerte a prezzi notevolmente inferiori a quelli di altri offerenti non impedisce loro di partecipare alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici previste dalla direttiva 92/50 ...". In senso analogo, quanto alla giurisprudenza nazionale, vedi TAR Piemonte, sez. I, 9 aprile 2009, n. 985, secondo cui l'affidamento diretto a un'associazione di volontariato del servizio di trasporto di pazienti dell'ASL sia in contrasto con i principi comunitari; ciò in quanto le organizzazioni che garantiscono tali servizi devono essere qualificate come imprese ai sensi delle norme sulla concorrenza presenti nel

organizzazioni di volontariato) precisa espressamente che per attività marginali devono essere intese quelle attività che siano svolte "senza l'impiego di mezzi organizzati professionalmente per fini di concorrenzialità sul mercato, quali l'uso di pubblicità dei prodotti, di insegne elettriche, di locali attrezzati secondo gli usi dei corrispondenti esercizi commerciali, di marchi di distinzione dell'impresa"; inoltre, il D.P.C.M. 30 marzo 2001 (deputato a precisare il ruolo del terzo settore nella programmazione e gestione dei servizi alla persona) consente che le organizzazioni di volontariato vengano coinvolte "nei servizi e nelle prestazioni anche di carattere promozionale complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa" ma precisa espressamente che il requisito della professionalità, assente per natura nelle associazioni di volontariato, resta indispensabile ogni volta che debbano essere garantiti servizi la cui complessità ne escluda il carattere di complementarietà nel contesto dell'organizzazione dell'erogazione del servizio stesso. Nello stesso senso convergono anche talune sentenze di primo grado della giurisprudenza amministrativa antecedenti alle sentenze della Corte europea sopra citate²⁰.

La prevalente interpretazione giurisprudenziale nazionale sostiene, ora, un diverso orientamento secondo cui, in ossequio ai principi espressi dal giudice europeo e in considerazione della differenza esistente tra assenza di lucro ed erogazione gratuita di beni e servizi²¹, deve ritenersi che l'esclusione da una gara d'appalto di un soggetto che sia Cooperativa sociale e ONLUS senza fine di lucro non ha alcun fondamento testuale, dato che: la normativa nazionale non ha mai richiesto tra i requisiti di partecipazione alle procedure concorsuali la qualità di impresa commerciale né il fine di lucro; l'introduzione di norme di favore nei confronti di tali soggetti non dà luogo ad alcuna diminuzione della loro capacità giuridica con riferimento alla partecipazione alle gare; l'art. 1, c. 8, della Direttiva 18/2004/CE (recepito integralmente sul punto dall'art. 3, c. 19, del D.Lgs. 163/2006) precisa che la locuzione "prestatore di servizi" designa "una persona fisica o giuridica ... che offra sul mercato, rispettivamente, la realizzazione di ... servizi". La direttiva europea, in definitiva, pone come condizione preliminare essenziale per poter contrattare con le stazioni appaltanti l'essere già presente sul mercato, senza alcuna limitazione

Trattato europeo (la sentenza precisa, inoltre, come l'assunto non sia smentito dal lavoro volontario svolto dai collaboratori di dette associazioni in quanto ciò che è significativo è se un quantum superiore al mero rimborso spese sia comunque previsto nell'accordo a favore dell'associazione, a prescindere da quanto questa poi versi ai propri collaboratori).

18.

Si rammenta, infatti, che l'Associazione italiana della Croce Rossa non può essere ricompresa nelle organizzazioni di volontariato quali identificate dall'art. 3 della L. 266/91 in quanto alla CRI deve riconoscersi personalità giuridica di diritto pubblico come confermato non solo dalla Legge istitutiva (DPR 31.07.80, n. 613) ma anche dalla sottoposizione della stessa al controllo sulla gestione finanziaria esercitato dalla Corte dei Conti. L'esclusione della Croce Rossa dal novero dei soggetti del terzo settore e da quelli che possono partecipare a gara pubblica è stata di recente confermata anche dalla giurisprudenza nazionale: vedi, al riguardo, Cons. St., V, 30 settembre 2009, n. 5891 e TAR Lazio, Roma, sez. I-ter, 1 gennaio 2010, n. 32649. Contra, TAR Piemonte, sez. I, ord. 26 marzo 2010, n. 212.

19.

AVCP, parere, 26 febbraio 2009, n. 26. L'orientamento era già stato espresso in un altro parere in cui l'Autorità aveva avuto modo di precisare che sia da considerare illegittima la partecipazione a gare per l'affidamento di appalti pubblici delle associazioni di volontariato di cui alla L. 266/91 in quanto l'espletamento di una procedura di selezione del contraente, fondata sulla comparazione delle offerte con criteri concorrenziali di convenienza tecnica-economica, risulta essere inconciliabile con il riconoscimento alle associazioni di volontariato, ex art. 5 della citata Legge, della possibilità di usufruire di proventi esclusivamente da rimborsi derivanti da convenzioni che prescindono dalle regole di concorrenza (AVCP, parere, 17 gennaio 2009, n. 131). Peraltro, è stato efficacemente notato che "... il potenziale rischio di accentuare effetti distorsivi della concorrenza si pone sotto due versanti, uno ... interno ... uno ... esterno ... Dal primo punto di vista esiste, infatti, l'eventualità che all'interno del settore del non profit si creino disparità di trattamento tra enti che possono accedere a determinati contributi o sgravi fiscali e soggetti che ne sono esclusi ... Da un secondo punto di vista ... l'eventualità di effetti distorsivi si realizza all'e-

alla configurazione giuridica. Del resto si tratta di principi da tempo consolidati nella giurisprudenza comunitaria, per la quale la nozione di impresa ricomprende "qualsiasi entità che esercita un'attività economica, a prescindere dal proprio status giuridico e dalle sue modalità di finanziamento" mentre un'attività economica è costituita da qualsiasi attività consistente nell'offrire beni o servizi su un determinato mercato, contro retribuzione e con assunzione dei rischi finanziari connessi, anche se non viene perseguito uno scopo di lucro. Ciò è valido per le cooperative sociali, ma anche per le associazioni di volontariato posto che la spontaneità e la gratuità richieste dall'art. 2 della legge n. 266 del 1991 non riguardano l'organizzazione di volontariato, bensì la prestazione del volontario, che può prestare la propria opera disinteressata e gratuita a fianco di lavoratori dipendenti e di liberi professionisti²². Sarà poi, semmai, la selettività dei criteri previsti nel bando (richiesta di iscrizione ad Albi o Camere di Commercio, possesso di requisiti organizzativi o strutturali, etc.) a scremare gli effettivi partecipanti alla gara. Anche il Consiglio di Stato ha avuto modo di ribadire che le disposizioni

vigenti devono essere interpretate nel senso di consentire la partecipazione a un appalto pubblico di servizi anche a soggetti che non perseguono scopi di lucro, non dispongono della struttura organizzativa di un'impresa, non assicurano la presenza regolare sul mercato; pertanto, se l'assenza di fini di lucro non può considerarsi ostativa alla partecipazione non esistono ragioni per escludere da una gara pubblica per l'affidamento di servizi le associazioni di volontariato²³. Di analogo avviso anche l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato che, in una segnalazione al Parlamento e al Governo²⁴ ha evidenziato la possibile contrarietà alla vigente normativa nazionale e comunitaria della Legge Regionale dell'Emilia Romagna n. 21 del 2009 nella parte in cui consente alle associazioni di volontariato di rivolgersi alla centrale regionale per gli acquisti (cd. Intercenter) per usufruire dei servizi dalla stessa forniti e, quindi, di beneficiare di prezzi di acquisto di beni e servizi più vantaggiosi; ciò risulterebbe in contrasto con i principi concorrenziali di non discriminazione e parità di trattamento, atteso che l'accesso a tale canale di approvvigionamento privilegiato è precluso agli altri soggetti operanti sul mercato.

sterno tra enti non profit e for profit ...": MUSSELLI L., *Applicabilità dei principi concorrenziali e regime di convenzionamento tra pubblica amministrazione ed enti non profit: il caso dell'affidamento del servizio di trasporto malati da parte di una azienda ospedaliera*, in *Foro amministrativo*: TAR, 2003, p. 88, nota 10.

20.

TAR Lombardia, Milano, sez. III, 14 marzo 2003, n. 459; TAR Veneto, sez. I, 3 marzo 2004, n. 481; TAR Piemonte, sez. II, 18 aprile 2005, n. 1043; TAR Campania, sez. I, 2 aprile 2007, n. 3021.

21.

Circa la differenza tra assenza di fine di lucro e erogazione di attività gratuita, vedi Cass. Civ., sez. III, 19 giugno 2008, n. 16612 secondo cui ... la nozione di imprenditore, ai sensi dell'art. 2082 c.c., va intesa in senso oggettivo, dovendosi riconoscere il carattere imprenditoriale all'attività economica organizzata che sia ricollegabile ad un dato obiettivo inerente all'attitudine a conseguire la remunerazione dei fattori produttivi, rimanendo giuridicamente irrilevante lo scopo di lucro, che riguarda il movente soggettivo che induce lo imprenditore ad esercitare la sua attività con organizzazione degli elementi personali e materiali necessari per il funzionamento del servizio, e dovendo essere, invece, escluso il suddetto carattere imprenditoriale dell'attività nel caso in cui essa sia svolta in modo del tutto gratuito, dato che non può essere considerata imprenditoriale l'erogazione gratuita dei beni o servizi prodotti. Dall'altro, ai fini della qualificazione dell'industrialità dell'attività (art. 2195 c.c., comma 1), questa stessa Corte ha affermato che per integrare il fine di lucro è sufficiente l'idoneità, almeno tendenziale, dei ricavi a perseguire il pareggio di bilancio, nè ad escludere tale finalità è sufficiente la qualità di congregazione religiosa dell'ente ...".

22.

Tra le molte pronunce che, dopo la sentenza della Corte Europea del 2007 hanno sostenuto questa tesi vedi, ad esempio, TAR Emilia Romagna, sez. I, 26 aprile 2010, n. 3831 (in tema di cooperative sociali).

3. Conclusioni

Il rilievo formulato dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato riportato nel precedente paragrafo è particolarmente attuale in quanto la previsione normativa stigmatizzata in esso e contenuta in una LR è stata ora fatta propria anche dal Legislatore nazionale che nell'art. 7, c. 3, del D. L. n. 52 del 07.05.12, n. 52 (recante *Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica*, ma meglio conosciuto come primo decreto sulla Spending review e convertito in L. 06.07.12, n. 94) ha disposto che "Le organizzazioni non lucrative di utilità sociale di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, nonché le organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, iscritte nei registri istituiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano possono ricorrere per l'acquisto di beni e di servizi alle convenzioni stipulate dalla società Consip S.p.a. ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e successive modificazioni, nonché al mercato elettronico della pubblica amministrazione, previsto dall'articolo 328 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207, nel rispetto dei principi di tutela della concorrenza". Dunque, anche la normativa nazionale consente alle ONLUS e alle associazioni di volontariato di ricorrere a CONSIP. Ciò premesso, se da un punto di vista giu-

ridico non vi sono dubbi circa la prevalenza delle sentenze giurisdizionali – comunitarie e nazionali – rispetto ai pareri resi dall'AVCP²⁵, e, dunque, dovrebbe ritenersi legittimo consentire la partecipazione a gare pubbliche ai soggetti del terzo settore, il suggerimento che si può rivolgere alle stazioni appaltanti è quello di prestare attenzione ai requisiti da inserire nel bando. Consentire, infatti, la partecipazione di soggetti del terzo settore che abbiano (o possano) usufruire di benefici particolari rispetto agli operatori economici privati potrebbe costituire un atto lesivo della *par condicio*.

Cosa fare, dunque? Prevedere l'esclusione dalla gara dei soggetti del terzo settore e rischiare un possibile ricorso di questi oppure consentire a essi la partecipazione e rischiare un ricorso da parte degli operatori privati? Non è possibile rispondere al quesito in modo generale (e generico) ma occorre valutare caso per caso le dinamiche concrete: la tipologia della stazione appaltante; l'oggetto del bando di gara; l'importo del contratto e altri aspetti concretamente rilevanti. L'unica affermazione certa è quella che i possibili partecipanti alla procedura di gara devono trovarsi tutti in condizioni di parità e che, pertanto, occorre nella definizione del bando di gara individuare strumenti atti a consentire il rispetto del principio di concorrenzialità.

23.

Cons. St., sez. V, 26 agosto 2010, n. 5956.

24.

AGCM, 14 luglio 2010, AS733.

25.

Per una proposta di soluzione del contrasto, vedi De Angelis P, *I sistemi di affidamento dei servizi*, in Bottari C. (a cura di) *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, in corso di pubblicazione per la Casa Editrice Giappichelli.

L'obbligo di rinegoziare gli importi nei contratti in essere di appalti di servizi e forniture

Dr.ssa Maria Lucia Orlandini
ESTAV SudEst
Dipartimento DAFS

Sia la recente pubblicazione dell'AVCP sui prezzi di riferimento in ambito sanitario che il D.L.95/2012 impongono l'obbligo di rinegoziare gli importi e le connesse prestazioni relative ai contratti in essere di appalto di servizi e forniture.

La prima attuazione delle citate disposizioni impone alcune riflessioni sugli effetti che tali misure producono in particolare sulla acquisizione di servizi.

