

MENSILE
DI TECNICA
ED ECONOMIA
SANITARIA

1/2.13

teme

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 51 - N° 11/12 Gennaio-Febbraio 2013
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.



De Angelis:
La fissazione
di "tetti"
alla spesa
sanitaria

Grilli:
la nuova
normativa
sulla
Amministrazione
aperta

Lazzini:
A proposito
di clausole
di
esclusione

**Sollazzi
Barbariga:**
Pulizia e
sanificazione:
un appalto...
al verde!!

inratio 2

Il sistema portatile per il monitoraggio del PT/INR

**Semplice
Veloce
Accurato**

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

**Per il professionista
Per il paziente**



Comunicazione esclusivamente riservata ai professionisti sanitari.



In copertina:
opera tessile di Said El Wetry

1/2.13 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 51 - Gennaio-Febrero 2013

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 - tucciomessina@virgilio.it

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

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

Editore - ASSOEL
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: Assoel Edizioni Teme, Via A. Pistola 21 - 01033 Civita Castellana (VT).

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

Diritti Riservati

3 editoriale

Spending review. Lascia o raddoppia?

Marco Boni

4 pulizia e sanificazione

Pulizia e sanificazione:
un appalto... al verde!

Giuseppe Sollazzi, Paola Giovanna Barbariga

8 pulizia e sanificazione

Il servizio di pulizia e sanificazione
in ambito ospedaliero

Marcella Abbate, Giovanni De Masi

15 normazione

A proposito di clausole di esclusione

Sonia Lazzini

19 normazione

Sanità digitale: quando gli interventi
del Legislatore determinano complicazioni

Annalisa Lisi, Sarah Ungaro

23 amministrazione aperta

Riflessioni in merito alla nuova
normativa sull' "Amministrazione Aperta"

Francesco Grilli

27 spesa sanitaria

La fissazione di "tetti" alla spesa sanitaria

Paolo De Angelis

32 VI M.A.San.

Sistemi dinamici di Acquisizione in ambito sanitario:
percezione e livello di conoscenza da parte degli addetti ai lavori

Alberto Cendron, Andrea Carlo Lunardi, Giuseppe Mastrodomenico, Giuseppe Nuzzolese

41 gli esperti rispondono

43 juris aula

45 elenco fornitori



ASSOCIATO ALL'U.S.P.I.
UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA
Chiuso in tipografia il 28 febbraio 2013



“Gli appalti ai tempi della spending review: la recente giurisprudenza sulla spending review, le strategie degli Estav in Toscana sulla razionalizzazione della spesa sanitaria, i ritardi nei pagamenti e la Banca Dati per la verifica dei requisiti presso l’AVPC”

Seminario
venerdì 19 aprile 2013

Grand Hotel Adriatico • Via Maso Finiguerra, 9 (pressi Stazione Centrale) • Firenze

- Ore 9.40:** Registrazione partecipanti
- Ore 10.00:** *“Il punto sulla spending review, anche ai sensi delle recenti pronunce del Tar Lazio”*
Piero Fidanza (Studio legale Fidanza)
- Ore 10.50:** *“La risposta della Regione Toscana alle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento al ruolo degli Estav...”*
Monica Piovi (Direttore Generale ESTAV Sud Est Regione Toscana)
- Ore 11.40:** *Coffee break*
- Ore 11.50:** *“Le nuove modalità di partecipazione alle gare e il nuovo sistema dei controlli in base alla Deliberazione AVCP del 24/12/2012. Il funzionamento della Banca dati nazionale dei contratti pubblici”*
Filippo Romano (Direttore Generale Osservatorio presso l’Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici)
- Ore 12.45:** **Dibattito**
- Ore 13.15:** *Lunch*
- Ore 14.15:** *“La questione del ritardo nei pagamenti nella P.A. alla luce delle recenti novità normative”*
Carmine Scarano (Procuratore Generale della Corte dei Conti del Veneto)
- Ore 15.30:** *Partnership: il punto di vista delle imprese del settore sanitario*
- Ore 16.00:** Chiusura lavori

Per informazioni:

Segreteria Organizzativa WWES Tel. 055.4630555 - Fax: 055.476824 - e.mail: info@wwes.it
È prevista una riduzione del 50% del costo dell’iscrizione al seminario per i soci FARE

Spending review. Lascia o raddoppia?

Marco Boni
Direttore TEME

Le vicende di quella parte della manovra di spending review che ha per oggetto la riduzione dell'importo dei contratti per l'acquisto di beni e servizi è sintomatica di quell'italico andazzo che ormai travolge anche il sistema delle regole. Il testo della norma appariva, per una volta, abbastanza chiaro: andavano ridotte quantitativamente e/o qualitativamente del 5% le prestazioni e correlativamente l'importo dei contratti (una sorta di parziale applicazione forzata in diminuzione del famoso "quinto d'obbligo"). Tuttavia, siccome si riteneva iniqua (trattandosi di un taglio lineare) e impossibile (dovendo correlativamente mantenere l'invarianza dei servizi ai cittadini) l'applicazione della norma, si è tentato inizialmente, con alcuni contorcimenti interpretativi, di far dire al legislatore che si dovevano ridurre semplicemente i prezzi. Alla faccia di quel divieto assoluto di rinegoziare i contratti dopo l'aggiudicazione, il cui mancato rispetto fino al giorno prima avrebbe determinato sanzioni comunitarie. Qualche fornitore, preso alla sprovvista, c'è cascato. Qualche provveditore ha poi orgogliosamente sbandierato di aver ottenuto adeguate riduzioni di prezzo. Ha quindi confermato, implicitamente, che stava comprando a prezzi gonfiati. Alla fine (ma non è finita) sappiamo com'è andata: nel complesso, con la riduzione di prezzi e/o prestazioni, compatibilmente con il mantenimento dei servizi essenziali, si è ottenuto un risultato economico ben al di sotto dell'obiettivo. Tale da non compensare, forse, i costi dell'attività di "ricontrattazione".

Secondo un'indagine FIASO, il taglio unilaterale del 5% dei prezzi è stato accordato da meno del 4% dei fornitori. La riduzione globale dell'importo dei contratti, in esito all'attività di ricontrattazione di prezzi e prestazioni, è risultata mediamente del 2%, anziché del 5% previsto dalla legge n. 135/2012. La norma - per quanto giudicata ingiusta, ma pur tuttavia cogente - è stata quindi largamente disapplicata. E non è successo e non succederà nulla. Cioè oggi le leggi si applicano "un tanto al chilo", o, come si dice, "a piacere". Nemmeno pensare, poi, di chiedere conto a chi, lautamente compensato allo scopo, ha ideato una manovra flop (per la cui progettazione - nei termini in cui è stata pensata - forse non serviva un super tecnico), che non ha portato i risparmi contabilizzati. Il finale è "all'italiana".

Il legislatore "raddoppia", ma "lascia". Cioè, alza l'asticella e l'obiettivo di riduzione dell'importo dei contratti è portato al 10% (legge di stabilità 2013). Il tutto deve determinare un risparmio su base annua di circa 500 milioni di euro, minor spesa che, ad ogni buon conto, è già contabilizzata nella decurtazione complessiva del fondo sanitario nazionale. Un particolare: siccome si è capito che per garantire i livelli essenziali di assistenza non ci si fa a tagliare i contratti del 5% e quindi tantomeno del 10%, l'obiettivo si intende raggiunto anche "adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario". Insomma, "fate 'n po' come ve pare". Che non si dica, però, che per governare la spesa non sono stati forniti adeguati e incisivi strumenti.

Pulizia e sanificazione: un appalto... al verde!

Giuseppe Sollazzi

Responsabile Servizio Provveditorato
Azienda Ospedaliera Desenzano (Bs)

Paola Giovanna Barbariga

Collaboratore Amministrativo
Azienda Ospedaliera Desenzano (Bs)

In precedenti articoli abbiamo già avuto modo di sottolineare come i principi di *Etica e Responsabilità Sociale* che dobbiamo porre a fondamento della nostra attività in quanto appartenenti ad una Comunità Sociale basata sulla cultura dei valori e non sulla sola cultura del profitto, debbano spingere i Provveditori Economi della Sanità a fare qualcosa in più dei *meri doveri giuridici* per contribuire allo sviluppo ed al miglioramento della società, assumendo un ruolo attivo. Uno dei modi per assolvere a questo compito è quello di stimolare le proprie Aziende ad intraprendere la strada degli acquisti verdi, che si rivela particolarmente idonea in quanto assolve alla mission aziendale in materia di prevenzione, costituisce un esempio virtuoso per i cittadini, stimola le Imprese ad innovare processi e prodotti in senso ecologico, dà impulso alla green economy: non dimentichiamo che per dimensioni, fatturato e numero di dipendenti, spesso, le Aziende Ospedaliere rappresentano le maggiori realtà socio-economiche del territorio di riferimento.

Se l'aspetto teorico di quanto sopra illustrato è facilmente condivisibile, la parte pratica non è di semplice attuazione perché si tratta di aggiungere complessità in un settore già di per sé ostico e cavilloso. Per farlo con successo dobbiamo essere disposti ad un surplus di impegno personale: dobbiamo aggiornarci, studiare, innovare, anche

quando nessuno ce lo chiede, evitando il comodo "*così fan tutti*" che permette quel quieto vivere che non disturba nessuno. Con questo spirito l'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda ha istruito ed aggiornato una procedura per l'affidamento del servizio di pulizia e sanificazione a basso impatto ambientale.

A beneficio di coloro che per curiosità o per premura professionale fossero interessati, di seguito si illustrano i contenuti della documentazione di gara ed i risultati conseguiti.

Il Bando

L'attivazione di una procedura d'appalto "verde" richiede che si espliciti tale intenzione sin dal bando. A tale riguardo viene in soccorso l'art. 42, comma 1, lett f) del Codice il quale, in materia di capacità tecnica e professionale, consente, nella fase di prequalifica, di *selezionare coloro che dimostrino di possedere capacità di gestione ambientali*.

Altra disposizione di fondamentale importanza per la predisposizione del bando è rappresentata dall'art. 44 "*Norme di gestione ambientale*" che, nei servizi, prevede possibilità per la S.A. di *chiedere che l'Appaltatore nell'esecuzione del contratto applichi misure di gestione ambientale EMAS o ISO 14001*.

Nell'appalto in questione, sulla scorta di quanto previsto dagli articoli 42 e 44 del Codice, il bando ha riservato la partecipazione alla gara agli operatori economici in possesso delle certificazioni indicate nel box n. 1

Il Capitolato Speciale

Sin dalle premesse, è opportuno segnalare ai potenziali concorrenti l'intenzione dell'Azienda di appaltare un servizio rispettoso dei criteri ambientali.

Il tenore di tale intento è così individuabile: "*L'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda è impegnata a porre in pratica i prin-*

L'attivazione di una procedura d'appalto "verde" richiede che si espliciti tale intenzione sin dal bando per consentire la selezione di coloro che possiedono capacità di gestione ambientali

cipi degli acquisti verdi e sostenibili (Green and Sustainable Public Procurement) che si realizzano attraverso l'acquisizione di beni e servizi a ridotto impatto ambientale, fabbricati ed eseguiti avendo particolare cura per il rispetto dei diritti e della dignità umana. La missione perseguita è quella di salvaguardare la salute delle persone anche attraverso la diffusione della cultura e dell'esempio di "consumatori ambientalmente e socialmente responsabili".

Parte tecnica: i prodotti

In un appalto di pulizia "verde", la prima prescrizione da imporre ai concorrenti riguarda le sostanze che non possono essere contenute nei prodotti che l'appaltatore intende utilizzare. Il box 2 riporta tale elenco. Il secondo obbligo riguarda i prodotti il cui utilizzo è vietato. Il box 3 ne riporta l'elencazione.

Indicati sostanze e prodotti che non possono essere impiegati, la parte sicuramente più interessante sotto il profilo ambientale riguarda l'obbligo di usare prodotti rispettosi dell'ambiente: in ciò ci soccorre l'art. 68, comma 9, del Codice. Il Capitolato

prevedeva tale obbligo solo per i prodotti da utilizzare nelle aree amministrative in quanto non c'era certezza sull'esistenza di prodotti ecologici idonei per le altre aree a maggior rischio. Come vedremo, per assicurarsi i punti in palio, i concorrenti hanno proposto articoli a basso impatto ambientale anche per queste ultime.

Il box 4 riporta la prescrizione per le aree amministrative. Si sottolinea che per evitare ricorsi dei concorrenti che potrebbero eccepire in ordine alla restrizione della concorrenza non è possibile prevedere l'obbligo di utilizzare solo prodotti Ecolabel.

Parte tecnica: spazio alle proposte dei concorrenti

Nell'ambito del capitolato, in tema di rispetto ambientale, parte importante è assegnata alla capacità propositiva dei concorrenti: ricordiamoci che, seppur cerchiamo di tenerci aggiornati, il mercato è sempre un passo più avanti di noi. A tale proposito gli offerenti erano chiamati a redigere 3 relazioni, alle quali, come vedremo, erano collegati specifici punteggi:

una relazione concernente le misure di sostenibilità ambientale relative ai prodotti di pulizia e sanificazione utilizzati;

una relazione concernente le misure di sostenibilità ambientale relative a macchi-

Box 1

- Certificazione di sistema di gestione ambientale (EMS), in conformità alla norma UNI EN ISO 14001:2004, nel settore EA 35 che riporti quale scopo di certificazione/campo di attività: Servizi di sanificazione presso strutture o ambienti sanitari o ospedalieri (o dicitura similare), rilasciato da un Ente di certificazione accreditato per i Sistemi di gestione Ambientale EA 35 da ACCREDIA, o da altro Ente di accreditamento firmatario degli accordi di mutuo riconoscimento ovvero

- Certificazione EMAS (Regolamento C.E. n. 761/2001) rilasciato per il gruppo NACE 81.2. Il certificato deve riportare la data di emissione e la data di scadenza.

Box 2

È tassativamente vietato l'impiego delle seguenti sostanze o miscele contenenti: acido cloridrico - acido nitrico - ammoniaca - aldeidi - benzene - soda caustica - alcool denaturato - nichel-cromo - cobalto - neomicina - prodotti spray con propellenti a base di cfc-fenoli con concentrazione superiore al 4% ed in genere prodotti classificati come pericolosi per l'ambiente e dannosi per la salute secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

ne ed attrezzature impiegate nello svolgimento del servizio;
una relazione circa le eventuali ulteriori misure di sostenibilità ambientale proposte,

box n. 5 sono indicati i punteggi riservati alle relazioni richieste: ben 15 punti sui 60 previsti per i fattori tecnico-qualitativi, pari al 25%.

La valutazione: i punteggi

L'apprezzamento degli impegni ambientali dei concorrenti deve essere collegato a specifici criteri di valutazione ed a punteggi tali da incentivare e premiare le proposte ecologiche e rispettose dell'ambiente. Nel

I risultati conseguiti

Sotto il profilo ambientale, i risultati ottenuti sono stati lusinghieri. Tutti i concorrenti hanno profuso sforzi per formulare proposte finalizzate al rispetto per l'ambiente ottenendo dagli 8 ai 12,50 punti sui

Box 3

È vietato l'utilizzo dei prodotti: classificati come

Molto Tossici (T+);

Tossici (T);

a. con le seguenti frasi di rischio:

- classificati come cancerogeni di categoria 1 (R45);
- classificati come cancerogeni di categoria 2 (R49);
- mutageni di categoria 1 o 2 (R46);
- tossici per la riproduzione di categoria 1 (R60);
- tossici per la riproduzione di categoria 2 (R61);
- che possono provocare sensibilizzazione per inalazione (R42);
- che può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle (R43);
- altamente tossici per gli organismi acquatici (R50);
- tossici per gli organismi acquatici (R51);

b. contenenti:

- acido etilendiamminotetracetico (EDTA);
- acido alchilfenoletoossilati (APEO);
- sbiancanti a base di cloro (composti di cloro attivo);
- composti di muschi azotati e muschi policiclici;
- composti organici volatili in concentrazione superiore al 10% in peso del prodotto (20% nel caso di prodotti per pavimenti);
- tensioattivi non rapidamente biodegradabili (test OECD 301 A-F);

Box 4

Per le aree amministrative i prodotti devono essere a basso impatto ambientale. Si considerano tali:

- a. i prodotti che hanno ottenuto il marchio comunitario di qualità ecologica Ecolabel (Regolamento 1980/2000/CE) che rispettano i criteri ecologici stabiliti con la Decisione della Commissione del 23/03/2005, per l'assegnazione del marchio "detergenti multiuso" e ai "detergenti per servizi sanitari" e successivi eventuali aggiornamenti;
- b. i prodotti che hanno ottenuto il marchio Nordic Swan che rispettano i criteri stabiliti dal Nordic Ecolabelling per i "clearing products", versione 3.3 (23/03/2006) ed eventuali aggiornamenti;
- c. i prodotti che hanno ottenuto il marchio E.F.D.L. (Environment Friendly Detergent Line/Linea di Detergenti Amici dell'Ambiente).

Saranno accettati anche prodotti con caratteristiche equivalenti a quelle certificate dai suddetti marchi, purché supportati da una relazione di prova di un organismo riconosciuto (per "organismi riconosciuti" si intendono i laboratori di prova e/o di calibratura e gli organismi di ispezione e di certificazione conformi alle norme europee applicabili) che dimostrino in modo inequivocabile le caratteristiche di impatto ambientale.

15 in palio. Una differenza significativa che ha influito sull'aggiudicazione.

In tal modo è stato raggiunto un primo obiettivo: quello di stimolare gli operatori economici "a pensare in verde".

Un secondo obiettivo ha riguardato l'incentivo alla green economy. Dal box 6, si evidenzia come, tranne per le sole cere, tutti i prodotti, per tutte le aree a basso e medio rischio interessate dall'appalto (quelle ad alto rischio non sono appaltate), siano a basso impatto ambientale. Se si considera che il valore del servizio di pulizia e sanificazione è di €1.800.000,00/anno e che interessa circa 62.000 mq., si può ben immaginare anche il positivo impatto che esso ha per l'industria che fabbrica tali prodotti.

Altro obiettivo, non meno importante è la prevenzione, che si sposa perfettamente con la mission aziendale: assicurare che un servizio così diffuso e capillare avvenga nel rispetto dell'ambiente significa sicuramente permettere ad operatori e pazienti di lavorare e vivere in luoghi più salutarie e

meno inquinati da sostanze che sicuramente non fanno bene né alla salute delle persone e neppure a quelle del nostro Pianeta.

Conclusioni

Quando il Provveditore si avvia una procedura per affidare un appalto di pulizia e sanificazione è conscio del gravoso lavoro che lo attende. Aggiungere anche profili ambientali aumenta la complessità ed il rischio di contenzioso: tutti fattori che abbiamo ben ponderato, giungendo però alla conclusione che era l'occasione per fare in prima persona qualcosa di concreto a favore dell'ambiente, senza limitarci a sterili auspici, aspettando che siano sempre gli altri ad agire.

Alla fine, tutti i collaboratori, anche degli altri servizi, che hanno partecipato all'aggiudicazione sono stati orgogliosi di aver contribuito al raggiungimento di questi risultati, consci di aver agito nel solco dell'etica e della responsabilità sociale, cardini fondamentali della nostra attività.

Box 5

Sostenibilità ambientale per il servizio di sanificazione:

- | | | |
|--|------|-----------------|
| a. misure di sostenibilità ambientale relative ai prodotti di pulizia e sanificazione utilizzati | p. 5 | Punti 15 |
| b. misure di sostenibilità ambientale relative a macchine ed attrezzature utilizzate | p. 5 | |
| c. eventuali altre misure di sostenibilità ambientale proposte | p. 5 | |

Box 6

I RISULTATI ECOLOGICI

- 8 Detergenti a marchio Ecolabel

- 3 Detergenti "biologici" certificati da ICEA (assenza di materie prime allergizzanti, irritanti o dannose per l'uomo e per l'ambiente, imballaggi da materie prime rinnovabili, riciclabili, efficacia paragonabile ai prodotti convenzionali di alta gamma)

- Solo cere e deceranti non sono Ecolabel/Biologici

- Forte contributo all'economia verde

- Sistema automatico preparazione flaconi di prodotto già diluito

- Riutilizzo flaconi: no rifiuti plastici

- Macchinari a basso consumo elettrico e bassa rumorosità

- Carrelli in materiale interamente riciclabile

- Notevole risparmio di acqua e di rifiuti liquidi

Il servizio di pulizia e sanificazione in ambito ospedaliero

Marcella Abbate

A.O. San Giovanni di Dio
e Ruggi d'Aragona - Salerno

Giovanni De Masi

A.O. San Giovanni di Dio
e Ruggi d'Aragona - Salerno

La pulizia di un ambiente sanitario costituisce senza dubbio il primo tra gli interventi di risanamento da effettuare per garantire l'igienicità di un locale (stanza di degenza, ambulatorio, sala d'attesa etc.) e conferire allo stesso un aspetto gradevole e rassicurante.

Preliminarmente è necessario distinguere la pulizia dalla sanificazione, intendendosi per pulizia *il processo di rimozione meccanica dello sporco da superfici, oggetti, cute e mucose, eseguito di norma con l'impiego di acqua, con o senza sostanze detergenti* e per sanificazione *la metodica di pulizia che, avvalendosi dell'uso di detergenti specifici, riduce il rischio di contaminazione batterica e consente il mantenimento dei livelli di sicurezza previsti dalle norme.*

Premesso ciò, vediamo che le fasi e l'efficacia del processo di pulizia e sanificazione fondano su elementi decisivi quali *la corretta esecuzione delle attività, l'utilizzo di prodotti chimici adatti alla tipologia degli ambienti e delle superfici da trattare, il rispetto delle seguenti fasi operative di:*

1. pulizia: eseguita normalmente mediante lavaggio con un detergente adatto al tipo di superficie da trattare, allo sporco e al risultato che si vuole ottenere;
2. protezione: realizzata in genere con prodotti a base di cere;
3. manutenzione: finalizzata ad eliminare lo sporco quotidiano o settimanale;
4. disinfezione (sanificazione): è punto cruciale delle operazioni in ospedale, trattandosi dell'unico sistema finalizzato specificamente a contenere la carica batterica patogena.

Un corretto metodo di sanificazione ospedaliera, poi, è improntato al rispetto di fondamentali principi operativi che hanno lo scopo di:

- salvaguardare lo stato igienico dei

locali, tenendo conto dell'uso cui essi sono destinati e per il quale è necessaria un'attività di sanificazione con frequenze ed intensità diverse;

- garantire che le condizioni estetiche dell'ambiente non subiscano alterazioni per effetto di un utilizzo improprio dei prodotti di pulizia che porti al deterioramento delle superfici trattate.

Rispetto a ciò, vediamo che la corretta esecuzione del servizio presuppone un ulteriore elemento basilare dato dalla preventiva individuazione e catalogazione delle superfici e degli ambienti da sanificare in rapporto alla quantità e alla qualità dei microrganismi che vi si possono annidare.

Le superfici, pertanto, vanno distinte in: - verticali e orizzontali; - lisce o omogenee e porose o non omogenee; è da notare che le superfici orizzontali sono le più pericolose rispetto alla carica microbica che cresce progressivamente, procedendo dal soffitto al pavimento. Il pavimento, infatti, è una delle superfici più critiche perché vi si deposita la maggior parte degli agenti patogeni (polvere, sporcizia, batteri), raccolti con scarpe, ruote di carrelli etc. e trasferiti fino al limite dell'area sterile sviluppando, nel percorso, una situazione di inquinamento pericolosissima per l'ambiente chirurgico in particolare.

Tenuto conto di quanto precede, si evidenzia l'importanza che il processo di pulizia e sanificazione di una struttura ospedaliera, nel suo complesso e per i singoli ambienti che la compongono, sia articolato nelle seguenti tre macro-fasi: 1) elaborazione di uno specifico piano di pulizia e sanificazione; 2) corretta esecuzione dello stesso attraverso lo scrupoloso rispetto delle sue prescrizioni e l'utilizzo di attrezzature e prodotti idonei per le distinte tipologie di

ambienti e superfici da pulire; 3) verifica dell'efficacia del piano, in fase di esecuzione, anche mediante monitoraggio microbiologico delle superfici critiche individuate.