In questa prima fase nella quale sono state predisposte richieste di sconti alle ditte aggiudicatarie degli appalti di servizi economicamente più significativi presso questa Area Vasta, si è preso atto che le risposte motivate pervenute non rispondono alle aspettative di contenimento della spesa. Da quanto detto è scaturita la necessità di approntare strategie operative diverse che possano, vista la peculiarità della spesa collegata allo svolgimento dei servizi, individuare e perseguire la spending review.

Vogliamo premettere che le ditte aggiudicatarie sia nelle motivazioni di risposta alle nostre richieste mirate alla riduzione dei costi del servizio offerto, sia nell'ambito di riunioni propedeutiche alla conoscenza del mercato di riferimento del nostro settore o di riunioni convocate al fine di coadiuvare le nostre Aziende clienti nell'ambito della gestione contrattuale, sostengono che, a parità di servizio offerto, i margini di contenimento della spesa non possono gravare sull'utile di impresa oltre un certo limite che, per altro, sostengono, già raggiunto.

Detto questo reputiamo, conseguentemente, che negli appalti di servizi i margini di contenimento della spesa possano essere individuati nei seguenti ambiti:

- 1) Ottimizzazione del servizio svolto mediante contenimento della richiesta delle AS ai fornitori. Il contenimento della richiesta può essere individuato più facilmente approntando un dialogo aperto e mirato con i fornitori i quali devono essere motivati nella ricerca delle ottimizzazioni dal fatto stesso che il contenimento della spesa determinato da un contenimento del servizio se pur può vedere una riduzione delle loro entrate sicuramente vede anche una riduzione dei loro costi e, in alcuni casi, potrebbe anche determinare un aumento dei loro utili. Tale ambito di strategia volta alla ricerca del contenimento della spesa scaturisce dalla consapevolezza che le ditte aggiudicatarie degli appalti dei servizi diventano partnership in una cooperazione necessaria per il raggiungimento e successivo mantenimento della qualità del servizio e della conseguente soddisfazione non solo delle parti contrattuali (AA.SS e ditte aggiudicatarie) ma anche, e soprattutto, del cliente finale del SSN.
- 2) Educazione al giusto utilizzo delle risorse messe a disposizione del servizio pubblico a tutti i livelli di interazione e quindi sia da parte dell'utilizzatore finale sia, e soprattutto, da parte del dipendente pubblico, in qual-

siasi settore e livello esso operi.

Il nostro apporto tecnico/professionale al raggiungimento del risultato è chiaramente individuabile nell'ambito indicato al precedente punto 1.

Vogliamo ad ogni buon fine identificare in concreto, chiaramente esemplificando e semplificando, che cosa intendiamo per contenimento della richiesta che può determinare il contenimento dei costi.

Primo esempio, "contratto di lavanolo":

- divise operatori sanitari: gestione a taglia e non già a taglia personalizzata, utilizzo di un tessuto misto cotone, minore tipologie di divise, maggiore responsabilizzazione dell'utilizzatore delle divise tramite automatismi di controllo – vedi utilizzo di armadi distributori accessibili tramite cip -;
- divise personale front office ospedaliero: valutare la possibilità di sostituire le stesse, se reputato necessario, con pettorine o cartellini di identificazione particolarmente evidenti per colore o dimensione...
- biancheria piana: utilizzo di lenzuoli monouso per il pronto soccorso;
- materassi: prevedere protocolli per sanificazione materassi che non permettano richieste di sanificazione non giustificate da un punto di vista sanitario;

Secondo esempio, "contratto di ristorazione":

- riduzione numero pasti: individuare un protocollo sugli accessi ai servizi mensa e/o ticket restaurant ed il con-

seguente sistema di controllo;

- limitare il costo del pranzo dipendente : ridurre le possibilità di scelta fra i piatti offerti (due scelte max) o prevedere piatti unici, eliminare la possibilità di scelta bevande prevedendo la messa a disposizione di brick vino solo a pagamento diretto del dipendente;

Terzo esempio "pulizie":

- ridurre gli interventi previsti aumentare i controlli sul corretto svolgimento del servizio.

Fatte queste esemplificazioni si precisa che il contenimento della spesa è individuabile a seguito di tavoli di lavoro che vedano sedute non parti contrapposte ma forze e professionalità distinte ed unite nella ricerca di un obiettivo condiviso come lo spending review, consapevoli che il contenimento della spesa pubblica è ricercato al fine di salvaguardare l'economia nazionale e conseguentemente l'economia anche degli operatori economici privati e quindi delle ditte aggiudicatarie. La funzione di Estav risulta a questo punto focale in questo processo di condivisione di intenti e riduzione dei costi e stimola gli operatori istituzionalmente coinvolti nell'individuazioni delle offerte economicamente più vantaggiose a cimentarsi nel raggiungimento di economie tecnicamente e qualitativamente sostenibili anche in fase di gestione contrattuale permettendo, nel contempo, di acquisire nozioni fondamentali per i futuri capitolati che risultino in linea con la necessità di contenimento della spesa.

La gestione informatizzata dei contratti unici dei farmaci per le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna e per l'IRST*

Giglia Bitassi

Direttore UO Acquisti Aziendali e
Coordinamento
di Area Vasta Romagna

Stefania Venturi

Responsabile
dell'ufficio contratti di AVR

Le Aziende USL della Romagna (Cesena, Ravenna, Rimini e Forlì) hanno adottato, già a partire dall'anno 2002 ed in stretto raccordo con gli indirizzi regionali, scelte strategiche orientate alla realizzazione - sulla base di una pianificazione a lungo termine - di progetti di miglioramento organizzativo, tesi alla concentrazione ed alla razionalizzazione - in un ambito sovra aziendale di Area Vasta - non solo dei processi clinici, ma anche dei processi legati alle funzioni di supporto: proprio su questi ultimi si è focalizzata l'attenzione delle Direzioni Generali, che hanno assunto un fronte univoco e fortemente coordinato, orientato a dare impulso immediato alla progettazione di forme di aggregazione sostanziali, partendo dal processo di approvvigionamento in tutte le sue fasi: pianificazione, acquisto, stoccaggio e distribuzione.

Risale infatti all'anno 2002 la decisione con cui a livello di governo politico (Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria) è nata, in embrione, la scelta strategica di istituire un servizio farmaceutico unico della Romagna, nel quale era prevista la realizzazione di una Farmacia centralizzata per favorire il coordinamento del supporto sanitario farmaceutico delle quattro Aziende dell'Area Vasta Romagna, nonché l'istituzione di un magazzino centralizzato di stoccaggio dei prodotti sia farmaceutici, che economici, quest'ultimi intesi nel senso più lato della termine e quindi comprensivi anche dei dispositivi medici.

Il progetto di riorganizzazione del servizio logistico di AVR- di cui il magazzino unico è una componente- nasce con l'obiettivo espresso di coniugare efficienza ed economia produttiva da un lato, con la qualificazione di alcuni servizi di supporto all'attività assistenziale dall'altro; l'approccio innovativo che ne è derivato, nel campo della logistica "tout court", ha guidato le Aziende Sanitarie della Romagna a definire progetti di avanguardia per la concentrazione e l'integrazione strutturale dei servizi, finalizzati al superamento di logiche settoriali e di parcellizzazione sul territorio, con risultati attesi in termini di sviluppo, nel breve-medio periodo, di competenze specialistiche di alto livello. Il primo passo verso la realizzazione del progetto è stato rappresentato dall'istituzione, fin dall'anno 2006, di una funzione di coordinamento per le attività di approvvigionamento, che ha portato ad un graduale accentramento degli acquisti, in tutte le sue fasi, a partire da quelle di programmazione e di espletamento delle procedure di gara, sino alla fase conclusiva di stipulazione di un contratto unico valido per tutte le Aziende USL dell'AVR, sottoscritto dal Coordinatore degli acquisti su delega delle Direzioni Generali. Le Aziende USL di AVR hanno quindi unanimemente stabilito, con decisioni condivise dal livello politico di riferimento, di ricercare una piattaforma logistica in cui allocare le funzioni accentrate nel campo della logistica, scegliendo una struttura che, per l'adiacenza al Laboratorio Unico

*IRST:

Istituto Scientifico
Romagnolo per lo Studio
e la Cura dei Tumori
(I.R.S.T.) S.r.l.

47014 Meldola (FC)
Via Piero Maroncelli, 40

della Romagna, potesse usufruire di tutti i vantaggi connessi ad una posizione geografica favorevole e strategica: questa struttura è stata individuata presso la Località di Pievesestina di Cesena, in un luogo che, dal punto di vista della viabilità, non solo è in una posizione di centralità rispetto al bacino territoriale della Aziende Usl della Romagna, ma risulta anche di facile accesso per collegamenti della rete stradale in cui è inserito, con evidenti ricadute positive anche in termini di governo dei costi di trasporto, componente quest'ultima di non scarso rilievo nel campo della logistica.

Nell'edificio individuato come sede del Magazzino Unico, la prima funzione trasferita, già nell'aprile del 2010, è stata quella del Coordinamento degli acquisti di AVR, che fa capo al Direttore dell'U.O. Acquisti dell'Azienda USL di Cesena.

È in questo contesto di riferimento che, nel corso del 2010, come primo passo propedeutico e preparatorio alla concentrazione nel Magazzino Unico di AVR dei prodotti farmaceutici ed economici - magazzino che all'epoca era ancora in fase di allestimento dal punto di vista dell'approntamento dei locali - si è dato corso ad un'attività di forte aggregazione dei contratti dei farmaci in AVR.

Sotto la Direzione dell'U.O. Acquisti Aziendali e Coordinamento di area Vasta Romagna si è infatti attivata la funzione preposta alla gestione tecnico-informatica della gestione dei contratti dei farmaci di Area Vasta Romagna (di seguito nominata

Ufficio Contratti). Tale funzione assicura il collegamento tra la parte giuridico-amministrativa e contrattuale dell'u.o. acquisti e la parte operativa-gestionale del magazzino.

L'esistenza di contratti unici per i medicinali acquistati dalle aziende di Area Vasta Romagna e l'esigenza di trovare delle sinergie per ottimizzare i processi di gestione unificando le funzioni, ha portato ad organizzare una gestione unitaria delle variazioni contrattuali, superando quindi tutte le singole attività aziendali sia di natura amministrativa e contrattuale che di farmacia per la specifica attività di applicazione operativa dei contratti.

A tal fine i Direttori di Farmacia e delle U.U.O.O. Acquisti delle quattro Ausl di AVR hanno sottoscritto un protocollo operativo per la gestione unitaria evidenziando regole comuni di interpretazione delle clausole contrattuali e di applicazione coerente delle medesime in area vasta. Una intensa collaborazione per raggiungere la definizione e la condivisione del protocollo operativo è stata perseguita e assicurata dalla UO Acquisti e Logistica della Ausl di Ravenna.

In coerenza col protocollo operativo sono stati identificati tre ruoli professionali con competenze diverse che collaborano quotidianamente per una corretta gestione delle variazioni contrattuali:

1. RUA (referente unico amministrativo) responsabile del procedimento di gara, posizione assicurata dalla UO Acquisti e Logistica di Ravenna;

2. RUF (referente unico farmacista) referente tra i farmacisti delle aziende di avr, posizione assicurata da un Farmacista della farmacia unica centralizzata;
3. RUI (referente unico informatico gestionale) responsabile ufficio contratti, posizione assicurata dalla UO Acquisti e Coordinamento di AVR collocata a Cesena.

I farmaci aggiudicati ed i relativi contratti sono quotidianamente aggiornati ed i dati "correnti" vengono costantemente trasferiti in automatico al sistema informatico di gestione degli ordini di acquisto.

Attualmente questa nuova gestione - che ha dato origine all'"Ufficio Contratti" - gestisce tutti i contratti unici dei medicinali di Area Vasta Romagna, sia quelli frutto di aggiudicazione di Intercent-ER, sia quelli aggiudicati dall'Ausl di Ravenna in qualità di capofila tra le Aziende UsI di Area Vasta Romagna : **n. 330 contratti unici ad oggi per un totale di n. 1.589 farmaci**. I volumi economici annui medi di acquisto dei farmaci ospedalieri nell'intera Area vasta Romagna e per l'IRTS sono di **oltre 74 milioni di €**. La ricontrattazione centralizzata consente, oltre al risparmio di almeno 4 risorse di personale dedicato, un risultato medio di risparmio nell'acquisto del 2% annuo, variabile in base ai diversi eventi (es n. di generici introdotti in sostituzione di brevetti scaduti, provvedimenti AIFA ecc).

La gestione quotidiana informatizzata di tutti gli eventi, oltre ai prezzi i cambi fornitore, dosaggi ecc consente al Magazzino Unico di Area Vasta Romagna di ricevere informaticamente i dati già utilizzabili nel gestionale degli ordini di magazzino, aggiornati quotidianamente, necessari per emettere ordini di acquisto corretti e completi ai fornitori.

Inoltre l'Ufficio Contratti collabora con l'Ufficio Contabilità del Magazzino Unico di Area Vasta nell'attività di verifica sulla "non quadratura" delle fatture. In particolare in caso di disallineamento di prezzo tra importo ordinato e importo fatturato, l'Ufficio Contabilità del Magazzino Unico di AVR inoltra la richiesta di controllo sulla corretta applicazione dei prezzi di gara prima di interrompere il processo di liquidazione e attende un parere dal settore preposto (Ufficio Contratti) prima di procedere a contestare le fatture al fornitore, specificando al fornitore stesso che tutte le eventuali ulteriori motivazioni o chiarimenti devono essere rivolte all'Ufficio Contratti.

Si garantisce pertanto:

1. la gestione delle quadrature delle fatture con adeguate motivazioni
2. il processo di una corretta liquidazione
3. l'eventuale rettifica dei prezzi annullando le squadrature con conseguenze rilevanti nella gestione in commerciale dei farmaci e nella definizione dei "prezzi di vendita dei prodotti a magazzino di AVR".