Pianificazione del servizio, struttura dell'impresa e passaggio di cantiere

La pianificazione di un servizio di pulizia in ambito ospedaliero è attività propedeutica indispensabile per assicurare la successiva, ottimale esecuzione dello stesso e per consentire che, a tal fine, le imprese concorrenti producano un'offerta tecnico-economica del tutto rispondente alle esigenze della stazione appaltante. Una corretta pianificazione presuppone, quindi, lo svolgimento delle seguenti attività: - sopralluogo dei tecnici della S.A. (in genere dell'UO Gestione Tecnica) per l'accertamento di tutti i dati strutturali e di classificazione-destinazione d'uso dei singoli ambienti; - rilevazione di eventuali problematicità e difficoltà tecnico-operative connesse alle caratteristiche del cantiere e al grado di rischio dei diversi locali, distinguendo tra aree scoperte, aree ordinarie (ad uso ufficio ed assimilabili), aree a rischio biologico (*) etc.; - elaborazione dei dati raccolti; - redazione del Capitolato Tecnico recante in dettaglio tutti gli elementi di cui sopra e che consentiranno alle imprese interessate una precisa valutazione dell'impegno operativo da programmare, sia in materia di organizzazione del lavoro che di metodologie, mezzi e struttura gestionale da attivare per la corretta esecuzione del servizio.

L'impegno operativo necessario allo scopo va stimato tenendo conto di tutto quanto richiesto nei documenti di gara per cui alla definizione dello stesso si arriverà attraverso una puntuale analisi delle varie tipologie di prestazioni, da effettuare sulla scorta dell'insieme di fattori correlati che

le influenzano, che consentirà di determinare i tempi tecnici di esecuzione delle singole attività e quelli del servizio nel suo complesso.

Un criterio di valutazione oggettivo delle singole prestazioni tiene conto dei seguenti coefficienti di stima: - *destinazione d'uso dei locali*; - *tipologia ed estensione delle rispettive superfici orizzontali e verticali*; - *frequenza degli interventi come prescritto in capitolato*; - *standard qualitativo in linea con il parametro "costo mq-pulito" previsto*; - *tecniche applicative scelte per ottimizzare il rapporto qualità/resa operativa*. Le somme delle *singole stime*, risultanti dalle medie di rendimento individuate attraverso i predetti coefficienti, sono in grado di determinare i tempi di intervento che costituiscono il dato basilare del piano di lavoro dal quale scaturiscono le altre componenti progettuali ed organizzative del servizio che, comunque, richiede l'impiego di risorse sufficienti a far fronte a tutte le necessità che possono derivare anche da circostanze *extra ordinem* quali, ad esempio, le assenze improvvise di personale o la richiesta di maggior impegno operativo da parte della S.A..

Particolare importanza è data dalla struttura organizzativa dell'impresa che, per garantire la regolare esecuzione del ser-



queste presentano particolari criticità che vanno affrontate con norme tecniche specifiche che prevedano, ad esempio, l'esecuzione delle operazioni di pulizia con frequenze maggiori rispetto alle ordinarie o a ciclo continuo, con costante presenza degli operatori in numero adeguato.

La pianificazione di un servizio di pulizia è attività propedeutica indispensabile per assicurare che le imprese concorrenti producano un'offerta tecnico-economica rispondente alle esigenze della stazione appaltante

vizio, deve poter contare, di regola, sulle seguenti figure professionali:

1. direttore tecnico: primo responsabile dei risultati effettivi del servizio in appalto, del quale cura l'impostazione operativa, la scelta dei prodotti, dei macchinari e delle attrezzature e il controllo di buon andamento generale;
2. responsabile della qualità: partecipa a molteplici aspetti di gestione del servizio ed i suoi compiti spaziano dallo studio di provvedimenti correttivi, alla formazione del personale, al controllo sulle giuste procedure di approvvigionamento dei materiali, dei prodotti etc.;
3. coordinatore d'area: collabora con il direttore tecnico;
4. capo squadra operativo o responsabile di cantiere: coordina le unità lavorative suddivise in base alle tipologie di attività da porre in essere, segue personalmente l'andamento del servizio ed ha il compito di garantire sempre l'effettiva disponibilità dei prodotti, dei materiali e delle attrezzature necessarie a garantirne il regolare espletamento;
5. unità lavorative: sono suddivise in squadre che, di norma, dopo aver effettuato le operazioni di pulizie ordinarie, completano l'orario di lavoro eseguendo pulizie a carattere periodico (per evitare di concentrarle in un solo giorno). Nell'impiego del personale è fondamentale seguire un preciso programma di rotazione ed attribuire a ciascuna squadra, all'interno di una struttura ben determinata, una propria autonomia operativa, fermo restando che ad eventuali carenze si deve immediatamente far fronte secondo procedure predeterminate. E' necessario, poi, disporre di squadre "jolly" che intervengono sia in caso di sciopero non riconosciuto ed autorizzato che al verificarsi di particolari situazioni d'urgenza allorquando, per cause improvvise, inaspettate ed imprevedibili, occorre un immediato incremento del numero di addetti. Da ultimo si evidenzia l'importanza che tutto il personale delle varie categorie impegnate nell'esecuzione del servizio, frequenti appositi corsi periodici di for-

mazione-informazione e riqualificazione professionale.

6. La fase di avvio di ogni appalto presenta notevoli criticità connesse essenzialmente al cambiamento di gestione (passaggio di cantiere). E' necessario, quindi, che nella redazione degli atti si curi di circoscrivere temporalmente questa fase, stabilendo, ad esempio, che la stessa non possa superare un determinato numero di mesi (in genere tre) e fissando standard qualitativi minimi da conseguire nel periodo. E' evidente che ciò non risolve il problema per cui in detta fase di passaggio è indispensabile anche una particolare attenzione ed una puntuale verifica delle attività, intervenendo con immediatezza, razionalità e metodo per favorire l'assimilazione dei sistemi operativi dell'Impresa e mantenere standard qualitativi di pulizia conformi alle specifiche tecnico-contrattuali, oltre che alle aspettative della Stazione Appaltante.

La pianificazione del servizio nelle AA.SS.LL

La definizione di dettaglio, la periodicità e l'esecuzione del servizio di sanificazione nelle aziende sanitarie locali presenta aspetti di criticità sostanzialmente diversi da quelli dell'analogo servizio svolto nelle aziende ospedaliere. Il perché è molto semplice. Le AA.SS.LL. sono articolate in una pluralità di servizi non omogenei che svolgono le rispettive attività in ambito pluricomunale, avvalendosi di strutture di differenti tipologie destinate a differenti tipologie di utenza: presidi ospedalieri con locali destinati ad usi diversi (uffici, ambulatori, laboratori, camere di degenza, sale operatorie, etc.); strutture residenziali e semiresidenziali; ambulatori e consultori territoriali; servizi per le tossicodipendenze; servizi di emergenza territoriale; presidi di continuità assistenziale; ambulatori veterinari; ambienti per attività collegiali e di commissioni; uffici aperti all'utenza; uffici interni; depositi di vario genere (per presidi medici, ausili riabilitativi, etc.). Da ciò deriva che la pianificazione degli interventi va effettuata raggruppando i locali in blocchi omogenei, in ragione della loro destinazio-

ne d'uso e delle attività che vi si svolgono. Questa premessa è necessaria per il corretto inquadramento della problematica e, quindi, per la ricerca di una soluzione idonea ad assicurare un servizio efficiente, svolto secondo precise regole tecniche e con l'assoluta osservanza di tutte le norme specifiche che disciplinano il settore sanitario.

In tal senso l'oggetto dell'attenzione non è, né può essere, quello del costo tout-court ma, in un'ottica di appropriatezza gestionale, quello dell'efficacia del servizio: obiettivo da realizzare secondo un giusto contemperamento di interessi diversi che vanno da quello di tutela della salute di utenti ed operatori a quello, certamente non trascurabile, di salvaguardia delle posizioni giuridiche dei soggetti preposti, ai vari livelli aziendali, alla gestione della sicurezza sui luoghi di lavoro (Datore di lavoro-Direttore Generale, Dirigenti di Struttura, Preposti, RSPP, Medico competente).

Rischi interferenziali – Responsabilità

Le attività di pulizia si inseriscono nel contesto lavorativo dando luogo a rischi organizzativi (cd. rischi interferenziali) diversi da quelli presenti nel ciclo ordinario di lavoro della struttura. Da questo dato scaturiscono obblighi ed adempimenti quali, innanzitutto, quello del coordinamento tra S.A. e appaltatore (cfr. art. 26 D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.), finalizzato a garantire l'osservanza delle norme di sicurezza, generali e specifiche, nonché di quelle sull'impiego dei prodotti chimici non nocivi. Il coordinamento S.A. committente – appaltatore si attua con l'elaborazione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (DUVRI), allegato al contratto, nel quale si dovrà indicare, tra le altre cose, il costo delle misure previste per garantire la sicurezza sul lavoro rispetto ai predetti rischi interferenziali.

Circa quest'ultimo punto, va evidenziato che la Ditta appaltatrice è comunque obbligata ad utilizzare, a propria cura, spese e responsabilità, i più moderni accorgimenti della tecnica per assicurare la sicurezza del cantiere durante lo svolgimento delle attività e l'incolumità del personale preposto all'esecuzione delle stesse, nonché a disporre e fare uso, nel

modo più razionale, di tutte le macchine ed attrezzature necessarie delle quali, in sede di gara, avrà consegnato al committente copia dei certificati di conformità e delle relative schede tecniche e di sicurezza.

Per questa tipologia di appalto si è in presenza di una responsabilità diretta del Direttore Sanitario, nella sua qualità di *garante dell'igiene, della gestione dei rifiuti e della sicurezza dei lavoratori della struttura che dirige*, nonché del dirigente di struttura e del preposto, con diversa graduazione della relativa responsabilità. Il mancato rispetto delle norme che disciplinano le predette materie costituisce violazione di natura penale per cui, onde evitare il concretizzarsi di una o più delle fattispecie costituenti reato, è necessario vigilare sulla puntuale attuazione del piano di lavoro e prevederne – come detto – l'aggiornamento continuo per apportare i correttivi che di volta in volta si rendessero necessari.

Attrezzature e prodotti di pulizia

Generalmente il servizio in appalto comprende la fornitura dei prodotti di pulizia, oltre che delle attrezzature elettromeccaniche e manuali e di ogni altro materiale di consumo occorrente: D.P.I. sacchi di raccolta, eccetera. Tale soluzione *full* è assolutamente preferibile in quanto: – risolve, *in nuce*, qualsiasi aspetto di criticità potenzialmente connesso ad una gestione mista con magazzino ASL e alle disfunzioni, ai disservizi e agli oneri, non solo in termini economici – si pensi agli aspetti di risk-management – che da questa potrebbero derivare; – costituisce elemento di certezza

La Ditta appaltatrice è obbligata ad utilizzare i moderni accorgimenti della tecnica per assicurare la sicurezza del cantiere e l'incolumità del personale preposto all'esecuzione facendo uso di macchine ed attrezzature necessarie

dei costi globali a carico del bilancio aziendale; è funzionale ad una migliore attività di controllo della regolare esecuzione del servizio.

Per la sanificazione degli ambienti è necessario l'uso di:

- attrezzature elettromeccaniche e manuali specifiche che permettano di effettuare la pulizia di tutte le superfici lavabili, anche di quelle più complicate; le stesse dovranno essere: - perfettamente compatibili con le caratteristiche e l'uso dei locali da pulire; - tecnicamente efficienti ed in ottimo stato di manutenzione; - dotate di tutti gli accorgimenti ed accessori atti a proteggere e salvaguardare l'operatore e i terzi da eventuali infortuni; - conformi agli standard e alle norme di sicurezza previste dalla vigente normativa in materia (D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii. sulla tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, D.Lgs. 27 gennaio 2010, n. 17, che ha recepito la "nuova direttiva macchine" 2006/42/CE.);
- prodotti detergenti e igienizzanti professionali, diversi in base ai differenti ambienti di utilizzo, pienamente rispondenti alle vigenti normative in materia di etichettatura, dosaggi, pericolosità, biodegradabilità e modalità d'uso e rigorosamente identificati in base alla tipologia di attività sanitaria ed agli agenti biologici deliberatamente manipolati o presumibilmente presenti negli ambienti. In sede di gara, pertanto, dovrà richiedersi ai concorrenti di produrre, per ciascun prodotto offerto (ex D.Lgs. 52/1997, D.Lgs. 65/2003 e D.Lgs.81/2008 e s.m.i., regolamento (CE) n. 1907/2006 (cd. regolamento REACH), come modificato con regolamento (UE) n. 453/2010,

regolamento (CE) n. 1272/2008 (cd. regolamento CLP), circolare Ministero Lavoro 14877/2011), sia la relativa scheda tecnica (che contiene l'indicazione di: - nome commerciale del prodotto; ditta produttrice; - composizione chimica; - attività microbiologica (per i disinfettanti); - indicazioni d'uso e relative concentrazioni; - modalità di impiego; - tipo di confezione) che la scheda di sicurezza (SDS), fornita dal fabbricante e che accompagna i prodotti contenenti sostanze o preparati pericolosi (esplosivi, comburenti, estremamente infiammabili, facilmente infiammabili, infiammabili, molto tossici, tossici, nocivi, corrosivi, irritanti, sensibilizzanti, cancerogeni, mutageni, tossici per il ciclo produttivo, pericolosi per l'ambiente); dalla stessa dovrà rilevarsi la conformità del prodotto alle prescrizioni contenute nella normativa summenzionata.

Sistemi di controllo: di processo e di risultato

"Erogare servizi di igiene ambientale in un presidio sanitario non è soltanto una questione di definizione dei metodi in conformità a prescrizioni date, ma consiste - in senso molto più ampio - nell'implementazione di un sistema di erogazione del servizio presso il presidio sanitario che comprenda sì le prescrizioni, i metodi e le istruzioni per l'esecuzione delle attività ma anche i fattori fondamentali per la gestione efficiente ed efficace del servizio stesso" (OFM - Osservatorio sul facility management; L'igiene ambientale in sanità - Linee Guida per i sistemi di esecuzione e controllo dei servizi di igiene ambientale).

Da diversi anni gli enti pubblici, tra cui le aziende sanitarie, hanno fatto sempre più ricorso al sistema dell'esternalizzazione dei servizi: un "fenomeno" le cui motivazioni sono riconducibili, non tanto ad esigenze di competitività in senso stretto quanto alla necessità - come rilevato nel DPEF 2001/2006 - "... di ridurre il carico di compiti e funzioni che gravano sull'amministrazione ... contemplando anche l'affidamento a soggetti terzi di attività o processi per quei servizi che comportano inefficienze di gestione da parte della P.A.", con l'ulte-

La PA nel fare ricorso al sistema dell'esternalizzazione dei servizi cerca di ridurre il carico di compiti che gravano sull'amministrazione lasciandole maggior tempo per il core business

riore vantaggio per quest'ultima di potersi dedicare in modo sempre più esclusivo al proprio *core business*.

Se è vero, pertanto, che all'outsourcing si associano prerogative di efficienza e di riduzione dei costi, per servizi gestiti secondo i criteri manageriali propri dell'imprenditore privato, è altrettanto vero che è fondamentale, in un simile contesto, la scelta di un'impresa (assuntrice del servizio esternalizzato) di comprovate capacità tecniche e gestionali, l'esatta individuazione degli obiettivi da raggiungere nella fase esecutiva e la verifica della qualità del servizio attraverso un puntuale e costante controllo dei risultati raggiunti.

Ben si comprende, pertanto, l'inadeguatezza di gran parte dei capitolati di gara dei servizi di igiene ambientale (in particolare in ambito sanitario) che non focalizzano l'attenzione sui risultati attesi dal gestore del servizio ma si limitano all'individuazione di un sistema di controllo improntato alla mera verifica dell'applicazione di tutte le specifiche tecniche relative a mezzi e procedure indicate nel capitolato e nel progetto tecnico dell'impresa aggiudicataria (fasce orarie, frequenze, procedure, numero del personale addetto e suo comportamento, controllo su materiali e prodotti utilizzati, controlli sulle attrezzature e rispetto del piano di sicurezza).

Nei Capitolati redatti secondo questa impostazione e, quindi, in un'esclusiva logica del controllo di processo (con laconici, generici e non circostanziati e, perciò, inutili riferimenti al "... controllo del servizio in termini di risultato utile convenuto ... nel rapporto contrattuale"), risulta molto dettagliata, a volte esasperatamente, la serie di operazioni richieste all'appaltatore (individuate specificamente, con frequenze minime, numero di ore, numero minimo di addetti e così via), cui consegue un'assoluta centralità del sistema sanzionatorio nel mentre, purtroppo, non viene individuato il risultato atteso così da renderlo verificabile / misurabile.

L'impianto organizzativo di cui sopra risente (rectius: risentiva; si veda appresso) dell'assunto secondo il quale il servizio di pulizia è "non misurabile" (concetto determinato, tra le altre cose, da una situazione del mercato molto diversa dall'attuale);

di qui l'assenza, nella quasi generalità dei Capitolati di gara, di prescrizioni finalizzate a verificare se le cd. "promesse di servizio" fossero poi mantenute e la conseguente possibilità di disattendere il buon capitolato intriso di dettagli e "promesse" generando, così, un cattivo servizio.

L'evoluzione del settore e la crescita continua del mercato dei servizi di pulizia ha modificato i precedenti equilibri, determinando un aumento della concorrenza propedeutico al decisivo incremento – che pure si è realizzato – degli standard di qualità.

A tutto ciò si aggiunge un decisivo mutamento del contesto normativo determinato dall'emanazione della norma EN 13549 – 2003 (Cleaning Services – Basic requirements and recommendations for quality measuring systems) che, infatti, ha rappresentato uno step fondamentale nell'ambito del processo di ricerca dei sistemi e dei metodi di verifica della qualità ottenuta nei servizi esternalizzati di pulizia e sanificazione, attraverso la specificazione delle modalità di misurazione dei risultati conseguiti nella prestazione di tale servizio (la definizione che la norma stessa dà di prestazione di pulito rende di immediata comprensione il cambio di rotta: "risultato del servizio di pulizia ... conforme ai requisiti concordati") e l'individuazione di una serie di parametri oggettivi tali da rendere quanto più standardizzato possibile il momento della valutazione.

Di qui l'inizio di un processo evolutivo dei contratti del servizio di pulizia e sanificazione (e dei relativi capitolati) verso la tipologia dei contratti di risultato.

Il contratto di risultato implica che le imprese siano valutate in base alla loro reale capacità progettuale, sulla base delle indicazioni fornite dal committente circa gli obiettivi che vuole conseguire nella propria realtà, restituendo così a tutti i soggetti le specifiche competenze: l'Impresa diventa l'elemento progettuale della capacità di eseguire le pulizie e l'ospedale diventa l'elemento di controllo e di verifica dei risultati attesi. Il contratto di risultato presuppone una sostanziale modifica del rapporto pubblico privato, che si deve sempre più basare su meccanismi di interazione tra le parti, sulla trasmissione reciproca

di know-how. L'ospedale deve trasferire informazioni all'impresa ma l'impresa deve mettere a disposizione dell'ospedale i dati e le informazioni relativi alla programmazione, alla esecuzione ed al risultato del servizio prestato (OFM – Osservatorio sul facility management ... citato).

Ciò comporta che nell'ambito del capitolato tecnico è necessario stendere delle linee guida con cui definire, come detto: - le specifiche del servizio, articolate in base alla suddivisione della struttura ospedaliera in macro aree omogenee (distinte per tipologia di rischio ambientale) rispetto ai livelli qualitativi del servizio atteso; - le prestazioni richieste, con l'individuazione di tutte le prescrizioni e norme comportamentali cui l'assuntore dovrà attenersi nell'espletamento del servizio; - i parametri di misura delle prestazioni (livelli qualitativi attesi e livelli soglia da definirsi sulla base delle specifiche del servizio); - gli indicatori e gli strumenti utilizzati per la valutazione delle prestazioni.

Quanto innanzi, essenzialmente mutuato dalla norma EN 13549, consente l'attuazione di un sistema di verifica dei risultati del contratto di pulizia efficace, oggettivo e di facile riscontro. Se sistematicamente attuata, infatti, tale verifica qualitativa di risultato, fermo restando il sistema delle penalità previsto nei capitolati, contribuisce alla correzione immediata delle attività così da indirizzarle correttamente verso il risultato prefissato e limitando di fatto l'applicabilità del sistema sanzionatorio (correggo prima di sbagliare).

Misurazioni di risultato – Criteri e strumenti

Da ultimo, per rivedere e prendere atto in via definitiva dell'erroneità dell'assunto di "non misurabilità" del servizio di pulizia e sanificazione, solo un cenno sulle strumentazioni attualmente a disposizione per la misurazione del livello di pulito raggiunto, partendo, però, da quanto statuito nella norma EN 13549 secondo cui l'attendibilità della misurazione scaturisce dalle seguenti e fondamentali regole di base: - utilizzo di diverse misurazioni (strumenti di misura) disponibili ed applicabili; - controlli a campione effettuati da personale coordinatore;

- autocontrollo eseguito dallo stesso personale che svolge l'operazione; - utilizzo di software gestionali per le situazioni complesse.

Tra gli strumenti di misura oggi disponibili, ancorché non sempre applicabili, vi sono: - il bassometro (strumento di misura rispondente alla norma francese XPX-792 che consente di valutare il grado di polvere presente sulle pavimentazioni dure e resistenti); - la scala di Bacharach (strumento di misura internazionalmente riconosciuto; può essere utilizzato per la misurazione del grado di impolveramento delle superfici sovra pavimento); - il bioluminometro (apparecchio per una valutazione semplice e rapida del grado di inquinamento da materiale organico delle superfici tramite la rilevazione dell'ATP); - il glossometro (strumento di misura dell'intensità della luce riflessa da una superficie; consente di misurare il grado di brillantezza e, quindi, di manutenzione dei pavimenti trattati con emulsioni protettive).

A naturale completamento di quanto sopra e tenuto conto che non tutto è misurabile meccanicamente, per una valutazione attendibile a questi strumenti vanno aggiunte le cd. misurazioni sensoriali: vista, olfatto, tatto. Si tenga presente, però, che *"... non esiste strumento che misuri quante ragnatele pendono dal soffitto, quanto sia sporco un vetro, la presenza di cartacce sul pavimento o il gettacarte non vuotato ... cattivi odori o profumi presenti nell'ambiente sono spesso associati alla pulizia e la rilevazione più veloce e attendibile è proprio il nostro olfatto. Ovviamente le percezioni sensoriali sono soggettive e questo si scontra con l'oggettività di cui abbiamo bisogno; non è appropriato, quindi effettuare rilevamenti servendosi solo di queste ultime"* (in *Come vendere oggi il servizio di pulizia* – Mauro Nardo).

Negli atti di gara, quindi, devono essere predeterminati i sistemi di controllo-autocontrollo della qualità del risultato che, a differenza delle penali il cui effetto è di sola deterrenza, mirano ad ottimizzare il servizio e a garantire nelle 24 ore, attraverso una sorta di *quality in progress*, un costante incremento della qualità del pulito.



(*) gli autori ringraziano i colleghi del MASan III SDA BOCCONI - gruppo Servizi Dr. salvatore di maggio (ASL Latina), dr.ssa Grazia Fratallone (A.O. Catania), Dr. Rocco Riganò (ASL Palmi - rc) e dr.ssa Teresa ROMEI (A.O.u. Foggia), insieme ai quali hanno realizzato una monografia SUL MEDESIMO TEMA, dalla quale è tratto L'articolo CHE PRECEDE.