La soluzione applicativa prevede anche il caricamento dei consumi effettivi delle quattro aziende e fornisce alle farmacie di Area Vasta Romagna un'interfaccia per principio attivo con l'importo consumato, proposto quale presunto quantitativo per le successive procedure di gara che i colleghi farmacisti dovranno confermare o variare in coerenza con le effettive presunte necessità aziendali.

L'unione delle diverse valutazioni aziendali, diviso per prodotto aggiudicato e raggruppato per principio attivo, determina il valore presunto complessivo per Area Vasta Romagna utile per la definizione dell'importo presunto da bandire nelle successive procedure di gara.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) nella prospettiva federale di tutela della salute

Una trattazione di quelli che sono “*I livelli essenziali di assistenza nella prospettiva federale di tutela della salute*”, tocca da vicino la concreta implementazione di diritti fondamentali che trovano cittadinanza nella nostra Carta costituzionale. Nell’evocare le garanzie costituzionali, non posso prescindere dall’articolo 32 della Carta, che investe direttamente il riconoscimento dell’assistenza sanitaria gratuita a tutte le fasce meno protette, e dall’articolo 117, comma 2, lett. m), concernente la garanzia delle prestazioni essenziali concernenti i diritti civili e sociali, tra i quali rientra, a giusto titolo, il diritto a vedersi riconoscere livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario.

Ebbene, il problema, oggi, è proprio quello di coordinare i principi mutuati dalla Costituzione con la nuova architettura dello Stato che si viene a delineare, soprattutto a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, del recente varo della legge delega n. 42/2009, in tema di federalismo fiscale, unanimemente considerata un completamento del d.lgs. n. 56/2000, concernente il federalismo sanitario e, infine, delle novità introdotte di recente nella Carta costituzionale dalla legge costituzionale n. 1/2012. Questi stravolgimenti “geo-giuridici” hanno, gioco forza, cambiato la prospettiva di tutela della salute e, per conseguenza, le modalità di individuazione ed erogazione dei LEA. In particolare, pare opportuno segnala-

re che tra i principi regolatori introdotti dalla legge n. 42/2009, in disparte quelli relativi alla maggiore autonomia di entrata e di spesa - che comporta una maggiore responsabilizzazione amministrativa, finanziaria e gestionale con conseguente irrobustimento dei meccanismi premiali, in caso di gestione virtuosa, e sanzionatori, in caso di disfunzioni del sistema organizzativo - la legge quadro del 2009 ha stabilito che la determinazione del cosiddetto “costo standard” debba aver luogo secondo dei parametri di efficienza ed efficacia.

Proprio tale ultimo aspetto svela la volontà del Legislatore di eliminare gli sprechi, le cosiddette diseconomie di gestione, assumendo per “costi standard” i costi di produzione in condizione di proporzionalità ed adeguatezza. Il nocciolo della questione è proprio questo: come fare a rilevare esattamente i “costi standard”? Cos’è realmente il “costo standard”? Il problema è di vecchia data e fu affrontato, una prima volta, all’indomani del varo del d.lgs. n. 56/2000 che, come ricordato, introdusse il cosiddetto “federalismo sanitario”, del quale quello fiscale ne costituisce *genus*. Infatti, già il d.m. del 12 dicembre 2001 elencava degli indicatori rilevanti per la valutazione dell’assistenza sanitaria che doveva essere essenzialmente indirizzata a realizzare gli obiettivi di tutela della salute fissati dal SSN. Com’è ovvio che sia, la valutazione dell’assistenza sanitaria erogata costituisce un aspetto

Gerardo Guzzo

Professore di Organizzazione delle Public Utilities
Università degli Studi della Calabria
Partner studio legale internazionale
Gerardo Guzzo & Associates

particolarmente spinoso, dal momento che la misurabilità dei risultati di salute e lo stesso impatto sulla popolazione degli interventi sanitari rappresenta un momento ineludibile nella programmazione sanitaria nazionale e regionale e, allo stesso tempo, condizione essenziale per garantire l'osservanza dei parametri di efficienza e di efficacia richiesti, anche recentemente, dal Legislatore del 2009. Il problema del "costo standard", dunque, è una sorta di *vexata quaestio* che, in quanto mai risolta, finisce per condizionare pesantemente la stessa determinazione dei LEA.

Del resto, se ogni livello essenziale racchiude un numero diverso di prestazioni che variano da zona a zona per costi e contenuti, risulta abbastanza complica-

to stabilire cosa sia realmente un "costo standard" unitario e soprattutto determinarlo mediante la sommatoria dei costi delle singole prestazioni. Una soluzione del genere sarebbe possibile se si obliterasse il dato delle diverse condizioni strutturali nelle quali vengono erogati i servizi: autonomia dei sanitari nello svolgimento delle rispettive attività, l'oggettivo diverso grado di efficienza organizzativa e gestionale delle Regioni e, soprattutto, la circostanza che i LEA sono composti da diverse prestazioni, sicché il costo complessivo finisce per discendere non tanto dalla sommatoria delle prestazioni quanto, piuttosto, dal modo in cui queste vengono combinate. Appare evidente, finanche scontato, che determinare il "costo standard" secondo criteri di efficienza ed efficacia implichi la creazione di meccanismi informativi particolarmente affidabili; capaci, cioè, di fornire alle Regioni e poi allo Stato dei dati di spesa attendibili. Soltanto attraverso un adeguato sistema informativo è possibile monitorare la reale entità delle prestazioni che compongono i livelli essenziali e definirne i relativi costi.

Tuttavia, non può non osservarsi come la definizione dei LEA possa essere considerata a "geometria variabile" in ragione del fatto che il carattere essenziale delle prestazioni risulta irrimediabilmente condizionato dalle risorse disponibili di volta in volta. In altri termini, ciò che appare sostenibile oggi potrebbe non esserlo domani. Il dinamismo a ritroso della soglia di essenzialità delle prestazioni rende ancor più complesso il processo di definizione dei LEA la cui finanziabilità inevitabilmente si scontra con i principi di autonomia di entrata e di spesa e soprattutto

Il problema oggi, è quello di coordinare i principi mutuati dalla Costituzione con la nuova architettura dello Stato che si viene a delineare, soprattutto a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, del recente varo della legge delega n. 42/2009, in tema di federalismo fiscale, unanimemente considerata un completamento del d.lgs. n. 56/2000, concernente il federalismo sanitario e, infine, delle novità introdotte di recente nella Carta costituzionale dalla legge costituzionale n. 1/2012

di equilibrio di bilancio che investono non soltanto lo Stato ma anche le pubbliche amministrazioni. Non a caso, il novellato articolo 97 della Costituzione impone alle pubbliche amministrazioni l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità della spesa pubblica. È evidente che l'inciso, introdotto dall'articolo 2 della legge costituzionale n. 1/2012, investe anche le aziende sanitarie, notoriamente organismi di diritto pubblico. In questa ottica risulta particolarmente difficoltoso determinare in modo omogeneo ed uniforme il cosiddetto "costo standard" riferito al "fabbisogno standard", attese le evidenti differenze economico sociali presenti sul territorio. Il precipitato è che l'assenza di adeguati meccanismi di rilevazione delle prestazioni e dei relativi costi rischi di perpetuare quelle diseconomie che hanno "atrofizzato" la spesa storica in sanità con la conseguenza che la determinazione del "costo standard", in regime di efficienza ed efficacia, rischia di rimanere una sterile petizione di principio.

Potrebbe capitare, ed il rischio è tutt'altro che astratto, che le somme stanziare in bilancio per il Ssn, più precisamente i punti di PIL destinati al servizio sanitario nazionale, se determinate computando anche gli sprechi e le inefficienze, possano non essere sufficienti a coprire fasce prestazionali considerate da sempre essenziali occorrendo, di guisa, che lo Stato intervenga con meccanismi perequativi: il che è contro la logica stessa, il DNA, sia del federalismo fiscale che sanitario. Sarebbe opportuno, allora, immaginare dei meccanismi integrativi di finanziamento del sistema sanitario, magari di tipo assicurativo, che comportino anche forme di compartecipazione dei cittadini, per-

ché no, seguendo l'esempio americano. Altro aspetto non risolto è quello che investe il ruolo della Conferenza Stato-Regioni nell'ottica di una riforma federale dello Stato. È noto che in sede di accordo Stato – Regioni viene definito il finanziamento cui concorre lo Stato per la spesa relativa ai LEA, per le ulteriori spese vincolate all'esecuzione di attività particolari e obiettivi specifici previsti da leggi o provvedimenti speciali in materia di sanità pubblica, così come per le spese che altri enti del Ssn sono chiamate a sostenere (Croce Rossa, Istituti Zooprofilattici Sperimentali e via discorrendo). Il finanziamento viene stabilito tenuto conto delle previsioni di spesa sanitaria tendenziale contenute nel Dpef al fine di arrivare ad una corretta definizione programmatica della spesa prevista per approdare, infine, alla predisposizione di opportuni rimedi da mettere in campo in sede di approvazione della legge finanziaria.

Ora, in un'ottica di autonomia di entrata e di spesa che investa tutti i livelli istituzionali e la stessa pubblica ammi-

I LEA sono composti da diverse prestazioni, sicché il costo complessivo finisce per discendere dal modo in cui queste vengono combinate pertanto determinarne il "costo standard," secondo criteri di efficienza ed efficacia implica la creazione di meccanismi informativi capaci di fornire dati di spesa attendibili

nistrazione, esaltata dall'obbligo della parità di bilancio, la sopravvivenza di una "stanza di negoziazione" qual è la Conferenza Stato – Regioni sembra stridere con i principi che innervano ed alimentano il federalismo fiscale e sanitario. In altri termini, la responsabilizzazione amministrativo – gestionale delle Regioni e degli altri livelli istituzionali periferici impedirebbe la sopravvivenza di "reti di contenimento" siffatte, con la conseguenza che il federalismo fiscale e, prima ancora, quello sanitario rischia di essere svuotato dei suoi contenuti essenziali.

Allora sarebbe opportuno che il Legislatore mostri più coraggio in futuro elaborando una disciplina ordinaria effettivamente simmetrica rispetto ai principi costituzionali dell'autonomia di entrata e di spesa e della parità di bilancio, che recentemente hanno trovato cittadinanza nella nostra Costituzione.

La tutela dei LEA risulta condizionata: a) dall'individuazione di efficaci sistemi di monitoraggio dei dati delle singole prestazioni dei livelli essenziali e da una credibile fissazione del "costo standard" indispensabile a sostenere il "fabbisogno standard"; b) dalla necessità di associare a politiche economico-finanziarie scelte di programmazione attraverso le quali "costruire", formare ed informare la classe dirigenziale

In conclusione, la tutela dei LEA nella prospettiva di uno Stato federale risulta fortemente condizionata: a) dalla messa a punto di efficaci sistemi di monitoraggio dei dati che riguardano le singole prestazioni che compongono gli stessi livelli essenziali e, dunque, da una credibile fissazione del "costo standard" indispensabile a sostenere il "fabbisogno standard"; b) dalla necessità di associare a politiche economico-finanziarie, convenientemente orientate alla eliminazione delle cosiddette diseconomie gestionali, significative scelte di programmazione attraverso le quali "costruire", formare ed informare una classe dirigenziale capace di gestire al meglio le risorse, in modo da dare compiuta attuazione proprio a quei principi di autonomia di entrata e di spesa e di parità di bilancio che postulano una gestione delle risorse improntata a criteri di efficienza e di efficacia; il tutto in perfetta sintonia con quanto richiesto anche dalla legge n. 42/2009.

Soltanto se si realizzeranno queste condizioni i LEA potranno essere effettivamente garantiti. Diversamente, si assisterà ad una inevitabile elusione o, se si preferisce, "sospensione" dei principi posti dagli articoli 32 e 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, con buona pace di qualsiasi credibile riforma federalista attuabile. Anzi, l'effetto ultimo che si produrrebbe sarebbe proprio quello di rendere il federalismo fiscale e sanitario non un momento di contrazione della spesa pubblica quanto, piuttosto, un pericoloso moltiplicatore della stessa. È un rischio, questo, che va scongiurato a tutti i costi.