A proposito di clausole di esclusione

Il Tar della Campania, (Napoli_sentenza numero 212 del 9 gennaio 2013) ha dichiarato nulla la clausola di un bando che preveda, quale causa di esclusione dalla gara, la mancanza dell'autentica in forma notarile della sottoscrizione da parte dell'agente della polizza fideiussoria di cui all'art. 75, comma 1 del codice dei contratti.

La cauzione provvisoria: non è legittima la clausola della gara che preveda, a pena di esclusione, la richiesta dell'autentica notarile dell'agente di assicurazioni della polizza provvisoria_la stazione appaltante deve prevedere, in caso di mancanza, l'eventuale integrazione ex post (applicazione art 46 del codice dei contratti, commi 1 e i 1bis_PRINCIPIO DELLA TASSATIVITA' DELLE CAUSE DI ESCLUSIONE IN VIGORE DAL 14 MAGGIO 2011).

L'insegnamento di base

Poichè dal 14 maggio 2011 è entrata in vigore la norma di cui all'articolo 46 comma 1 bis del codice dei contratti, relativamente alla tassatività delle cause di esclusione, ed in considerazione del fatto che non vi è un fondamento normativo per richiedere, a pena di esclusione, l'autentica notarile della firma dell'agente di assicurazioni che emette la cauzione provvisoria, vi sono alcune considerazioni da fare:

- l'autentica può essere richiesta, ma non a pena di esclusione;
- in caso di dimenticanza, la stazione appaltante deve, comunque, accettare l'offerta dell'impresa, con riserva, e permettere, a norma del primo comma dell'articolo 46 del codice dei contratti, la regolarizzazione del documento;
- la clausola che dispone l'esclusione in caso di mancata presentazione dell'autentica, È NULLA dall'origine e può essere considerata tale dal giudice, ex officio

- di conseguenza, È NULLA anche l'eventuale esclusione.

si legga anche:

ATTENZIONE: dopo il principio della tassatività delle cause di esclusione non è più legittimo richiedere l'autentica notarile dei poteri o della procura dell'agente assicurativo della fideiussione provvisoria. È infondata, per il Collegio, anche la seconda censura, concernente la mancata indicazione nella polizza fideiussoria presentata dal Consorzio* dei poteri o della procura dell'agente assicurativo che ha sottoscritto la stessa, trattandosi di una condizione di legittimità della polizza che il bando non prevedeva (e che, peraltro, dopo l'introduzione del comma 1-bis nel corpo dell'art. 46 del Codice appalti non si deve ritenere neppure più inseribile dalla lex specialis); infatti, nel momento in cui sottoscrive la polizza, l'agente assicurativo si qualifica implicitamente ed inequivocabilmente come rappresentante.

Tratto dalla decisione numero 3351 del 7 giugno 2012 pronunciata dal Consiglio di Stato

In caso di esclusione, bisogna immediatamente attivarsi attraverso il pre ricorso interno di cui all'articolo 243 bis del decreto legislativo 163_2006 smi e convincere la stazione appaltante, ad agire in autotutela, per l'annullamento del provvedimento di esclusione.

Dello stesso parere, si legga anche Tar Sardegna, Cagliari con la sentenza numero 58 del 24 gennaio 2013

«La cauzione provvisoria (e l'impegno al rilascio della fidejussione definitiva) è stata sottoscritta dall'assicuratore, autocertificando i poteri a lui conferiti con procura notarile.

Sonia Lazzini
Consulente, Pubblicista
e Formatore in tema di
responsabilità, assicurazioni
e cauzioni negli appalti

La previsione normativa sostanziale (art. 75 163/2006) risulta soddisfatta.

L'autocertificazione dei poteri era pienamente ammissibile; non era necessaria l'allegazione della procura notarile citata e sottoscritta dall'assicuratore nel documento allegato.

Le previsioni della *lex specialis* che ampliano le cause di esclusione sono nulle per espressa previsione legislativa, che ha fissato il principio di "tassatività" delle cause escludenti, con specifica tipizzazione (cfr. art. 46 1 bis del D. Lgs. 163/2006, come novellato nel 2011 dal DL 70 conv. L. 106 12.7.11).

In materia occorre quindi modificare sostanzialmente l'approccio (anche della giurisprudenza precedente) e l'impostazione generale in materia di fattispecie "automaticamente escludenti" in caso di omissioni. In particolare occorre "vagliare" la tipologia dell'omissione:

- qualora questa implichi un vizio "essenziale" o normativamente richiesto, la mancanza non è suscettibile di integrazione;
- qualora invece questa non sia riconducibile ad una mancanza sostanziale, l'Amministrazione è tenuta a consentire completamenti/specificazioni.

Resta fermo che il disciplinare, dopo la novella, non può richiedere oneri amministrativi ulteriori a carico delle imprese, e tanto meno a pena di esclusione; l'eventuale presenza di tali prescrizioni sono affette da nullità (il che implica la non

necessità di impugnazione espressa della clausola, essendo la disposizione priva d'effetto per contrarietà a norma imperativa).

Nel caso di specie l'obbligo di presentazione, per la cauzione provvisoria, del documento dal quale si evincono "i poteri di firma dell'Assicuratore, autenticati o autocertificati ai sensi della vigente normativa" è stato soddisfatto.»

sulla legittimità, in generale, di richiedere l'autentica:

«Ne consegue – in un contesto normativo in cui l'art. 30 della legge quadro disciplina la cauzione provvisoria senza stabilire né vietare in alcun modo l'obbligo a carico dei partecipanti di autenticare la sottoscrizione della polizza fideiussoria – che la inoppugnata clausola di cui si discute risulta legittimamente finalizzata alla tutela dell'interesse pubblico alla certezza sulla provenienza della garanzia» _Consiglio di Stato con la decisione numero 8265 emessa il 30 dicembre 2006 e pubblicata il 4 gennaio 2007.

«La clausola del bando che richiede l'autentica di firma del soggetto sottoscrittore della polizza fideiussoria con l'accertamento dei relativi poteri non sembra pertanto viziata nei termini censurati, avendo la finalità sostanziale di garantire la stazione appaltante in merito alla validità della garanzia sotto il profilo della legittimazione all'assunzione dell'impegno da parte del funzionario sottoscrittore in nome e per conto dell'istituto fideiubente; legittimamente l'amministrazione appaltante può, infatti, richiedere nella *lex specialis* della gara, requisiti ulteriori rispetto a quelli già stabiliti direttamente dalla legge, sempreché non siano irragionevoli o illogici rispetto alla tutela che intendono perseguire.»
_il parere numero 104 del 2 novembre 2009, emessa dalla Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

«L'autentica notarile della firma (del garante della fideiussione provvisoria) non può essere considerata una prescrizione ingiu-

Occorre quindi modificare sostanzialmente l'approccio (anche della giurisprudenza precedente) e l'impostazione generale in materia di fattispecie "automaticamente escludenti" in caso di omissioni e bisogna "vagliare" la tipologia dell'omissione

stificatamente aggravante il procedimento de qua, in ragione alla finalità cui la stessa è connessa.

Tale prescrizione, invero, consente l'acquisizione da parte della stazione appaltante delle certezze circa l'identità della persona che ha sottoscritto l'atto – in specie la cauzione provvisoria e l'impegno stipularne una definitiva in caso di aggiudicazione – conferendole il crisma della legale autenticità.

Questo elemento, lungi dal rappresentare un vuoto formalismo, è diretto a comprovare, oltre alle generalità del dichiarante, l'imprescindibile nesso di imputabilità soggettiva della dichiarazione a una determinata persona fisica.» _sentenza numero 22062 dell'1 luglio 2010 pronunciata dal Tar Lazio, Roma.

«È facoltà (e non un obbligo di legge) della stazione appaltante richiedere la sussistenza del "potere di firma" in capo al soggetto che sottoscrive il contratto di garanzia.

La polizza fideiussoria è un documento identificativo di un negozio giuridico di diritto privato e, conseguentemente, è disciplinata dalle norme civilistiche dettate in tema di scrittura privata e relative alla natura e ai requisiti di quest'ultima

Inoltre, nella fattispecie si è potuto accertare che la compagnia assicurativa non solo non ha mai contestato le sottoscrizioni apposte sulla polizza, ma ha espressamente certificato i poteri conferiti a mezzo di procura speciale al proprio rappresentante, il quale – a sua volta – ha riconosciuto come propria la firma apposta sulla polizza in questione, con ciò sgombrando il campo da ogni dubbio circa la specifica riferibilità della polizza al soggetto garante» -sentenza numero 52 del 14 gennaio 2011 pronunciata dal Tar Lombardia, Brescia.

«Pur nel silenzio della norma art. 75 del codice dei contratti_ è legittimo richiedere l'autentica della sottoscrizione del soggetto rilasciante la polizza fideiussoria provvisoria.

La garanzia provvisoria copre infatti i rischi per la mancata sottoscrizione del contrat-

to dovuta a fatto dell'aggiudicatario e, sul piano dei rapporti di diritto privato, solo l'autenticazione della sottoscrizione della fideiussione prestata garantisce pienamente l'amministrazione perché determina la piena prova in ordine alla provenienza da chi l'ha sottoscritta, ai sensi degli artt. 2702 e 2703 del codice civile, impedendo il successivo disconoscimento della stessa.

Né possono trarsi argomentazioni di segno contrario dalla previsione contenuta nell'art. 75 del d.lgs. n. 163 del 2006 (che, in tema di garanzia provvisoria, non prescrive l'autentica di firma del soggetto che emette la fideiussione), tenuto conto che, nella fattispecie, il disciplinare richiedeva espressamente l'autentica della sottoscrizione del soggetto rilasciante la polizza fideiussoria e tale clausola non può in alcun modo ritenersi un mero aggravamento procedimentale ma deve ritenersi pacificamente legittima perché finalizzata, come si è detto, alla tutela dell'interesse pubblico alla certezza sulla provenienza della garanzia.» _decisione numero 2387 del 19 aprile 2011 pronunciata dal Consiglio di Stato.

Riportiamo qui di seguito il passaggio tratto dalla sentenza numero 212 del 9 gennaio 2013 pronunciata dal Tar Campania, Napoli

«La società ricorrente è insorta avverso l'esclusione dalla procedura, indetta dal Provveditorato su delega del Comune di San Giuseppe Vesuviano, per l'affidamento per il periodo del servizio di realizzazione del progetto "Comuni digitali ed efficienti", motivata in virtù della clausola del bando che impone l'autentica notarile alla sottoscrizione dell'agente di assicurazione in calce alla polizza valevole quale cauzione provvisoria.

Il ricorso può essere definito in forma breve poiché è manifestamente fondato.

L'art. 46, comma 1-bis, del codice dei contratti pubblici, introdotto dall'art. 4, comma 2, lettera d), del decreto legge n. 70/2011, prevede la tassatività delle cause di esclusione dalla procedura di affidamento del contratto di appalto, disponendo come segue: "la stazione appaltante esclude i candidati o i concorrenti in caso di mancato adempimento alle prescrizioni previste dal presente codice e dal regio-

lamento e da altre disposizioni di legge vigenti, nonché nei casi di incertezza assoluta sul contenuto o sulla provenienza dell'offerta, per difetto di sottoscrizione o di altri elementi essenziali ovvero in caso di non integrità del plico contenente l'offerta o la domanda di partecipazione o altre irregolarità relative alla chiusura dei plichi, tali da far ritenere, secondo le circostanze concrete, che sia stato violato il principio di segretezza delle offerte; i bandi e le lettere di invito non possono contenere ulteriori prescrizioni a pena di esclusione. Dette prescrizioni sono comunque nulle". L'art. 75 del codice dei contratti pubblici prevede - ai commi da 1 a 6 - l'obbligo di corredare l'offerta di una garanzia pari al due per cento del prezzo base indicato nel bando o nell'invito, sotto forma di cauzione o di fideiussione, a scelta dell'offerente, a garanzia della serietà dell'impegno di sottoscrivere il contratto e quale liquidazione preventiva e forfettaria del danno in caso di mancata stipula per fatto dell'affidatario; tuttavia tale disposizione non prevede alcuna sanzione di inammissibilità dell'offerta o di esclusione del concorrente per l'ipotesi in cui la garanzia non venga prestata, mentre l'ottavo comma dello stesso articolo 75, prevede espressamente "a pena di esclusione" che l'offerta sia corredata altresì dall'impegno di un fideiussore a rilasciare la garanzia di cui all'articolo 113 (ossia la garanzia per l'esecuzione del contratto, pari al 10 per cento dell'importo

contrattuale), qualora l'offerente risultasse affidatario.