BergamoScienza, un appuntamento consolidato di divulgazione scientifica

Intervista a Martino Introna, dottore del Laboratorio di Terapia Cellulare e Genica "G. Lanzani" di Bergamo

Per il decimo anno consecutivo, Bergamo accoglie BergamoScienza, una rassegna di divulgazione scientifica capace di catturare l'attenzione dei grandi studiosi e dei giovani curiosi. Con una carrellata di Premi Nobel, di fisici, medici, ricercatori e astronauti, per ben 16 giorni la scienza dialogherà e si svelerà ad un pubblico pronto a raccogliere, con un linguaggio semplice ed accessibile conoscenze altrimenti poco esplorabili per i non addetti ai lavori. La manifestazione sarà aperta gratuitamente al pubblico e permetterà ai suoi visitatori, attraverso conferenze, mostre, laboratori, spettacoli musicali e proiezioni di documentari sugli ignoti spazi profondi, di conoscere, ad esempio, i nuovi progressi nello spazio, ma anche di esplorare in modo interattivo l'universo matematico, fisico, chimico, informatico e tutti gli ambiti in cui la scienza è quotidianamente applicata. Anche quest'anno BergamoScienza estenderà i suoi confini al di fuori della città interessando i comuni della Provincia di Bergamo (Albino, Alzano Lombardo, Brembate di Sopra, Clusone, Dalmine, Seriate, Trescore Balneario, Treviglio, Treviolo, Valbrembo, Zingonia, Zogno e i comuni del sistema bibliotecario Valle Seriana e Seriate Laghi). L'iniziativa è promossa dall'Associazione BergamoScienza e proprio da quest'anno tra i promotori c'è stata l'adesione anche del Presidente della Repubblica. Scegliere chi incontrare per farci svelare in anteprima uno dei segreti della scienza che verranno presentati in

questa decima edizione dell'evento, non è stato né semplice né ovvio. Abbiamo però ritenuto che, per i nostri lettori, dovessimo prediligere gli apporti del comparto medico. Il tema della clonazione, come quello del testamento biologico, delle cure palliative, dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia sono infatti temi che pur affascinando, nonostante le perplessità e le paure che ancor oggi suscitano, alimentano i dibattiti medici che ne analizzano i poliedrici aspetti da cui possono essere analizzati. Per questo abbiamo chiesto a Martino Introna, dottore del Laboratorio di Terapia Cellulare e Genica, "G. Lanzani" di Bergamo di aiutarci a capire. Lui il 13 ottobre introdurrà la conferenza: "Il contributo della clonazione alla ricerca biomedica e alla medicina rigenerativa", tenuta da Ian Wilmut del Medical Research Council for Regenerative Medicine at the University of Edinburgh. Una conferenza che permetterà, con un viaggio scientifico, di conoscere la clonazione del bestiame per poi arrivare alla valutazione di questa tecnica nei trattamenti delle malattie umane.

di Enza Colagrosso

Dott. Martino Introna, quando diciamo clonazione, alla mente del grande pubblico balza subito l'immagine della pecora Dolly. Ci può aiutare a farci un'idea più precisa di che cosa si intenda con tale tecnica?

"Per clonazione intendiamo riferirci alla possibilità di sviluppare, far nascere e

crescere un individuo del tutto identico (geneticamente) a un altro. Questo nuovo individuo è, appunto, un "clone" del primo. La novità rivoluzionaria della scoperta del Dott. Wilmut (e dei suoi collaboratori e coautori dei lavori scientifici) fu proprio aver dimostrato che era possibile isolare il nucleo (e dunque il DNA contenuto al suo interno) da una qualsiasi cellula ottenuta da un individuo adulto (nel caso una pecora) e re-introdurlo in una cellula uovo di una femmina donatrice (una altra pecora, ovviamente) che era stata, precedentemente, svuotata del suo nucleo originario. Questo "nuovo" nucleo, sorprendentemente era capace di riprogrammare la cellula uovo come se questa fosse stata penetrata da uno spermatozoo e, dunque, dopo l'impianto dell'uovo, si osservava la formazione di un embrione e la nascita e la crescita successiva di una pecora geneticamente del tutto identica alla pecora donatrice del nucleo-DNA. Dunque un "clone" di questa pecora donatrice. Eravamo davanti ad un individuo normale "clone" di un altro!!!

Quali prospettive terapeutiche ci si può aspettare da studi che si avvalgano di tecniche di clonazione?

Le prospettive terapeutiche, teoricamente, sono basate sull'idea che diventa possibile ottenere embrioni, feti, tessuti e organi "geneticamente" identici a un ipotetico donatore che abbia subito un danno irreparabile di un suo tessuto o di un organo. Ovviamente, siamo tutti perfettamente consapevoli della non eticità di questa procedura che, di fatto, non è mai stata applicata all'uomo. Infine esperimenti su cellule umane suggeriscono che la fattibilità della clonazione sia legata solo ad alcune specie, tra cui

le pecore, almeno con le tecniche sviluppate fin qui.

Clonazione e cellule staminali, esistono intersezioni tra questi due campi di ricerca? Quali?

Quando la cellula uovo viene "fecondata" da un nucleo e inizia a svilupparsi in embrione, ovviamente si assiste al normale sviluppo di tante successive generazioni di cellule staminali programmate per divenire nel tempo i vari organi e i vari tessuti di cui è composto un individuo adulto.

Abbiamo affrontato tematiche che spesso si associano ad accesi dibattiti di natura bioetica, cosa pensa lei dei rapporti tra scienza e morale? Esistono a suo avviso dei limiti da non varcare?

Penso che la scienza sia una impresa umana che dipende dai mezzi (anche economici) che una società rende disponibili. Come tale, come qualsiasi impresa umana, anche la scienza è dunque un frutto della società e ne riflette i condizionamenti e le regole, di volta in volta variabili nel tempo e nei luoghi. Sono i regolamenti che le società si danno. È ovvio dunque che la scienza, gli scienziati, debbano sempre verificare democraticamente e onestamente, in un continuo dibattito aperto con le società in cui vivono, le conseguenze, i portati, le fattibilità delle loro scoperte. Non sarebbe né possibile ma neanche consigliabile decidere di non essere parte del dibattito etico-morale. Sono personalmente contrario all'idea di clonare un individuo, ma credo di aver colto che su questo punto vi sia un consenso unanime.

Sistema qualità: un fattore di crescita culturale della Pubblica Amministrazione

Parlando di "qualità" il significato che a questo termine viene attribuito non è quasi mai univoco e dipende spesso da percezioni ed esperienze di carattere personale. Negli ultimi tempi tuttavia, si è assistito ad una significativa evoluzione del concetto di "qualità". Oggi, per una azienda o per un qualsiasi organismo pubblico e/o privato che sia, operare in "qualità" significa aver avuto una valutazione favorevole certificata favorevole da parte di un Ente terzo e indipendente, circa l'effettiva capacità di fornire un prodotto, un servizio o altro, con professionalità adeguata e con la piena soddisfazione di chi riceve il prodotto stesso, cioè il cliente.

La cultura della qualità così intesa, è andata diffondendosi ovunque anche nelle aziende sanitarie favorendo un ritorno di immagine affiancato molto spesso anche da un interessante risparmio economico. Va sottolineato comunque, come il rispetto e l'attuazione dei criteri che sono alla base di un "Sistema Qualità" trascendono sempre più la connotazione di orientamento volontario, ed assumono in misura sempre maggiore la caratteristica di un vero e proprio obbligo e/o requisito, codificato da specifiche disposizioni di legge.

Allo scopo di armonizzare il lavoro di normazione dei vari Organismi nazionali, nel 1947 è nato l'International Standardization Organization – ISO –, del quale fanno parte di diritto gli Organismi normativi di tutti i paesi industrializzati.

Con la nascita della Comunità Economi-

ca Europea (CEE), nel 1961 viene fondato il Comitato Europeo di Normazione (CEN), in cui sono rappresentati di diritto tutti i paesi della CEE e della EFTA.

Il CEN ha il compito di elaborare norme tecniche nei diversi settori del mercato a fronte di sollecitazioni provenienti dagli Enti nazionali di normazione o su mandato diretto della comunicazione CEE.

Attualmente, a seguito degli accordi stipulati fra ISO e CEN, le nuove norme vengono elaborate congiuntamente, mentre le norme ISO esistenti vengono recepite dal CEN come tali o dopo revisione effettuate da una Commissione paritetica dei due Enti.

L'organismo Italiano di normazione è l'ente nazionale di normazione (UNI) che rappresenta tutti i settori industriali ad eccezione di quello elettrotecnico, del quale si occupa il Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI).

L'UNI opera direttamente o attraverso i suoi 14 Enti federati, ciascuno dei quali rappresenta un preciso settore.

Gli Enti federali sono titolati ad elaborare documenti specifici, che possono essere poi pubblicati come norme UNI, così come a seguire le attività di normazione del CEN e dell'ISO, in qualità di rappresentanti dell'UNI.

Qualità significa garanzia che le caratteristiche dell'oggetto della fornitura siano in grado di soddisfare le esigenze, esplicite o sottintese, del singolo cliente o, più in generale, del mercato.

Per una garanzia in tal senso, il fornitore

Angela Serrone

Responsabile amministrativo
del Dipartimento del Farmaco
ASL Taranto

deve possedere una struttura organizzativa e operativa che permetta di tenere sotto controllo tutte le fasi dei processi di lavoro.

Un sistema qualità va quindi inteso come l'insieme della struttura organizzativa, delle procedure, dei processi e delle risorse necessarie ad attuare la gestione per la qualità.

Esso è regolato da norme, la cui applicazione può avere carattere volontario o cogente, come emerge dagli organismi sopra ricordati.

L'attestazione di conformità di un sistema qualità passa attraverso un procedimento di certificazione o un procedimento di accreditamento da parte di un organismo terzo.

Il procedimento di certificazione è finalizzato ad attestare, con sufficiente certezza, che il sistema qualità di una azienda opera in conformità ai requisiti indicati dalla norma per la tipologia dell'attività svolta. L'attestazione è sancita formalmente da un "Certificato di conformità" rilasciato da un organismo competente.

Il procedimento di accreditamento è finalizzato a riconoscere l'idoneità di determinati organismi a svolgere specifici compiti inerenti alla valutazione della qualità, le organizzazioni a cui viene affidato il compito di accreditare hanno requisiti organizzativi e funzionali rispondenti alla norme alle quali devono riferirsi ed operare sotto il controllo di una struttura, la EUROPEAN ACCREDITATORI (EA).

L'adozione di un Sistema per la Gestione della Qualità da parte dell'Ente consente:

- la maggiore conoscenza di tutti i processi dell'organizzazione, della situazione interna ed esterna e quindi diffusione del know-how;
- la definizione chiara di funzioni e responsabilità;
- il miglioramento continuo del servizio attraverso monitoraggio e misurazioni, analisi dei dati e conseguenti azioni correttive;
- il miglioramento della comunicazione interna;
- l'implementazione di metodi di autovalutazione per garantire l'espletamento dei processi;
- di favorire il lavoro in team e per progetti;
- di avere gli elementi per costruire un piano delle performance che tenga conto degli standard internazionali di qualità;
- avere elementi obiettivi per implementare il sistema di valutazione del personale ed i dirigenti.

DL Balduzzi 158/2012, testo in vigore dal 14 settembre 2012: ecco come cambierà la sanità italiana

RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (ART. 1)

Cure primarie: via alle aggregazioni tra professionisti ma senza l'obbligo di adesione

La norma contiene la modifica all'articolo 8 del Dlgs. n. 502/92 e prevede l'aggregazione, ma senza obbligo, per i medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative. L'obiettivo è quello di "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana...adottando forme organizzative monoprofessionali e multi professionali", che erogino "prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale".

Risorse nei limiti delle disponibilità del Ssn

Forme organizzative dovranno essere organizzate "nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Ssn assegnate alle Regioni" e per il loro finanziamento si potranno anche predisporre forme a budget.

Regioni potranno mettere in atto processi di mobilità

Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale le Regioni potranno mettere in atto processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie.

Accesso alla professione

Per il ruolo unico di medico di medicina generale e per quello di pediatra di libera scelta, esso avverrà attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale. Per l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale (medico, odontoiatra, biologo, chimico, psicologo, medico veterinario) esso avverrà invece secondo graduatorie provinciali alle quali sarà consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente la branca in interesse.

INTRAMOENIA (ART. 2)

Le nuove scadenze

Entro il 31 dicembre 2014 dovranno essere disponibili nelle strutture sanitarie delle Regioni i locali per esercitare la libera professione intramuraria.

Entro il 30 novembre 2012, dovrà essere effettuata una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale (Alpi) e una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni dell'ultimo biennio nelle strutture interne, esterne e negli studi professionali. I dati della ricognizione dovranno essere trasmessi all'Agenas e all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale

Le aziende potranno, ove necessario e nel limite delle risorse disponibili, acquistare, affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate nonché stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di Lpi ordinaria. La congruità e l'idoneità degli spazi devono ricevere il parere vincolante del collegio di direzione o, se non costituito, di una commissione paritetica di sanitari costituita a livello aziendale.

Si potrà adottare in alcune Aziende dove non sono disponibili spazi ad hoc, previa autorizzazione regionale, un programma sperimentale per svolgere la Lpi presso studi professionali privati collegati in rete con convenzione annuale rinnovabile sulla base di uno schema tipo approvato dalla Conferenza Stato Regioni, e solo a condizione che il fatturato del singolo professionista sia pari o superiore a 12mila annui (le vecchie autorizzazioni cessano il 30 novembre 2012).

Le regioni garantiscono che tutte le strutture sanitarie comprese le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli Irccs gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'Alpi con le seguenti modalità:

Realizzazione dell'infrastruttura per il collegamento in rete

Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere predisposta e attivata una infrastruttura di rete telematica per la Lpi. Previsto l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente, dei dati relativi a: impegno orario del medico; pazienti visitati; prescrizioni ed estremi dei pagamenti, anche in raccordo con il fascicolo sanitario elettronico. Le modalità tecniche per la realizzazione dell'infrastruttura sono determinate, entro il 30 novembre 2012, con decreto non regolamentare

del Ministro della Salute previa intesa con la Conferenza Stato Regioni. Agli oneri si provvede mediante adeguata e preventiva rideterminazione delle tariffe.

Prevista la possibilità di continuare, su domanda dell'interessato e con l'applicazione dei principi del silenzio-assenso, in via temporanea lo svolgimento dell'Alpi in studi professionali già autorizzati oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete, e comunque non oltre il 30 aprile 2013.

Tracciabilità dei pagamenti

Dovrà essere assicurata la tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Ssn. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, e a suo carico, entro il 30 aprile 2013.