Prima della novella del 2011, con la quale è stato introdotto il comma 1-bis nell'art. 46 del codice dei contratti pubblici, la prevalente giurisprudenza (Cons. Stato, Sez. V, 12 giugno 2009, n. 3746) riteneva che la cauzione provvisoria, assolvendo la funzione di garantire la serietà dell'offerta, costituisse parte integrante dell'offerta stessa e non elemento di corredo, sicché la mancata produzione della garanzia giustificava l'esclusione dalla gara.

A seguito della novella del 2011 la giurisprudenza (Cons. Stato, Sez. III, 1° febbraio 2012, n. 493) ha chiarito che la disposizione dell'art. 46, comma 1-bis, del codice dei contratti pubblici impone una diversa interpretazione dell'art. 75, che valorizza la diversa formulazione letterale del comma 6, in relazione al comma 8, e rende evidente «l'intento di ritenere sanabile o regolarizzabile la mancata prestazione della cauzione provvisoria, al contrario della cauzione definitiva, che garantisce l'impegno più consistente della corretta esecuzione del contratto e giustifica l'esclusione dalla gara».

Alla luce di tale condivisibile opzione ermeneutica, già condivisa da questo Collegio (cfr. Tar Napoli, I, n. 4066 del 2012) e da cui non vi sono ragioni per discostarsi, deve quindi ritenersi che il bando relativo alla gara di cui trattasi sia nullo, ai sensi dell'art. 46, comma 1-bis, del codice dei contratti pubblici, nella parte in cui prevede quale causa di esclusione dalla gara l'autentica in forma notarile della sottoscrizione da parte dell'agente della polizza fideiussoria di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo codice, e che il provvedimento di esclusione della ricorrente sia illegittimo, perché adottato con riferimento ad una fattispecie che la legge considera come una mera irregolarità sanabile ai sensi dell'art. 46, comma 1, del codice dei contratti pubblici.

In virtù delle considerazioni espresse, il ricorso deve essere accolto e, per l'effetto, si deve dichiarare la nullità in parte qua del bando con annullamento del provvedimento di esclusione della società ricorrente.»

L'art. 75 del codice dei contratti pubblici prevede l'obbligo di corredare l'offerta di una garanzia pari al due per cento del prezzo base ma non prevede alcuna sanzione di inammissibilità dell'offerta o di esclusione del concorrente per l'ipotesi in cui la garanzia non venga prestata

Sanità digitale: quando gli interventi del Legislatore determinano complicazioni

Qual è l'attuale stato di salute della normativa in tema di digitalizzazione dei documenti?

A ben guardare, negli ultimi anni, gli interventi del nostro Legislatore si sono succeduti in maniera a dir poco compulsiva, provocando un affastellamento di norme e principi i quali, ben lontano dall'essere soluzioni scaturite da una lucida analisi delle strategie di digitalizzazione, agli occhi del giurista appaiono piuttosto come gli effetti illusori di estemporanee operazioni taumaturgiche.

D'altronde, nel complicato quadro della normativa emanata in ambito di digitalizzazione documentale, accanto alla ponderosa mole di principi generali dettati dalla normativa europea e internazionale, dalla legislazione nazionale (contenuta non solo nel Codice dell'Amministrazione digitale – di cui al D.Lgs. n. 82/2005 – e nel Codice di protezione dei dati personali – D.Lgs. 196/2003 –, ma in vari provvedimenti legislativi, anche di natura finanziaria e in molteplici decreti ministeriali), dai provvedimenti del Garante Privacy, dalle Deliberazioni del CNIPA, nonché dai diversi usi e prassi, anche giurisprudenziali, ci sono le nuove Regole tecniche che sono ancora in attesa di definitiva approvazione: senza queste, infatti, non è possibile un'applicazione certa e uniforme di tali principi generali.

Solo per citare gli ultimi provvedimenti, nell'ultimo periodo sono state introdotte nuove norme sulla decertificazione, sull'attuazione degli obiettivi dell'Agenda digitale italiana (le cui parole chiave sono *smart communities*, *e-government*, *open data*, *cloud computing*), sull'accorpamento delle funzioni degli enti, sul glifo, sull'accessibilità totale ai dati e documenti delle pubbliche amministrazioni, sullo sviluppo delle firme biometriche; inoltre, è stata istituita l'Agenzia per l'Italia Digitale, a

seguito della soppressione di DigitPA.

Ma tutto ciò vuol dire davvero attuare una politica nazionale istituzionale sull'amministrazione digitale? E cosa accade, in particolare, in uno dei settori maggiormente interessati dal cambiamento digitale, quale quello sanitario?

Solo a titolo esemplificativo, nel 2010 era stato predisposto il disegno di legge n. 2243 che imponeva la conservazione delle cartelle cliniche esclusivamente in modalità digitale: la relativa copia cartacea, infatti, sarebbe stata rilasciata solo su richiesta dell'interessato, previo pagamento di un corrispettivo stabilito dall'amministrazione detentrica delle stesse. Naturalmente, tale disposizione non è stata mai approvata...

Il recente D.L. n.179/2012 (Decreto Crescita 2.0) all'art. 13 ha invece disposto che *a decorrere dal 1° gennaio 2013, la conservazione delle cartelle cliniche può essere effettuata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, anche solo in forma digitale, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.*

Il paradosso è evidente: non solo ciò che prima il nostro Legislatore intendeva rendere obbligatorio, ora è solo facoltativo, ma cosa ancor più grave è che tale maldestro tentativo di incentivare l'utilizzo della conservazione digitale delle cartelle cliniche finisce con il delegittimare tutte le operazioni di questo tipo che sono state correttamente messe in atto fin'ora, poiché, fissando la decorrenza di tale norma al 1° gennaio 2013, la disposizione in commento lascerebbe intendere che soltanto a partire da quella data è possibile conservare esclusivamente in modalità digitale le cartelle cliniche.

Per altro verso, l'art. 12 del citato D.L. n. 179/2012 riprende quanto già affermato

Andrea Lisi
Avvocato
www.studiolegalelisi.it

Sarah Ungaro
Digital & Law Department

nel parere del Gruppo dei Garanti europei sulla cartella clinica informatizzata: in tale documento, infatti, è stata sottolineata la necessità di: rispettare il principio di autodeterminazione del paziente; definire le garanzie rispetto all'accesso alla CCE da parte di operatori sanitari, del paziente e di soggetti terzi; predisporre una struttura modulare delle cartelle elettroniche per garantire la separazione fra le diverse categorie di dati in base alle finalità del trattamento e ai soggetti che vi accedono (principio, peraltro, già espresso all'art. 22, comma 7, del D.Lgs. 196/03); prevedere misure di autenticazione forte e di autorizzazione per l'accesso e la comunicazione dei dati, nonché meccanismi di controllo e *accountability*.

Il citato art. 12, seppur da un lato definisce correttamente il fascicolo sanitario elettronico (FSE) come un «insieme di dati e documenti digitali» (di tipo sanitario e socio sanitario), dall'altro si limita a riaffermare principi già espressi dal documento dei Garanti europei.

Le difficoltà nel mettere in atto i processi di conservazione digitale dei fascicoli sanitari elettronici quindi permangono. Come agire in concreto per superarle?

Nella perdurante attesa che siano emanate le Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in laboratorio e in diagnostica per immagini (il cui parere favorevole da parte del Garante Privacy è stato espresso con il provvedimento datato 26 novembre 2009), molti

operatori del settore possono oggi "adottare" le indicazioni contenute nel documento *"Cartella clinica elettronica ospedaliera. Indicazioni per un progetto sostenibile"*, redatto a cura dell' AISIS (Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità), in collaborazione con ANORC (Associazione Nazionale per Operatori e Responsabili della Conservazione digitale dei documenti) e Clusit (Associazione Italiana per la Sicurezza informatica).

Anche la disciplina dell'*e-prescription* presenta, in verità, alcuni aspetti singolari. L'ultima norma intervenuta sul tema è l'art 13 del D.L. 179/2012, concernente la dematerializzazione della ricetta cartacea, il quale dispone espressamente che «*al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario*» si intende accelerare «*la sostituzione delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale-SSN in formato cartaceo con le prescrizioni in formato elettronico, generate secondo le modalità di cui al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze in data 2 novembre 2011*».

Già dall'*incipit* della disposizione, dunque, appare nitidamente quale sia il reale intento che muove il Legislatore nella stesura di tali norme, ossia il «*monitoraggio della spesa del settore sanitario*». Interpretazione avvalorata dalla circostanza che per la disciplina delle specifiche modalità di generazione delle prescrizioni mediche digitali si fa esclusivo rinvio a un Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze (del 2 novembre 2011), dimenticandosi, forse, che tali documenti costituiscono prima di tutto attestazioni dei medici prescrittori (e il comma 3 dello stesso articolo stabilisce che l'inosservanza di tale obbligo comporta per i medici l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 55-septies, comma 4, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), che in tale sede agiscono in qualità di pubblici ufficiali, e solo da ultimo rappresentano dati utili al controllo della spesa pubblica in ambito sanitario.

Nello stesso art. 13, desta poi ulteriore perplessità la gestione delle tempistiche relative alla diffusione delle prescrizioni in formato elettronico in relazione alla data

L'art. 12 D.L. n. 179/2012, seppur da un lato definisce correttamente il fascicolo sanitario elettronico (FSE) come un «insieme di dati e documenti digitali» dall'altro si limita a riaffermare principi già espressi dal documento dei Garanti europei

in cui il legislatore ha stabilito la decorrenza della validità delle stesse.

La previsione di cui al comma 1, infatti, in cui si fissano gli scaglioni temporali (*«in percentuali che, in ogni caso, non dovranno risultare inferiori al 60 per cento nel 2013, all'80 per cento nel 2014 e al 90 per cento nel 2015»*) entro cui ogni Regione sarà tenuta ad effettuare la graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico, difficilmente potrà essere conciliata con quanto stabilito al comma successivo dello stesso articolo 13. Questo, infatti, statuisce che *«dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale»*.

Tale formulazione, a tacer d'altro incoerente con la previsione del 60% di prescrizioni da generarsi in formato elettronico entro il 2013 (in quanto queste sembrerebbero comunque costituire documenti non validi fino al 1° gennaio 2014, attesa la disposizione di cui al citato secondo comma), è emblematica dello stato confusionale in cui sembra versare il Legislatore nella redazione della normativa in tema di digitalizzazione.

La scelta più o meno consapevole di fissare la *validità* su tutto il territorio nazionale delle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico al 1° gennaio 2014 rischia, infatti, di mettere in dubbio il valore giuridico di tutte le prescrizioni farmaceutiche sin'ora (e fino a quella data) generate come documenti informatici. In altre parole, da tale infelice formulazione si evince che in questa norma sono stati erroneamente sovrapposti e confusi il piano della *validità* del documento generato in modalità elettronica e quello della sua *utilizzabilità* (in questo caso, su tutto il territorio nazionale dal 1° gennaio 2014).

Il minimo, dunque, è auspicare maggiore competenza nella redazione dei provvedimenti normativi in ambiti così delicati. Ma non è tutto. Particolare attenzione, inoltre, merita il sistema di autenticazione dei medici predisposto per l'utilizzo della piattaforma del SAC per la generazione di certificati di malattia e per le ricette mediche digitali.

Ai sensi di quanto stabilito dal punto 4 del Disciplinare tecnico di cui all'Allegato 1 del DPCM 26 marzo 2008 (a cui fa espresso rinvio anche l'art. 2 dell'Allegato tecnico al DM 26 febbraio 2010, dedicato alla *«Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC»*), infatti, l'accesso ai servizi sarà consentito attraverso i dispositivi standard (CNS/CIE), ma, *«in alternativa, nel caso in cui le Regioni non sviluppino un proprio sistema di accoglienza, il SAC, in base alle informazioni pervenute, genera le credenziali di accesso al sistema per ogni utente, presente nell'elenco trasmesso che deve essere abilitato. Le credenziali sono composte da un codice identificativo (codice fiscale) e un pincode per consentire l'identificazione degli utenti abilitati alle operazioni di trasmissione telematica»*.