Tariffario unico

Dovranno essere definiti, d'intesa con i dirigenti e previa contrattazione integrativa aziendale: gli importi idonei per remunerare ogni prestazione; i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature e per assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende. Il 5 per cento del compenso del libero professionista è trattenuto dalle Aziende per interventi la riduzione delle liste d'attesa.

Divieto di svolgimento dell'Alpi

Non potrà essere svolta presso studi professionali collegati in rete nei quali operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Ssn, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del Ssn e a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni, senza oneri economici per il Ssn.

La verifica del programma sperimentale

Dovrà essere effettuata, entro il 28 febbraio 2015. In caso di verifica positiva l'attività potrà continuare in via permanente ed ordinaria negli studi professionali collegati in rete. In caso di verifica negativa l'attività cessa entro il 28 febbraio 2015.

Sanzioni per i dg inadempienti

Prevista, nell'ipotesi di grave inadempienza dei direttori generali delle aziende, policlinici oltre alla loro "destituzione" anche "la decurtazione della retribuzione di risultato pari almeno al 20 per cento".

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELL'ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE (ART. 3)

L'importanza di attenersi alle linee guida

Il giudice, nell'accertare la colpa lieve nelle valutazioni di responsabilità professionale, dovrà tenere conto con particolare attenzione dell'osservanza, da parte del professionista, delle linee guida e delle buone pratiche riconosciute dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Per agevolare l'accesso alla copertura assicurativa, con Dpr - su proposta del Ministro della salute di concerto con il MEF, sentiti l'Ania, le Federazioni degli ordini e dei collegi e le OoS - sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti.

Per alcune categorie di rischio professionale si prevede l'obbligo di garantire copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per il quale dovrà essere determinato il soggetto gestore. Il fondo è finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, e comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso. Il danno biologico è risarcito sulla base delle tabelle previste dalla legge 209/2005.

GOVERNO CLINICO (ART.4)

Nomina dei Dg

Dovranno essere garantite misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula, nonché trasparenza nella valutazione degli aspiranti. La regione nomina i direttori regionali attingendo obbligatoriamente dall'elenco degli idonei. La selezione dei candidati è effettuata da esperti indipendenti dalla Regione. E gli elenchi sono periodicamente aggiornati.

Gli aspiranti Dg, che non potranno avere più di 65 anni, dovranno essere in possesso di un diploma di laurea magistrale e avere un'esperienza dirigenziale di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie e di sette anni negli altri settori.

Per la nomina dei Dg nelle Università resta ferma l'intesa con il Rettore.

Le regioni devono individuare i criteri e i sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei Dg sulla base degli obiettivi di salute definiti in base alla programmazione regionale.

Nomina dei primari

Per gli incarichi di direzione di struttura complessa la selezione è effettuata da una commissione presieduta da tre direttori di struttura complessa nella medesima specialità; i candidati sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale costituito

dall'insieme di quelli regionali (almeno uno dei direttori sorteggiati deve provenire da una regione diversa da quella dell'azienda interessata alla copertura del posto). Il direttore generale individua il candidato sulla base di una terna predisposta dalla commissione, se non vuole nominare il candidato con il migliore punteggio deve motivarne la scelta. Deve essere garantita piena pubblicità a tutte le procedure e alle motivazioni di nomina sul sito internet dell'azienda. Nelle Università le nomine sono effettuate dal Dg d'intesa con il rettore.

Nomina dei responsabili di struttura semplice

L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

Collegio di direzione

Deve essere istituito dalle Regioni quale organo dell'Azienda, individuandone la composizione per garantire la partecipazione di tutte le figure professionali. Il collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca, didattica, programmi di formazione e soluzioni organizzative per l'Alpi. Nelle aziende ospedaliere universitarie partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica. Concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in base agli obiettivi fissati. Deve essere consultato obbligatoriamente dal Dg sul governo delle attività cliniche.

LEA (ART. 5)

Aggiornati entro il 31 dicembre

I Lea dovranno essere aggiornati, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, entro il 31 dicembre 2012 con decreto del Presidente del Cdm su proposta del Ministro della salute, di concerto con l'Economia d'intesa con la Stato Regioni. Si dovrà dare priorità alla riformulazione degli elenchi delle malattie croniche e delle malattie rare. Prevista inoltre l'introduzione di prestazioni per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da "sindrome da gioco con vincita di denaro" come definita dall'Oms.

EDILIZIA SANITARIA (ART. 6)

Avvio di progetti di ristrutturazione

La procedura dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento nonché di realizzazione di strutture ospedaliere da realizzarsi attraverso contratti di partenariato pubblico privato può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso. Sono previste norme per l'aggiornamento della normativa antincendio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

CORRETTI STILI DI VITA E SICUREZZA ALIMENTARE (ARTT. 7-8)

Vendita sigarette ai minori (art. 7)

È vietata la vendita di prodotti del tabacco ai minorenni. Chiunque vende deve chiedere il documento d'identità a meno che la maggiore età dell'acquirente non sia manifesta.

La sanzione per il tabaccaio va da 250 a 1000 euro, nel caso di recidiva la sanzione sale da 500 a 2000 euro, fino alla sospensione, per tre mesi, della licenza.

I distributori automatici per la vendita di prodotti del tabacco devono essere dotati, entro il primo gennaio 2013 dall'entrata in vigore del decreto, di un sistema automatico di rilevamento dell'età.

Ludopatia (art. 7)

Si agli spot sul gioco ma con alcune restrizioni. È previsto infatti il divieto su ogni tipo di media (giornali, riviste, tv, radio, teatro, cinema e internet) alle pubblicità che inducono al gioco dove è prevista vincita in denaro a meno che: non siano ben presenti formule di avvertimento sul rischio di dipendenza e contenenti le note informative sulle probabilità di vincita, lo spot non esalti troppo la pratica del gioco o vi siano presenti minori. In ogni caso sono vietati i messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro nel corso di trasmissioni televisive o radiofoniche e di rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte prevalentemente ai giovani. Qualora non sia possibile apporre le formule di avvertimento sulle schedine da gioco deve essere in ogni caso indicato sulla medesima ove poter consultare le note informative sulle probabilità di vincita.

In caso di violazione è prevista una sanzione da 100.000 euro fino a 500.000 euro nei confronti del committente del proprietario del mezzo con cui lo spot è diffuso. L'inosservanza sulle misure attinenti le formule di avvertimento sono punite con una sanzione da 50.000 euro nei confronti del concessionario. Le disposizioni scattano dal 1 gennaio 2013.

Certificazione medica per attività sportiva non agonistica (art. 7)

Il ministero della Salute di concerto con quello dello Sport dispongono garanzie sanitarie mediante l'obbligo, per chi pratica

attività sportiva a livello amatoriale, di certificazione medica e di linee guida per i controlli sanitari. Per tutte le società sportive invece è prevista la dotazione e l'impiego di defibrillatori semiautomatici e di altri dispositivi salvavita.

Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande (art. 8)

Gli stabilimenti di produzione e confezionamento sono riconosciuti dalle regioni e dalle aziende sanitarie locali.

Il riconoscimento avviene a seguito della verifica della disponibilità di un laboratorio accreditato per il controllo dei prodotti e del rispetto dei requisiti previsti dalla legge vigente, ed è sospeso o revocato quando vengano meno i requisiti. Il ministero della Salute in collaborazione con l'Iss può effettuare verifiche ispettive negli stabilimenti.

È previsto da parte del ministero della Salute l'aggiornamento periodico dell'elenco nazionale degli stabilimenti riconosciuti.

Chi vende pesce e cefalopodi freschi, prodotti di acqua dolce, sfusi o preimballati deve apporre in modo visibile un cartello con indicate le informazioni riguardanti le informazioni relative alle corrette condizioni di impiego.

L'eventuale violazione delle prescrizioni è punita con una sanzione che può andare da 600 a 3.500 euro

Chi immette sul mercato latte crudo o crema cruda destinati all'alimentazione umana, deve riportare sulla confezione del prodotto o in etichetta le informazioni indicate con decreto del ministro della Salute. In caso di vendita diretta di latte crudo, l'operatore deve esporre un cartello in cui si informa che il latte deve essere consumato dopo bollitura.

Chi per produrre gelati utilizza latte crudo, deve sottoporlo a trattamento termico.

La somministrazione di latte e crema cruda nella ristorazione collettiva, nelle mense, è vietata.

Le sanzioni, per chi non rispetta le disposizioni, vanno dai 5.000 a euro 50.000 euro.

Le bevande analcoliche devono essere commercializzate con un contenuto di succo naturale non inferiore al 20 per cento.

Emergenze veterinarie (art. 9)

In presenza di malattie infettive del bestiame, anche di rilevanza internazionale, che abbiano carattere emergenziale, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad adottare entro 15 giorni gli atti necessari alla salvaguardia della salute dell'uomo e degli animali. In caso la regione sia inadempiente viene nominato un commissario ad acta per la risoluzione dell'emergenza o il conseguimento dell'eradicazione. Gli oneri per l'attività del Commissario sono a carico della Regione inadempiente.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FARMACI (ARTT. 10-14)

Autorizzazione per la produzione di materia prima (art. 10)

La produzione di una specifica materia prima farmacologicamente attiva destinata esclusivamente alla produzione di medicinali sperimentali da utilizzare in sperimentazioni cliniche di fase I non necessita di specifica autorizzazione se, previa notifica all'Aifa da parte del titolare dell'officina, è effettuata nel rispetto delle norme di buona fabbricazione in un'officina autorizzata alla produzione di materie prime farmacologicamente attive.

Entro il 31 dicembre 2014 l'Aifa trasmette al ministro della Salute e pubblica sul suo sito internet una relazione sugli effetti derivanti dall'applicazione di questa disposizione e sui possibili effetti della estensione della disciplina ai medicinali sperimentali impiegati nelle sperimentazioni cliniche di fase II. A tale scopo sono previste ispezioni da parte dell'Aifa presso le officine.

Etichettatura dei radio farmaci (art. 10)

I radiofarmaci sono esentati dall'obbligo di apposizione del bollino farmaceutico disciplinato dal decreto del Ministro della sanità 2 agosto 2001.

Trasmissione dei dati di vendita dei farmaci (art. 10)

Le aziende titolari di Aic e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali sono tenute alla trasmissione dei dati di vendita secondo le modalità previste dal decreto del ministro della Salute 15 luglio 2004. Abrogata la previsione della sanzione amministrativa da 10 mila euro a 60 euro per chi viola la norma.

Nessun obbligo di trasmissione dei dati di vendita per le aziende che commercializzano i farmaci (Art. 10)

Abrogato il comma 12 dell'art. 130 del decreto legislativo 219 del 2006 che prevedeva l'obbligo per le aziende responsabili della commercializzazione dei farmaci di trasmettere i dati di vendita.

Sospensione dell'Aic (art. 10)

Può essere disposta quando siano anche di lieve entità le irregolarità previste non solo dal comma 2, ma anche dal comma 3 dell'articolo 141 del Dlgs 219/2006 e successive modificazioni.

Farmaci innovativi (art. 10)

Indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o regionali, le Regioni devono assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali ad "innovatività terapeutica di particolare rilevanza" – secondo il giudizio della Commissione tecnico scientifica dell'Aifa – a carico del Servizio sanitario nazionale ed erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali.

Le Regioni sono tenute ad aggiornare con periodicità almeno semestrale i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento

analogo regionale allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici. La copia dei prontuari aggiornati dovrà essere trasmessa all'Aifa. Presso l'Aifa è istituito un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri, al quale partecipano, a titolo gratuito, rappresentanti della stessa Agenzia, delle Regioni e del Ministero della salute. Il tavolo discute eventuali criticità nella gestione dei prontuari e fornisce linee guida per l'armonizzazione e l'aggiornamento degli stessi.

Revisione del prontuario farmaceutico nazionale (art. 11)

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale spostando in Fascia C i farmaci considerati terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata alla luce delle evidenze emerse dopo l'immissione in commercio.

Sarà inoltre rinegoziato il prezzo dei farmaci che non soddisfano il criterio di economicità rispetto ai risultati terapeutici previsti. Il termine per l'eventuale esclusione di questi prodotti dal Prontuario nazionale è stabilito al 31 dicembre 2013.

In questa sede e successivamente, i medicinali equivalenti ai medicinali a cui sta scadendo il brevetto o il certificato di protezione complementari non possono essere classificati a carico del Ssn con decorrenza anteriore alla data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare pubblicata dal ministero della Sviluppo.

A carico del Ssn il farmaco non rimborsabile se pazienti già in trattamento (art. 11)

Se un farmaco viene escluso dalla rimborsabilità, l'Aifa può stabilire che venga ulteriormente dispensato a carico del Ssn fino al completamento della terapia in pazienti già in trattamento.

Farmaci innovativi e orfani a carico del Ssn (art. 11)

I medicinali innovativi la cui commercializzazione non è stata ancora autorizzata sul territorio nazionale e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, inseriti in apposito elenco, possono essere erogati a carico del Ssn soltanto nel caso che, a giudizio della Commissione tecnico scientifica dell'Aifa, possiedano un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Ssn (cioè se il costo medio della terapia basata su suo impiego supera di almeno il 50% il costo medio della terapia basata sul farmaco non autorizzato).

Dosaggi e confezioni personalizzate (art. 11)

Previa autorizzazione dell'Aifa, la farmacia ospedaliera può allestire dosaggi individuali da utilizzare all'interno degli ospedali o da consegnare al paziente per l'impiego a domicilio. Il provvedimento si applica anche nel caso di farmaci utilizzati con indicazioni diverse da quella autorizzata.

Le Regioni sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errore e di consumi impropri.