Sul punto, tuttavia, appare di fondamentale importanza evidenziare che, se il medico si identifica nel sistema attraverso id e password, il documento informatico costituente la prescrizione medica risulterà provvisto della sola firma elettronica semplice, ai sensi dell'art. 21 del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Pertanto, sul piano probatorio, la prescrizione così rilasciata acquisisce la valenza di documento liberamente valutabile in giudizio, tenuto conto delle sue caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità ed immodificabilità.

In tal senso, dunque, la normativa attualmente vigente, nel tentativo di semplifica-

Dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico sono valide su tutto il territorio nazionale. Tale formulazione è emblematica dello stato confusionale in cui sembra versare il Legislatore in tema di digitalizzazione

re le procedure e controllare i dati relativi alla spesa pubblica in ambito sanitario, presenta il paradosso di avallare la circolazione di documenti informatici che rappresentano prescrizioni mediche prive dello stesso valore giuridico e probatorio di quelle generate in forma cartacea!

A fronte di tale superficialità e confusione nella predisposizione della disciplina in materia di digitalizzazione, non sarebbe piuttosto opportuno che il Legislatore stabilisse chiaramente che i documenti informatici rilevanti giuridicamente (come giustamente in altre normative sono trattati referti, prescrizioni mediche e immagini diagnostiche) andrebbero firmati digitalmente e conservati a norma?

La conservazione dei certificati medici digitalmente trasmessi e delle prescrizioni telematiche è, inoltre, un ulteriore problema che non viene in alcun modo risolto dalla normativa vigente. Nulla, infatti, viene detto sulle regole in base alle quali procedere alla loro conservazione, né sul soggetto preposto alla stessa.

Questo nonostante il Codice dell'Amministrazione digitale, agli articoli 43, 44, 50 *bis* e 51, imponga rispettivamente la conservazione permanente in modalità digitale dei documenti informatici di cui è prescritta la conservazione per legge o regolamento (da effettuarsi in modo da garantire la conformità dei documenti agli originali, nel rispetto delle regole tecniche stabilite ai sensi dell'art. 71 dello stesso CAD); il rispetto delle misu-

re di sicurezza previste dagli articoli da 31 a 36 del Codice Privacy (D.Lgs. n. 196/2003) e dal disciplinare tecnico di cui all'Allegato B dello stesso; l'adozione del piano di continuità operativa e di disaster recovery da parte delle pubbliche amministrazioni, e da ultimo la custodia e il controllo dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni con modalità tali da ridurre al minimo i rischi di distruzione, perdita, accesso non autorizzato o non consentito o non conforme alle finalità della raccolta (comma 2 art. 51 CAD).

Attualmente, invece, chi sta conservando le nostre identità digitali, le informazioni, i nostri documenti informatici (e, quindi, i nostri certificati medici e le nostre prescrizioni mediche) nelle PA locali e centrali? E in che modo?

Tuttavia, il paradosso fondamentale è un altro, ed è espresso dal periodo *"senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica"*, inserito nella quasi totalità delle norme emanate in tema di digitalizzazione.

Con l'evidente presunzione di trasformare in realtà questo dettame con il solo enunciarlo, infatti, il nostro Legislatore crede che evocando questa potente formula i processi di digitalizzazione documentale accadano da soli anche senza i necessari investimenti di risorse. Purtroppo così non è.

Sulla scorta di queste riflessioni, quindi, affinché sia predisposto un quadro normativo volto a favorire e non a ostacolare i processi di digitalizzazione, occorrerebbe limitare solo ai principi fondamentali l'emanazione di norme generali (possibilmente formulati in modo da contribuire alla coerenza sistematica della normativa), aggiornare di continuo le regole tecniche, stanziare le necessarie risorse ed evitare l'equivoco per cui, soprattutto in alcuni ambienti istituzionali, si rischia di confondere la digitalizzazione con la semplificazione.

Digitalizzarsi è dunque complesso, ma necessario: tale processo, se posto in essere con una seria strategia istituzionale, permetterà comunque di garantire un futuro certo, efficiente e controllato al nostro patrimonio di informazioni, dati e documenti digitali, anche in ambito sanitario.

La conservazione dei certificati medici digitalmente trasmessi e delle prescrizioni telematiche è, inoltre, un ulteriore problema che non viene in alcun modo risolto dalla normativa vigente. Non vengono infatti, dettate regole in base alle quali procedere alla loro conservazione

Riflessioni in merito alla nuova normativa sull' "Amministrazione Aperta"

Navigando in internet sui vari siti istituzionali delle Aziende Ospedaliere si ricava l'impressione, salvo rari casi, di una scarsa attenzione e quindi applicazione della normativa sulla trasparenza e, in particolare, delle nuove disposizioni sull'"Amministrazione Aperta".

La maggiore parte delle amministrazioni sanitarie pubblicano, nelle sezioni dei propri siti internet dedicate alla trasparenza, esclusivamente i compensi e i curricula dei propri dirigenti.

Il dato è allarmante, infatti, se fino ad oggi nessuna specifica sanzione era prevista per il non adeguamento delle sezioni denominate "Trasparenza, valutazione e merito" dei siti istituzionali, alla normativa che impone la pubblicazione di determinati atti, la questione è profondamente cambiata con l'entrata in vigore dell'art. 18 del d.l. 83/2012 "Decreto Sviluppo 2012" convertito con l. 134/2012, trend peraltro confermato dal d.lgv di attuazione (in corso di approvazione) della l. 190/2012 c.d. "Legge Anticorruzione".

Dal primo gennaio scorso, l'art. 18 del d.l. citato impone di dare piena pubblicità alle erogazioni di denaro pubblico di qualunque genere, quindi tutti gli "operatori" (dirigenti e responsabili dei servizi) che firmano provvedimenti di erogazione di denaro devono avere ben presente che l'omessa pubblicazione comporta l'applicazione di pesanti sanzioni a loro carico, consistenti nella diretta responsabilità amministrativa, patrimoniale e contabile per l'indebita concessione o attribuzione del beneficio economico, inoltre è prevista una responsabilità degli organi dirigenziali e di controllo. La non pubblicazione è causa di inefficacia del titolo con la conseguente illegittimità dell'erogazione, ed è rilevabile, oltre che dal destinatario, anche da parte di chiunque abbia interesse, finanche ai fini del risarcimento dei danni da ritardo da parte dell'amministrazione;

È stato definitivamente chiarito che si tratta di un obbligo immediatamente cogente

per tutti (vedi deliberazione della Civit n. 35 del 2012) anche in assenza dell'emanazione (il termine era fissato al 31 dicembre 2012) del regolamento statale che avrebbe dovuto definirne le modalità attuative e coordinare la normativa in vigore sulla pubblicità degli atti. Del pari è stato acclarato (vedi Newsletter N. 367 del 12 dicembre 2012 del Garante della Privacy) che, pur nel rispetto del diritto alla riservatezza, l'art. 18 sopra citato ha tra la sua platea di destinatari anche le aziende ospedaliere.

Il contenuto dell'articolo 18 del D.L. 83/2012

Deve preliminarmente osservarsi che con l'emanazione dell'articolo in esame il legislatore ha continuato a persistere nel confondere pubblicità con trasparenza.

Siamo invece profondamente convinti che, come afferma autorevole dottrina (M.A.Sandulli, Marrama), la pubblicità non coincida con la trasparenza, anche se ne costituisce uno dei possibili elementi. La pubblicità è un mero stato di fatto dell'atto, dell'organizzazione o del procedimento, mentre la trasparenza è chiarezza e comprensibilità dell'azione amministrativa. In questo senso sarebbe pubblico, ma non espressione di trasparenza l'atto regolarmente pubblicato all'albo o su un sito internet, ma in periodo festivo o abilmente occultato oppure atti accessibili, ma equivoci, oscuri e pertanto non comprensibili all'accidente.

In altre parole, la trasparenza è un quid pluris sia rispetto alla pubblicità che allo stesso diritto di accesso, imponendo all'amministrazione il dovere di agire correttamente, al di là delle mere prescrizioni formali della norma, nella consapevolezza che la democrazia ha bisogno di un'esplicitazione comprensibile del potere.

L'art. 18 che dovrebbe assicurare trasparenza, come avremo modo in seguito di vedere è connotato da un alto grado di equivocità e oscurità nella sua portata applicativa, tanto

Francesco Grilli
Segretario Generale
Provincia di Perugia

che la regione Emilia Romagna, al fine di darvi applicazione, si è dovuta basare su un parere legale di ben 25 pagine.

Particolarmente complessa è l'actio finium regundorum dell'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione della norma.

In via del tutto schematica e riassuntiva, date le esigenze di spazio, gli atti assoggettati a pubblicazione possono essere suddivisi in tre categorie:

a) Concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari alle imprese

Gli atti di concessione ricompresi in questa categoria sono caratterizzati dal fatto di costituire attribuzioni economiche non legate a una controprestazione che hanno come destinatari esclusivamente le imprese.

b) Attribuzione di corrispettivi e compensi a persone, professionisti, imprese ed enti privati.

In questa categoria ricadono gli atti caratterizzati dal fatto di costituire attribuzioni economiche erogate a fronte di una controprestazione che hanno come destinatari soggetti ed enti privati.

c) Attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere di cui all'articolo 12 della legge n. 241 del 1990 ad enti pubblici e privati

Gli atti di concessione ricompresi in questa categoria sono caratterizzati dal fatto di costituire generiche attribuzioni di un "vantaggio economico" riconducibile all'articolo 12 della legge n. 241 del 1990 e che quindi migliora la situazione economica del destinatario senza che vi sia una controprestazione verso il concedente. Il destinatario sono gli enti pubblici e privati, con esclusione delle persone fisiche.

L'obbligo di pubblicazione scatta per le attribuzioni di importo complessivo superiore a mille euro nel corso dell'anno solare.

Informazioni e documenti da riportare sul sito Internet

Il comma 2 dell'articolo 18 così elenca le informazioni e i documenti, relativi a concessioni o attribuzioni di vantaggi economici, che devono essere riportati sul sito internet nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito":

- a) il nome dell'impresa o altro soggetto beneficiario ed i suoi dati fiscali;
- b) l'importo;
- c) la norma o il titolo a base dell'attribuzione;

d) l'ufficio e il funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo;

e) la modalità seguita per l'individuazione del beneficiario;

f) il link al progetto selezionato, al curriculum del soggetto incaricato, nonché al contratto e capitolato della prestazione, fornitura o servizio.

I dati devono essere esposti in formato tabellare aperto, che ne consenta l'esportazione e l'elaborazione (c.d. formato *open data*).

Effetti della pubblicazione

In merito agli effetti della pubblicazione, il comma 5 dell'articolo 18 stabilisce che essa "costituisce condizione legale di efficacia del titolo legittimante delle concessioni ed attribuzioni di importo complessivo superiore a mille euro nel corso dell'anno solare previste dal comma 1, e la sua eventuale omissione o incompletezza è rilevata d'ufficio dagli organi dirigenziali e di controllo, sotto la propria diretta responsabilità amministrativa, patrimoniale e contabile per l'indebita concessione o attribuzione del beneficio economico".

Decorrenza temporale

Il termine iniziale di applicazione è individuato dal comma 6 dell'articolo 18, che stabilisce che le pubblicazioni devono essere effettuate: "A decorrere dal 1° gennaio 2013 per le concessioni di vantaggi economici successivi all'entrata in vigore del presente decreto-legge".

Il decreto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 147 del 26 giugno ed è entrato in vigore (ai sensi dell'articolo 70 del medesimo decreto) il giorno stesso della pubblicazione.