Classificazione di farmaci erogabili dal Ssn (art. 12)

L'azienda farmaceutica può presentare la relativa domanda di classificazione all'Aifa solo dopo avere ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) dello stesso medicinale. La domanda riguardante farmaci orfani o a eccezionale rilevanza terapeutica e sociale previsti da una specifica deliberazione Aifa può essere presentata anche anteriormente al rilascio dell'Aic. I medicinali che ottengono un'autorizzazione all'immissione in commercio comunitaria o ai sensi del decreto legislativo 219/2006 sono automaticamente collocati in apposita sezione, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità.

Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai medicinali generici o equivalenti.

Sperimentazioni cliniche (art. 12)

Le competenze in materia dell'Istituto superiore di Sanità passano all'Aifa.

Entro 90 giorni dalla data di conversione in legge del decreto ciascuna Regione nomina un comitato etico competente per le sperimentazioni cliniche. Nelle Regioni con più di un milione di abitanti possono essere istituiti più Comitati etici (massimo 1 per ogni milione di abitanti) e il giudizio di merito affidato a diversi Comitati etici.

A decorrere dal 1° marzo 2013, la documentazione riguardante studi clinici sui medicinali per uso clinico è gestita esclusivamente con modalità telematiche, attraverso i modelli standard dell'Aifa.

Farmaci omeopatici (art. 13)

Modifica l'art. 20 del dlgs 219/2006 prevedendo che i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995 siano soggetti alla procedura semplificata di registrazione prevista dallo stesso decreto. In alternativa alla documentazione richiesta le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa sottoscritta dal legale rappresentante recante specifiche informazioni sulla sicurezza, i dati di vendita ed eventuali segnalazioni di farmacovigilanza. L'autocertificazione non vale, però, per i farmaci omeopatici di origine biologica o preparati per uso parenterale o con concentrazione ponderale di ceppo omeopatico.

Per tale procedura l'azienda versa all'Aifa una tariffa determinata con decreto del ministro della Salute, oltre al diritto annuale

previsto per l'Aic. Con lo stesso decreto sono aggiornate, con un incremento del 10 per cento le tariffe vigenti stabilite dal ministro della Salute o dall'Aifa e sono individuate, in misura che tiene conto delle affinità fra le prestazioni rese, le tariffe relative a prestazioni non ancora tariffate. Entro il mese di marzo di ogni anno, le tariffe sono aggiornate, con le stesse modalità, sulla base delle variazioni annuali dell'indice Istat del costo della vita riferite al mese di dicembre.

Medicinali antroposofici (art. 13)

I medicinali antroposofici descritti in una farmacopea ufficiale e preparati secondo un metodo omeopatico sono assimilabili ai medicinali omeopatici.

Medicinali veterinari omeopatici (art. 13)

I medicinali veterinari omeopatici in commercio conformemente alla normativa previgente possono continuare ad essere commercializzati fino al 31 dicembre 2014, a condizione che entro sei mesi i richiedenti, per gli stessi medicinali, presentino una domanda di registrazione semplificata o di autorizzazione.

RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ENTI SANITARI (ART. 14)

Agea

La società consortile "Consorzio anagrafi animali" è soppressa e posta in liquidazione a partire dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto. Con decreto dell'Agricoltura, di concerto con la Salute e l'Economia, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto le funzioni del Consorzio sono trasferite ai ministeri delle Politiche agricole e della Salute secondo le rispettive competenze. Gli stanziamenti di bilancio già previsti riaffluiscono al bilancio dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (Agea).

Inmp

L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà. La ratio è limitare gli oneri per il Ssn nell'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate

L'Istituto centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

Organi dell'Istituto sono il Consiglio di indirizzo, il Direttore Generale e il Collegio Sindacale. Il Consiglio di indirizzo è composto da cinque membri, di cui due nominati dal Ministro della salute e tre dai Presidenti delle Regioni. Il Dg è nominato dal ministro della Salute. Il Collegio sindacale è costituito da tre membri, due nominati dal ministro della Salute, di cui uno designato dalla Conferenza delle Regioni, nonché uno dal ministro dell'Economia e delle finanze, con compiti di controllo interno. Con decreto del ministro della Salute, adottato di concerto con il ministro per la Pubblica Amministrazione e con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni viene disciplinato il funzionamento e l'organizzazione dell'Istituto.

Per il finanziamento delle attività sono stanziati 5 milioni di euro per il 2012 e 10 milioni di euro a decorrere dal 2013.

In più sono previsti i rimborsi delle prestazioni erogate a carico del Ssn e la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali.

Onaosi

Per il periodo 1 gennaio 2003-21 giugno 2007 la misura del contributo obbligatorio alla Fondazione Onaosi è determinata forfettariamente per ogni contribuente in 12 euro mensili per gli ultimi 5 mesi del 2003 e per il 2004, in 10 euro mensili per gli anni 2005 e 2006, nonché in 11 per il 2007.

Per il periodo 1 gennaio 2003 – 1 gennaio 2007 il contributo a carico dei nuovi obbligati è stabilita forfettariamente con gli stessi importi.

Le somme versate alla Fondazione Onaosi per il periodo 1 gennaio 2003 – 21 giugno 2007 sono trattenute dalla Fondazione a titolo di acconto dei contributi da versare. La Fondazione stabilisce la procedura, le modalità e le scadenze per l'eventuale conguaglio o rimborso. Dall'entrata in vigore del decreto è estinta ogni azione o processo relativo alla determinazione, pagamento, riscossione o ripetizione dei contributi. L'Onaosi è comunque autorizzato a non avviare le procedure per la riscossione coattiva per crediti di importo inferiore a 600 euro. Per gli anni successivi al 2007 è confermato, per la determinazione dei contributi dovuti all'Onaosi, quanto disposto dal decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n.222.

Ircs

Per quanto riguarda gli Ircs la domanda di riconoscimento è presentata dalla struttura alla regione, insieme alla documentazione di titolarità dei requisiti. La regione inoltra la domanda al Ministero della salute che nomina una commissione di valutazione formata da almeno due esperti nella disciplina oggetto della richiesta di riconoscimento, che svolgono l'incarico a titolo gratuito. Entro 30 gg dalla nomina, la commissione esprime il proprio parere motivato. Entro 10 gg dal ricevimento del parere, il ministro

della Salute trasmette gli atti alla Conferenza Stato-regioni, che deve esprimersi sulla domanda di riconoscimento entro 45 gg dal ricevimento.

Le Fondazioni Irccs, gli Istituti non trasformati e quelli privati sono tenute a inviare ogni due anni al Ministero i dati aggiornati circa il possesso dei requisiti, nonché la documentazione necessaria ai fini della conferma. Il Ministero, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza può verificare in ogni momento la sussistenza delle condizioni per il riconoscimento. Nel caso le condizioni mancassero, il Ministero informa la Regione e assegna all'ente un termine non superiore a sei mesi entro il quale reintegrare il possesso dei prescritti requisiti. Il Ministro e la Regione possono immediatamente sostituire i propri designati all'interno dei Cda ma anche sospendere cautelativamente l'accesso al finanziamento. Scaduto il termine, sulla base della verifica, il Ministro d'intesa con il presidente della Regione, conferma o revoca il riconoscimento.

Con decreto del ministro della Salute, sentito il ministro dell'Istruzione e la Conferenza Stato-Regioni sono stabiliti i criteri di classificazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati, delle Fondazioni Irccs e degli altri Irccs di diritto privato sulla base di indicatori quali-quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale, anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca. Con lo stesso decreto sono individuate le modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale.

TRASFERIMENTO DELLE FUNZIONI DI ASSISTENZA AL PERSONALE NAVIGANTE E ALTRE NORME SULLE PRESTAZIONI RESE DAL MINISTERO (ART. 15)

L'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile e le funzioni di pronto soccorso aeroportuale di competenza del ministero della Salute, sono conferite alle regioni, ad esclusione di quelle relative alla certificazione delle competenze in materia di primo soccorso sanitario e di assistenza medica a bordo di navi mercantili, di formazione e aggiornamento di pronto soccorso sanitario del personale di volo, alle visite effettuate dagli Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare, alle visite di idoneità presso gli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (Usmaf) per la prima iscrizione nelle matricole della gente di mare. Restano ferme tutte le tipologie di prestazioni di competenza dei predetti Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare. Attraverso uno o più decreti sono individuati, ai fini del trasferimento al Ssn, i beni, le risorse finanziarie e strumentali, le risorse umane, i relativi criteri e modalità del trasferimento e riparto tra le regioni, i livelli delle prestazioni da assicurare al personale navigante, nonché, di concerto anche con il Ministro della Difesa, le modalità dei rimborsi delle prestazioni rese dagli Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare.

Il personale di ruolo in servizio presso i Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante di Napoli e Genova, e relative articolazioni territoriali, è trasferito, nell'ambito del territorio provinciale, assicurando il riconoscimento del servizio prestato ed applicando il trattamento economico, compreso quello accessorio, previsto nei contratti collettivi vigenti per il personale degli enti del Ssn.

I rapporti con il personale ambulatoriale infermieristico, tecnico e della riabilitazione sono disciplinati ad esaurimento da accordi collettivi nazionali di durata triennale stipulati dalla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (Sisac). Negli accordi collettivi della medicina specialistica ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale è ricompreso il personale ambulatoriale medico e delle altre professionalità sanitarie. Il personale mantiene i rapporti convenzionali in essere. I rapporti con i medici fiduciari titolari di incarico nell'ambito della convenzione di medicina generale rimangono disciplinati dalla relativa convenzione, salva la possibilità, per gli assistiti, di optare, entro il primo anno, per uno dei predetti medici anche oltre il massimale previsto, fino al 20 per cento dello stesso, salvo riassorbimento. Ai medici fiduciari non titolari di altro rapporto convenzionale con il Ssn, le Regioni assicurano un incarico nell'ambito della medicina dei servizi per un monte orario non inferiore all'ammontare dei compensi percepiti nell'anno 2011.

Con accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni è assicurato l'esercizio coordinato delle funzioni conferite a salvaguardia del diritto del personale navigante ad usufruire dei livelli garantiti delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale e all'estero. A decorrere dall'effettivo trasferimento delle risorse, al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile si applicano le vigenti disposizioni sull'assistenza sanitaria in ambito internazionale e dell'unione europea, nello spazio economico europeo e in Svizzera, nonché gli accordi di sicurezza sociale in vigore con i Paesi non aderenti all'Unione Europea, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni medico legali dai decreti di cui al comma 90.

Con decreti del ministro dell'Economia e delle finanze, sono assegnate al Ssn le risorse finanziarie, relative alle funzioni trasferite iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute.

ENTRATA IN VIGORE (ART. 16)

Il decreto entra in vigore il 14 settembre 2012.

La Fare, e la sua voce Teme, cominciano ad essere ascoltati nelle Istituzioni

Redazionale

Alla fine degli anni 1980 la Fare e i suoi associati, cominciano ad avere una consapevolezza sempre più chiara dell'importanza cruciale del ruolo degli Economisti e dei Provveditori nella filiera degli acquisti. È proprio in quegli anni infatti che viene

lanciata l'idea di lavorare all'istituzione di un albo professionale capace di tutelare e far emergere la nostra professionalità. Il sogno di allora è il sogno di oggi che ancora non riusciamo a realizzare. Leggiamo insieme cosa dicevamo allora:

UNA PROPOSTA DELLA FARE: ISTITUIAMO L'ALBO

Il progressivo aumento degli adempimenti posti dalle leggi vigenti a carico dei servizi amministrativi delle Usl, la sempre maggiore necessità per chi intenda gestire un servizio di Provveditorato Economato, di cognizioni contabili, tecniche, merceologiche, giuridiche e fiscali e conseguentemente, le sue crescenti responsabilità civili, amministrative e penali, rendono ormai indispensabile l'immediata creazione di istituti che siano idonei a garantire un approccio professionale alle materie economiche e provveditoriali. La disciplina legislativa dettata in proposito con la sua conclamata lacunosità, contraddittorietà e non rispondenza alla realtà gestionale e la carenza nei programmi scolastici ed accademici di materie provveditoriali ed economiche, già di per se non consente, a colui che intenda gestire un servizio o area operativa di provveditorato ed economato basandosi esclusivamente sulla buona volontà di districarsi agevolmente tra leggi, circolari, divergenti interpretazioni, esigenze reali, contrastanti pronunzie giurisprudenziali, riguardo agli acquisti di beni e servizi in una Usl. Oltre tale aspetto vi è la complessa problematica della gestione dei servizi generali ed economici e della gestione e distribuzione dei beni all'interno di un presidio o di una Usl. Non ultima lo scollamento tra realtà e normativa, e la evidente inapplicabilità di molte norme con i principi di efficienza ed efficacia con i principi di economicità gestionali. Ed infine le notevoli problematiche legate ai processi di informatizzazione dell'attività amministrativa nonché delle difficoltà tecniche e strutturali degli ambienti e le responsabilità che ne derivano dalle recenti disposizioni di legge, il quadro è completo. Alla luce delle considerazioni sin qui svolte, si può ragionevolmente ritenere che la selezione concorsuale o lo scorrimento nell'ambito del profilo professionale previsto dalla normativa vigente, non possono da soli soddisfare l'esigenza di individuare il responsabile idoneo a reggere un servizio o area operativa di Provveditorato ed Economato di una Usl. Solo la creazione di un Albo per Provveditori ed Economisti con la previsione di disposizioni di legge in ordine alla sua istituzione, tenuta e gestione e ai requisiti per accedervi potrebbe garantire la necessaria professionalità. Sulla questione della professionalità tutti sono concordi e tutti ritengono che colui che è chiamato a gestire un servizio di Provveditorato ed Economato, per la rilavanza che tale incombenza comporta, debba offrire garanzie tecniche e giuridiche adeguate da verificarsi attraverso un esame di idoneità che, solo, dovrebbe consentire l'iscrizione all'albo dei Provveditori ed Economisti. Poiché solamente tale iscrizione assicurerebbe la necessaria perizia e professionalità del funzionario e dirigente preposto alla direzione di un servizio di Provveditorato. Pertanto solo tra gli iscritti all'albo può essere selezionato per concorso o per avviso pubblico o riservato colui cui affidare la responsabilità di un servizio amministrativo di Provveditorato ed Economato in una Usl o presidio ospedaliero. È su questa nostra proposta che il legislatore deve porre la sua attenzione escludendo la possibilità di affidare la responsabilità a chi non è iscritto all'albo e quindi senza aver dato prova di essere professionalmente capace. È difatti certo che la maggior professionalità, che l'istituzione dell'Albo dei Provveditori ed Economisti dovrebbe assicurare, comporterebbe sicuramente una migliore e corretta gestione della cosa pubblica. Rimane arduo pensare che pubblici amministratori restino indifferenti a tale proposta che assicura garanzie di doppia selezione tutto a vantaggio della professionalità necessaria ed indispensabile per gestire una complessa struttura quale è oggi la Usl. Per la gestione e tenuta dell'Albo, si propone di istituirlo a livello Nazionale presso il Ministero della Sanità. Riguardo alla disciplina per la istituzione, gestione e tenuta cui riferirsi può essere utilizzata quella prevista per le idoneità degli operatori sanitari primari. A rappresentare la categoria potrebbe essere chiamata la Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti (F.A.R.E.) per la nomina di propri rappresentanti in seno alla

Commissione Nazionale per gestione e tenuta e per far parte delle commissioni di selezione. Dalla sommaria esposizione sin qui svolta, emerge in tutta evidenza la necessità di legiferare in materia concorsuale e di stabilire la valenza della idoneità nazionale. Nessuna amministrazione dovrebbe poter bandire o assumere senza la verifica del possesso della idoneità nazionale e della iscrizione all'Albo. Va da sé che l'iscrizione all'Albo dovrebbe essere condizionata al superamento di un esame di stato vertente sulle cognizioni giuridiche, tecniche, merceologiche, di organizzazione aziendale di economia sanitaria, su nozioni di informatica, ecc. da bandire periodicamente, previo, se del caso, un periodo di tirocinio obbligatorio presso servizi di Provveditorato ed Economato e valutazione di certificati di servizio di un congruo numero di anni. In via transitoria al periodo indispensabile per bandire e svolgere il primo esame di idoneità nazionale, l'iscrizione all'Albo si dovrebbe conseguire per titoli rigorosamente vagliati dalla commissione che potrebbe essere rappresentati da certificati di servizio, da attestazioni di frequenza a corsi di studio, convegni, ecc. sulle materie Provveditorali ed Economali. Le considerazioni sin qui svolte mirano ad offrire un, sia pur modesto, contributo alla riflessione, in vista del conseguimento dell'obiettivo, senz'altro primario, di rendere più professionale la gestione di un servizio di Provveditorato ed Economato di una Usl. Resta comunque il fatto, da cui non può a nostro prescindere, che intanto può parlarsi di preparazione professionale dei responsabili dei servizi di Provveditorato ed Economato, in quanto si proceda con urgenza ad una revisione organica dell'intera normativa concorsuale strettamente collegata allo Stato giuridico di cui al DPR 761/79 ed a un necessario provvedimento legislativo in ordine all'ordinamento delle Usl su base nazionale. Tutto ciò nell'intento di assicurare, a chi aspira ad assumere la responsabilità di un servizio di Provveditorato ed Economato una normativa di selezione al passo con i tempi, che dia maggiore certezza di professionalità e migliori garanzie per operare correttamente. Ciò renderebbe, oltre tutto, meno rischioso intraprendere questa carriera.

Un lavoro serio e continuo, sorretto da una professionalità sicura portarono la Fare a poter dire la sua anche in ambiti istituzionali. Ecco come viene raccontato, sul numero di ottobre 1989, l'invito alla nostra Federazione di partecipare alla riunione per la costituzione dell'Osservatorio Prezzi:

LA FARE CONSULTATA PER L'OSSERVATORIO PREZZI

Un importante risultato è stato raggiunto dalla FARE: la nostra Associazione è stata invitata a partecipare alla riunione per la costituzione dell'Osservatorio dei prezzi. Ciò rappresenta il riconoscimento della nostra categoria e prelude ad una migliore collocazione degli economisti e dei provveditori all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Vediamo i fatti. Il presidente della FARE, Giovanni D'Alessandro, ha ricevuto da parte del dottor Paderni, direttore generale dell'Ufficio Programmazione del Ministero della Sanità, un telegramma, venerdì 13 ottobre, nel quale si dice: "Al fine di predisporre tutto quanto necessario attuazione articolo 13 sub 8 DDL ristrutturazione servizio sanitario nazionale concernente osservatorio prezzi et tecnologie et acquisto beni et servizi si prega intervenire at riunione fissata venerdì 27 ottobre e poi rimandata a giovedì 9 novembre presso Servizio Centrale Programmazione Sanitaria Lungotevere Ripa 1, ore 10, ordine del giorno albo fornitori Servizio Sanitario Nazionale, atto indirizzo et coordinamento acquisto beni et servizi. La convocazione ha costretto, naturalmente, il rinvio della riunione del direttivo della FARE già programmata a Ferrania (Savona) per sabato 28 ottobre. Ma dicevamo dell'importanza della convocazione che segue una analoga riunione avente per oggetto il Capitolato Generale di Oneri, segno evidente che non si trattò di una consultazione saltuaria e comunque più strettamente pertinente l'aspetto tecnico della nostra professione. Questa nuova convocazione, pertanto, conferma come la nostra categoria sia divenuta interlocutrice dei programmatori della sanità in quanto portatrice di conoscenze e professionalità che dovranno essere ancora meglio valutate e riconosciute nell'attività delle Unità Sanitarie Locali in tutta Italia. Il Presidente D'Alessandro ha informato i membri del direttivo nel corso di una riunione svoltasi a Roma, in occasione del XIII convegno degli Economisti e dei Provveditori dell'Associazione Economisti del Lazio (svoltosi il 21 ottobre) contestuale alla Settimana della vita collettiva. Sono stati messi a fuoco gli indirizzi ed i suggerimenti da avanzare al Ministero e sono stati prescelti ad affiancare il Presidente, i presidenti Marco Boni dell'ARE e Sandro Anzellini dell'AEL. Ora si tratta di vedersi attribuito un ruolo permanente all'interno dell'Osservatorio. È un traguardo importante, preliminare ad una serie di altri riconoscimenti e giuste rivendicazioni che si muovono sì nell'interesse della nostra categoria ma anche nell'interesse oggettivo della Sanità Italiana. Ci sia permesso, in ultimo una considerazione se volete di tipo personale. Concludevamo lo scorso editoriale con la rivendicazione della insostituibilità del nostro ruolo e con la certezza che: Le giuste nostre rivendicazioni verranno dopo, se appunto sapremo svolgere questo impegnativo compito. Quelle parole sono oggi più che mai cariche di significato dopo la bella notizia che ci è giunta da Roma.

Rassegna giurisprudenziale

in collaborazione con
A. MENARINI
 diagnostics

1. L'atto di esclusione, ancorché non definisca interamente il procedimento, è immediatamente lesivo per il soggetto escluso e per quanto lo concerne rappresenta l'atto conclusivo del procedimento stesso. (...) Com'è pacifico in giurisprudenza, se l'impresa assiste, tramite rappresentante, alla seduta in cui vengono adottate determinazioni in ordine all'esclusione della sua offerta, è in tale seduta che l'impresa acquisisce la piena conoscenza del provvedimento ed è dalla data della stessa seduta che decorre il termine per impugnare il medesimo provvedimento, mentre la presenza di un rappresentante della ditta partecipante alla gara di appalto in quella seduta non comporta ex se la piena conoscenza dell'atto di esclusione ai fini della decorrenza del termine per l'impugnazione solo qualora il rappresentante stesso non sia munito di apposito mandato o non rivesta una specifica carica sociale, ossia non ricorrano i casi in cui la conoscenza avuta dal medesimo sia riferibile alla società concorrente (cfr., tra le più recenti, Cons. St., sez. VI, 13 dicembre 2011 n. 6531 e sez. V, 18 novembre 2011). (cfr. art. 79, comma 5, lett. b) d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)

2. Per quanto concerne il "mancato inoltro della comunicazione prevista dall'art. 79 dello stesso d.lgs. n. 163 del 2006 (come

modificato dall'art. 2, co. 1, del cit. d.lgs. 20 marzo 2010 n. 53), la giurisprudenza di questo Consiglio di Stato ha già chiarito che la norma risponde al fine di garantire piena conoscenza e certezza della data di conoscenza in relazione agli atti di gara, segnatamente esclusioni e aggiudicazioni; tuttavia, da un lato non prevede le forme di comunicazioni come "esclusive" o "tassative" e, dall'altro lato, non incide sulle regole processuali generali del processo amministrativo in tema di decorrenza dei termini di impugnazione dalla data di notificazione, comunicazione o comunque piena conoscenza dell'atto; sicché lo stesso art. 79 lascia in vita la possibilità che, ai fini in parola, la piena conoscenza dell'atto sia acquisita con altre forme, ovviamente con onere di prova a carico di chi eccepisce l'avvenuta piena conoscenza con forme diverse da quelle tipiche prescritte (cfr. cit. n. 6531 del 2011)".

(cfr. art. 79 comma 5, lett. b) d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)

Tratte da Consiglio di Stato, Sez. III, 22 agosto 2012, n. 4593, A. Menarini Diagnostics s.r.l. contro Roche Diagnostics s.p.a., nei confronti di Azienda Sanitaria Locale di Asti

1. L'Azienda Sanitaria ha indetto una "procedura negoziata per la fornitura di un sistema automatico per immunocolorazione necessario alla S.O.C. di anatomia, istologia patologica e citodiagnostica", invitando a partecipare, tra le altre, Alfa e Beta, che veniva esclusa perché non in possesso dei requisiti minimi prescritti dai punti 4 e 5 del capitolato speciale di gara.

Beta, in data 26 marzo 2011, ha quindi impugnato davanti al Tar competente gli atti di gara, tra cui in particolare il verbale n. 2 del 27 gennaio 2011 sull'"apertura buste offerta economica", che aveva disposto la sua esclusione e l'aggiudicazione provvisoria in favore di Alfa, chiedendo, inoltre, la dichiarazione di inefficacia del contratto eventualmente stipulato ed il risarcimento del danno.

2. Il ricorso è stato accolto dal Tar in relazione alla censura relativa all'apertura delle buste contenenti l'offerta tecnica in seduta riservata, con assorbimento degli ulteriori motivi.

3. Di qui l'appello proposto da Alfa per diversi profili, tra cui il mancato esame dell'eccezione, pregiudiziale rispetto all'esame delle argomentazioni di merito, di tardività del ricorso di primo grado in relazione alla conoscenza dell'esclusione, disposta nella seduta pubblica del 12 gennaio 2011 alla presenza di un rappresentante di Beta munito di apposita delega: il



termine per proporre ricorso scadeva l'11 febbraio 2011 mentre il ricorso era stato notificato solo il 26 marzo 2011.

4. Il Consiglio di Stato ha accolto l'appello di Alfa proprio in relazione a tale motivo, perché "come risulta chiaramente dal "verbale di apertura buste offerta economica" del 12 gennaio 2011 del responsabile del procedimento, la ricorrente in primo grado [Beta], presente alle operazioni a mezzo di proprio rappresentante, è stata in quella sede esclusa dalla gara per la fornitura di un sistema automatico per immunocolorazione, indetta dall'Azienda sanitaria locale (...). Previa lettura della relazione del 15 dicembre 2010 del direttore dell'unità operativa a cui è destinata la fornitura, il menzionato responsabile del procedimento ha infatti espressamente dichiarato "che non sono ammesse al proseguo della gara le offerte pervenute dal parte delle ditte: - [Beta] in quanto la strumentazione offerta (...) non possiede due dei principali requisiti minimi richiesti (...)".

4.1. Il Collegio osserva, in merito, che "l'atto di esclusione, ancorché non definitiva interamente il procedimento, è immediatamente lesivo per il soggetto escluso e per quanto lo concerne rappresenta l'atto conclusivo del procedimento stesso. [Beta] avrebbe dovuto impugnare il predetto ver-

bale entro il termine abbreviato di legge scadente l'11 febbraio 2011, mentre vi ha provveduto solo con ricorso inoltrato per le notificazioni in data 26 marzo seguente. Com'è pacifico in giurisprudenza, se l'impresa assiste, tramite rappresentante, alla seduta in cui vengono adottate determinazioni in ordine all'esclusione della sua offerta, è in tale seduta che l'impresa acquisisce la piena conoscenza del provvedimento ed è dalla data della stessa seduta che decorre il termine per impugnare il medesimo provvedimento, mentre la presenza di un rappresentante della ditta partecipante alla gara di appalto in quella seduta non comporta ex se la piena conoscenza dell'atto di esclusione ai fini della decorrenza del termine per l'impugnazione solo qualora il rappresentante stesso non sia munito di apposito mandato o non rivesta una specifica carica sociale, ossia non ricorrano i casi in cui la conoscenza avuta dal medesimo sia riferibile alla società concorrente (cfr., tra le più recenti, Cons. St., sez. VI, 13 dicembre 2011 n. 6531 e sez. V, 18 novembre 2011)".

4.1.2. Nella fattispecie, il rappresentante di [Beta] era munito di apposita delega, datata 11 gennaio 2011, dell'amministratore delegato e legale rappresentante della stessa [Beta] per poter partecipare "all'apertura delle buste contenenti le offerte economiche (...) con

facoltà di illustrare l'offerta presentata, mettere a verbale dichiarazioni, richieste di chiarimenti e contestazioni".

4.2. Alcun rilievo può poi assumere il "mancato inoltro della comunicazione prevista dall'art. 79 dello stesso d.lgs. n. 163 del 2006 (come modificato dall'art. 2, co. 1, del cit. d.lgs. 20 marzo 2010 n. 53)", dal momento che, conclude il Collegio, "la giurisprudenza di questo Consiglio di Stato ha già chiarito che la norma risponde al fine di garantire piena conoscenza e certezza della data di conoscenza in relazione agli atti di gara, segnatamente esclusioni e aggiudicazioni; tuttavia, da un lato non prevede le forme di comunicazioni come "esclusive" o "tassative" e, dall'altro lato, non incide sulle regole processuali generali del processo amministrativo in tema di decorrenza dei termini di impugnazione dalla data di notificazione, comunicazione o comunque piena conoscenza dell'atto; sicché lo stesso art. 79 lascia in vita la possibilità che, ai fini in parola, la piena conoscenza dell'atto sia acquisita con altre forme, ovviamente con onere di prova a carico di chi eccepisce l'avvenuta piena conoscenza con forme diverse da quelle tipiche prescritte (cfr. cit. n. 6531 del 2011)".



gli esperti rispondono

Sul DUVRI da allegare al contratto delle centrali committenza

**Monica Piovi
Piero Fianza**
PA Consultant

Un addetto del settore approvvigionamenti di una centrale di committenza, che non si limita a svolgere le operazioni di gara ma provvede anche alla sottoscrizione del contratto, chiede se sia legittimo procedere alla sottoscrizione del contratto con il soggetto aggiudicatario allegando il DUVRI (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza) "ricognitivo" (già approvato insieme agli atti di gara) e non quello "definitivo".

Il D. Lgs. n. 81/2008, recante disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, all'art. 26, comma 3 ter – nella sua formulazione attuale, così come modificata dal D. Lgs. n. 106/2009 – detta una disciplina specifica in materia di redazione del DUVRI nell'ipotesi in cui il datore di lavoro non coincida con il committente e nel caso delle centrali di committenza. In questi casi "il soggetto che affida il contratto redige il DUVRI recante una valutazione ricognitiva dei rischi standard relativi alla tipolo-

gia della prestazione che potrebbero potenzialmente derivare dall'esecuzione del contratto. Il soggetto presso il quale deve essere eseguito il contratto, prima dell'inizio dell'esecuzione, integra il predetto documento riferendolo ai rischi specifici da interferenza presenti nei luoghi in cui verrà espletato l'appalto; l'integrazione, sottoscritta per accettazione dall'esecutore, integra gli atti contrattuali".

La norma, pertanto, individua chiaramente il momento in cui deve avvenire l'integrazione del DUVRI ricognitivo, collocandolo "prima dell'esecuzione" e non "prima della stipula del contratto"; ne consegue che la centrale di committenza può allegare il DUVRI ricognitivo in occasione della stipula del contratto, inserendo all'interno del contratto stesso una clausola in cui si specifica che il documento in questione dovrà essere integrato con riferimento ai rischi specifici da interferenza presenti nei luoghi in cui verrà eseguito l'appalto e che si provvederà al suo adeguamento in funzione dell'evoluzione del servizio, essen-

do il DUVRI, anche quello definitivo, uno strumento dinamico.

Spetta al soggetto esecutore, prima dell'inizio dell'esecuzione del contratto, integrare il DUVRI ricognitivo con quello definitivo. Del resto la previsione per cui detta integrazione deve essere "sottoscritta per accettazione dall'esecutore" e che "integra gli atti contrattuali" lascia desumere che a monte vi sia già stata una sottoscrizione del contratto, del quale è destinato a costituire parte integrante.

Si ricorda che il DUVRI ricognitivo, predisposto dalla centrale di committenza, deve comunque indicare i costi relativi alla sicurezza conseguenti alla valutazione delle interferenze, stimandoli in un ammontare plausibile, che si avvicini il più possibile al loro ammontare effettivo. In assenza di una previsione realistica dell'ammontare dei costi, il loro significativo aumento in sede di redazione del DUVRI definitivo, potrebbe, infatti, inficiare la legittimità della gara (Cons. di Stato, sez. III, 3.10.2011, n. 5421).

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.

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

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

io bevo
Aiuta l'ambiente

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

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



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

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

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



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

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

3

apparecchiature elettromedicali

AIR LIQUIDE
Sanità

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

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

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

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

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

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

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 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, MODUTECH**: MAQUET offre la più ampia gamma di pensili da sala operatoria e terapie intensive che il mercato oggi proponga, funzionalità, ampia possibilità di cablaggio interno per tutte le esigenze, maneggevolezza e design accattivante rendono questi prodotti unici nel loro segmento.

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

MAQUET Italia S.p.A.

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

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



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

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

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

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

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

TOSHIBA

Sistemi Ecografici digitali con Doppler Pulsato, Continuo e Color Doppler per applicazioni addominali, ostetrico-ginecologico, periferico-vascolare,

cardiologico, urologico. **Sonde** specialistiche, intraoperatorie, laparoscopiche e per biopsia. **Sistemi di Tomografia Computerizzata Volumetrica/Spirale – Multislice – Risonanza Magnetica – Radiologia Polifunzionale Computerizzata – Angiografia Digitale – Sistemi per Emodinamica ed Angioplastica – Mammografia.**

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

Tel. 06 520771 – Fax 06 5295879 – itatosh@tmse.nl – www.toshiba-europe.com

Serv. Tecnico: Tel. 06 52077208 – Fax 06 5204739



4

apparecchiature e servizi di sterilizzazione

3M Salute

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

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

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

BRAUN

Divisione Aesculap

Autoclavi – Containers ed accessori

SHARING EXPERTISE

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

5

apparecchiature radiologiche ed accessori

AGFA **HealthCare**

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

Agfa-Gevaert s.p.a. Via Gorki, 69 – 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel. 02 3074.2 – Fax 02 3074442

Carestream Health

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

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

CARESTREAM HEALTH ITALIA Viale Matteotti 62 – 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)
Tel. 02 660981 – www.carestreamhealth.com



Attrezzature diagnostica per immagini

Trade Art 2000

Trade Art 2000 S.r.l. Via della Pisana, 1353 – 00163 ROMA – Tel. 06 65771711 r.a.
Fax 06 65771718 – info@tradeart2000.com – www.tradeart2000.com

6

arredamento | mobilio

Favero Health Projects

Favero Health Projects S.p.A.

Via Schiavonesca Priula, 20
31030 Biadene di Montebelluna – Treviso-Italy
Tel +39 0423 6125 – Fax +39 0423 612680
info@favero.it – www.favero.it
www.hospitalfavero.com
Azienda certificata UNI EN ISO 9001: 2000



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

INDUSTRIE GUIDO MALVESTIO S.p.A.

Via Caltana, 121 – 35010 VILLANOVA (Padova) – Italy
Azienda certificata ISO 9001:2008 – ISO 13485:2003
Tel. 049 9299511 – Fax 049 9299500 – info@malvestio.it – www.malvestio.it

elenco fornitori

7

articoli sanitari | dispositivi medici e prodotti farmaceutici

3M Salute Prodotti monouso in TNT per la copertura del paziente in sala operatoria, camici chirurgici in TNT, teli da incisione iodati e non, rasoi per tricomia, mascherine chirurgiche. Prodotti per la medicazione di cateteri intravascolari, cerotti per la sutura e la medicazione di ferite chirurgiche, prodotti per la prevenzione e la cura delle ferite croniche. Bende sintetiche per immobilizzazioni rigide e semirigide, stecche preconfezionate.

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

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

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

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

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

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

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

Boston Scientific La **Boston Scientific** è un'azienda a livello mondiale che sviluppa, produce e distribuisce dispositivi medici. Da oltre 30 anni la **Boston Scientific** si dedica al miglioramento delle procedure mediche meno invasive grazie ad un ampio e dettagliato portafoglio di prodotti, tecnologie e servizi innovativi che coprono una vasta gamma di specialità mediche. Diffusi a livello mondiale, i prodotti della **Boston Scientific** consentono a medici ed altri professionisti del settore di migliorare la qualità della vita dei pazienti fornendo alternative all'intervento chirurgico.

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

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

Divisione Hospital Care: Siringhe e cannule - Sistemi per venipuntura centrale e periferica - Sistemi per anestesia spinale, epidurale e del plesso - Cateteri uretrali - Sistemi di misurazione e drenaggio delle urine - Prodotti e presidi per nutrizione enterale e parenterale - Soluzioni infusionali e per irrigazione.
Divisione OPM: Presidi per colo, ileo ed urostomizzati - Presidi per la raccolta dei liquidi di drenaggio - Presidi per la raccolta di urina - Cateteri vescicali idrofili per il cateterismo intermittente - Sistemi per la gestione del catetere vescicale a permanenza.

B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 - 20161 MILANO
Tel. 02 66218.2 - Fax 02 66218 290 - Customer Service - Fax 02 66243 350
Div. Aesculap - Fax 02 66243 310 - Div. Hospital Care - Fax 02 66218 298
Div. Out Patient Market - Fax 02 66218 357
servizio.clienti@bbraun.com - info.bbitalia@bbraun.com - www.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 dei Colatori, 5E - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. +39 055 7766511 - Fax +39 055 340112 - www.medline.com/it

DePuy Mitek 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

Ethicon Products **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

ETHICON ENDO-SURGERY **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

FATER S.p.A. **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

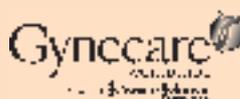
Via A. Volta, 10 - 65129 PESCARA
Tel. 085 4552554 - Fax 085 4552552 - legnini.a@fater.it - www.fater.it



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.

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, Gastrologia, 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 nuova sede di Pall Italia 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



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, snr – 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 intracolicale. 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 ONETOUCH® Ultra®, ONETOUCH® Ultra®2, ONETOUCH® UltraSmart™ e ONETOUCH® UltraEasy™

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



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

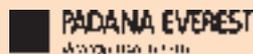
11

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 aeree, portierato, vigilanza. Gestione servizi integrati per l'energia alternativa, progettazione, realizzazione e manutenzione impianti tecnologici per il risparmio energetico.

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

elenco fornitori



13 medicazioni

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

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

BRAUN Divisione OPM
Medicazioni avanzate per lesioni croniche ed ustioni. Soluzioni per la corretta deterzione ed idratazione delle lesioni croniche.

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

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

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

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

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

SILC S.p.A. Ausili per incontinenti (con service a domicilio). Articoli monouso per l'igiene del paziente. Pannolini e salviette umidificate per bambini. Assorbenti igienici per signora. Salviette umidificate milleusi e per igiene intima.

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

smith&nephew Azienda leader di dispositivi medici fondata nel 1856 e operante in oltre 90 paesi. Nell'ambito del Wound Management Smith & Nephew è leader nel settore delle medicazioni avanzate ed il suo portafoglio prodotti è il più completo del mercato, includendo medicazioni, farmaci e dispositivi elettromedicali (come la terapia a pressione negativa – NPWT) per la cura di ferite croniche, acute ed ustioni. Con un patrimonio di competenze che non ha eguali nel wound care, offre supporto clinico, formativo e gestionale, per favorire la diffusione di un approccio orientato all'efficienza ed all'appropriatezza delle cure.

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

14 gestioni in service | logistica

CAMPOVERDE Raccolta, trasporto, condizionamento, smaltimento di rifiuti radioattivi, sorgenti radioattive non più utilizzabili, sorgenti ad alta attività, parafulmini con elementi radioattivi, rivelatori di fumo contenenti elementi radioattivi, carogne di animali contaminate da isotopi radioattivi, rottami metallici contaminati, materiali radiferi. Interventi di bonifica ambientale. Gestione fine Vita AEE. Deposito, manipolazione, gestione logistica e distribuzione per conto terzi di materiali e prodotti radioattivi, alimentari, diagnostici, farmaceutici, cosmetici, attrezzature biochimiche, software scientifici, apparecchiature elettriche–televisive–satellitari ed ottiche. Distributori per l'Italia delle sorgenti Eckert & Ziegler GmbH – Sorgenti di taratura e riferimento, sorgenti per medicina nucleare, sorgenti di ⁶⁰Ge per PET, soluzioni di ⁹⁰Y e ¹⁷⁷Lu per radioimmunologia – e per la sonda per linfonodo sentinella C–TRAK.

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

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

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

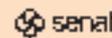
NGC medical spa Gestione tecnologica e logistica di Laboratori di Emodinamica, Blocchi Operatori di Cardiocirurgia, Terapie Intensive.

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

15 varie

EXPOSANTA' Mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza
servizi, convegni, seminari, corsi di formazione, iniziative speciali dedicati agli operatori della sanità e dell'assistenza.

È una manifestazione fieristica di:



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 - www.padanaeverest.it

IN EVIDENZA NELLA SANITÀ



PADANA EVEREST
detergenza tessile

I SERVIZI:

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

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

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

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