L'Art.18 e il divieto di diffondere dati sulla salute del paziente

Il Garante per la privacy con una Newsletter (N. 367 del 12 dicembre 2012) ha richiamato alcune amministrazioni sanitarie alla corretta applicazione delle novità normative introdotte dal "Decreto Sviluppo 2012", vietando la diffusione online dei dati sulla salute dei pazienti. In particolare il Garante risponde alla domanda se sia obbligatorio pubblicare su internet, da parte delle aziende ospedaliere, anche i dati dei pazienti che hanno ad esempio ricevuto indennizzi per danni irreversibili (come il contagio da epatite o Hiv) causati da vaccina-

zioni o dalla somministrazione di emoderivati, rimborsi per cure di altissima specializzazione, interventi assistenziali o altri contributi legati a patologie mediche certificate.

L'Autorità ha chiarito che, per quanto riguarda le persone fisiche, l'articolo citato prevede la pubblicazione online solo dei dati di chi riceve "corrispettivi o compensi" dalla Pubblica Amministrazione e che deve in ogni caso essere interpretato alla luce dei principi fondamentali in materia di protezione dei dati personali, cristallizzati anche in disposizioni comunitarie.

Il Garante ha ribadito che il Codice della privacy vieta ai soggetti pubblici la diffusione di dati idonei a rivelare lo stato della salute di una persona e che le informazioni citate non possono essere pubblicate sul sito web delle Ausl o di altri enti.

Ha ricordato infine che tutte le pubbliche amministrazioni, nel predisporre il proprio sito Internet, devono sempre rispettare le apposite cautele indicate nelle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web", approvate dal Garante nel 2011.

Le ulteriori novità apportate in materia di trasparenza dalla L. 190 del 2012 (Legge anticorruzione)

Recentemente, la L. 6 novembre 2012 n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) ha previsto per tutte le amministrazioni, ivi comprese le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, un nuovo obbligo di ampia portata, stabilendo che nei siti web istituzionali siano pubblicate le "informazioni relative ai procedimenti amministrativi (...), i bilanci e conti consuntivi, nonché i costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini". Essa inoltre ha imposto alle amministrazioni di rendere accessibili in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano.

Con circolare del Ministero della Pubblica Amministrazione e della semplificazione n. 1 del 25 gennaio 2013 (avente ad oggetto:

legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) si è segnalato, tra l'altro, che nella seduta del 22 gennaio 2013 del Consiglio dei ministri è stato approvato in via preliminare lo schema di decreto legislativo recante "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", che contiene anche norme in materia di raccordo tra il piano di prevenzione della corruzione e il programma triennale della trasparenza e le figure dei due responsabili. In tale decreto, in particolare, si prevede che il programma triennale rappresenta una sezione del piano per la prevenzione e che, di norma, le figure dei responsabili sono accorpate in un unico soggetto.

Il provvedimento che dovrà ora passare al vaglio del Garante della privacy e della conferenza unificata riordina tutte le norme che riguardano gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle PA e introduce alcune sanzioni per il mancato rispetto di questi vincoli.

I punti principali del provvedimento possono essere così sintetizzati:

1. viene istituito l'obbligo di pubblicità: delle situazioni patrimoniali di politici, e parenti entro il secondo grado; degli atti dei procedimenti di approvazione dei piani regolatori e delle varianti urbanistiche; dei dati, in materia sanitaria, relativi alle nomine dei direttori generali, oltre che agli accreditamenti delle strutture cliniche.

2. viene data una definizione del principio generale di trasparenza: accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle PA, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Il provvedimento ha infatti lo scopo di consentire ai cittadini un controllo democratico sull'attività delle amministrazioni e sul rispetto, tra gli altri, dei principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza dell'azione pubblica.

3. la pubblicazione dei dati e delle informazioni sui siti istituzionali diventa lo snodo centrale per consentire un'effettiva conoscenza dell'azione delle PA e per sollecitare e agevolare la partecipazione dei cittadini. Per

pubblicazione si intende la diffusione sui siti istituzionali di dati e documenti pubblici e la diretta accessibilità alle informazioni che contengono da parte degli utenti.

4. si stabilisce il principio della totale accessibilità delle informazioni. Il modello di ispirazione è quello del Freedom of Information Act statunitense, che garantisce l'accessibilità di chiunque lo richieda a qualsiasi documento o dato in possesso delle PA, salvo i casi in cui la legge lo esclude espressamente (es. per motivi di sicurezza).

5. si prevede che il principio della massima pubblicità dei dati rispetti le esigenze di segretezza e tutela della privacy. Il provvedimento stabilisce che i dati personali diversi dai dati sensibili e dai dati giudiziari possono essere diffusi attraverso i siti istituzionali e possono essere trattati in modo da consentirne l'indicizzazione e la tracciabilità con i motori di ricerca. È previsto l'obbligo di pubblicazione dei dati sull'assunzione di incarichi pubblici e si individuano le aree in cui, per ragioni di tutela della riservatezza, non è possibile accedere alle informazioni.

6. viene introdotto un nuovo istituto: il diritto di accesso civico. Questa nuova forma di accesso mira ad alimentare il rapporto di fiducia tra cittadini e PA e a promuovere il principio di legalità (e prevenzione della corruzione). In sostanza, tutti i cittadini hanno diritto di chiedere e ottenere che le PA pubblicino atti, documenti e informazioni che detengono e che, per qualsiasi motivo, non hanno ancora divulgato.

7. si disciplina la qualità delle informazioni diffuse dalle PA attraverso i siti istituzionali. Tutti i dati formati o trattati da una PA devono essere integri, e cioè pubblicati in modalità tali da garantire che il documento venga conservato senza manipolazioni o contraffazioni; devono inoltre essere aggiornati e completi, di semplice consultazione, devono indicare la provenienza ed essere riutilizzabili (senza limiti di copyright o brevetto).

8. si stabilisce la durata dell'obbligo di pubblicazione: 5 anni che decorrono dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui decorre l'obbligo di pubblicazione e comunque fino a che gli atti abbiano prodotto i loro effetti (fatti salvi i casi in cui la legge dispone diversamente).

9. si prevede l'obbligo per i siti istituzionali di creare un'apposita sezione – "Amministrazione

trasparente" – nella quale inserire tutto quello che stabilisce il provvedimento.

10. Altre disposizioni riguardano la pubblicazione dei curricula, degli stipendi, degli incarichi e di tutti gli altri dati relativi al personale dirigenziale e la pubblicazione dei bandi di concorso adottati per il reclutamento, a qualsiasi titolo, del personale presso le PA.

L'art. 41 del provvedimento si occupa della Trasparenza del servizio sanitario nazionale stabilendo che le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Quindi questi enti devono procedere alla nomina del "responsabile per la corruzione" e del "responsabile della trasparenza".

Inoltre, in particolare, le aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicano tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento.

Alla dirigenza sanitaria e ai professionisti che rendono le proprie prestazioni in regime intramurario delle amministrazioni di cui sopra si applicano gli obblighi di pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali.

Inoltre deve essere pubblicato e annualmente aggiornato l'elenco delle strutture sanitarie private accreditate e gli accordi con esse intercorsi.

Le Regioni hanno l'obbligo di includere il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.

Tutti gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

La fissazione di “tetti” alla spesa sanitaria

Al fine di essere riconosciuti quali erogatori del Servizio sanitario nazionale (da ora, SSN) è necessario ottenere il cd. accreditamento istituzionale, disciplinato negli artt. 8-*bis* – 8-*quinqües* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i., secondo cui la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-*ter*, all'ottenimento dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinqües*.

L'art. 8-*ter* prevede che la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie siano subordinate ad autorizzazione. L'autorizzazione è, in realtà, duplice in quanto è prevista sia l'autorizzazione per la realizzazione e per l'adattamento di strutture di alta complessità sia l'autorizzazione per lo svolgimento di attività sanitaria; nel primo caso si tratterà di verificare la struttura in sé ma anche in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale; nel secondo caso l'autorizzazione è subordinata al possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art. 8 della L. 59/97.

L'art. 8-*quater* prevede che l'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla Regione alle sole strutture autorizzate, pubbliche o private, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. È, altresì, espressamente indicato che la qualità

di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinqües*; inoltre, si prevede che siano definiti criteri generali uniformi: per la definizione dei requisiti necessari per ottenere l'accREDITAMENTO; per la valutazione della rispondenza delle strutture alla programmazione regionale; per le procedure e i termini per l'accREDITAMENTO delle strutture che ne facciano richiesta.

L'art. 8-*quinqües* prevede che le Regioni, individuato l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulino contratti con quelle private.

Dunque, schematizzando quanto sinora illustrato, può dirsi che la procedura per poter erogare prestazioni sanitarie si articola nelle seguenti fasi:

1. innanzitutto, occorre che le strutture private ottengano l'autorizzazione, ossia un *nulla osta* concesso dal Comune (ma previa acquisizione di un parere regionale) volto a consentire la realizzazione o modifica di strutture per fini sanitari, attribuibile a chi presenti *standard* minimi di sicurezza e qualità, avente natura strutturale, tecnica e organizzativa; questo tipo di autorizzazione si affianca all'autorizzazione di natura soggettiva (laurea, abilitazione) ponendo vincoli di natura oggettiva, peraltro esercitabili discrezionalmente;
2. poi, occorre ottenere l'accREDITAMENTO; dunque, le strutture sanitarie in possesso di requisiti tecnici, organizzativi e strutturali (autorizzazione di cui al precedente punto) devono, altresì, dimostrare di possedere ulteriori requisiti di qualificazione (attività svolta, risultati raggiunti, etc.) e di utilità per il SSN, il possesso dei quali fa sì che le strutture

Paolo De Angelis

Alma Mater Studiorum
Università di Bologna
Area Persone e Organizzazione

1.

Secondo cui: "8. Analogamente a quanto già previsto per le aziende ed i presidi ospedalieri dall'articolo 4, commi 7, 7-bis e 7-ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 6, comma 5, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, nell'ambito dei nuovi rapporti instaurati ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, ferma restando la facoltà di libera scelta, le regioni e le unità sanitarie locali, sulla base di indicazioni regionali, contrattano, sentite le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative, con le strutture pubbliche private ed i professionisti eroganti prestazioni sanitarie un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere. 9. In sede di prima applicazione del sistema di remunerazione delle prestazioni di cui all'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, le regioni fissano il livello massimo delle tariffe da corrispondere nel proprio territorio ai soggetti erogatori entro un intervallo di variazione compreso tra il valore delle tariffe individuate dal Ministro della sanità, con propri decreti, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed una riduzione di tale valore non superiore al 20 per cento ...".

2.

Secondo cui: "Le regioni, per l'esercizio 1997, nell'ambito delle funzioni previste dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, individuano, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno 1996, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private. La contrattazione dei piani annuali preventivi, di cui all'articolo 6, comma 5, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, ed all'articolo 2, comma 8, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile".

3.

Secondo cui: "Le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662".

4.

In questo senso vedi, ex pluribus, Cons. St., sez. V, 25 gennaio 2003, n. 418; idem 25 agosto 2008, n. 4076; TAR Puglia, Bari, sez. II, 9 marzo 2006, n. 800.

acquistino lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario;

3. inoltre, superata questa seconda fase, al fine di potere erogare in concreto le prestazioni sanitarie è necessario che tra Azienda sanitaria (da ora, AUSL) e struttura sanitaria (sulla base di requisiti definiti dalle Regioni) sia stipulato un successivo accordo (se la struttura sanitaria è privata) o contratto (se la struttura sanitaria è privata) che individui esattamente il volume massimo delle prestazioni, le tipologie e modalità di assistenza, i requisiti di erogazione del servizio, il corrispettivo dovuto per ciascuna tipologia di prestazione.

La natura dei contratti/accordi

Questione particolarmente dibattuta è quella che inerisce il contenuto dell'accordo; se esso, cioè, sia negoziabile ovvero se dietro alle dizioni «accordo» e «contratto» sia in realtà celato un atto autoritativamente imposto alla controparte, sia essa pubblica o privata.

Il testo dell'art. 8-*quinquies*, letteralmente interpretato, non sembra lasciare dubbi in quanto espressamente in esso sono utilizzati termini inequivocabilmente orientati verso un'interpretazione negoziale degli accordi/contratti. Tuttavia, dall'esame della normativa applicabile alla materia (art. 2, c. 8 e 9, della L. 549/95¹; art. 1, c. 32, della L. 662/96²; art. 32, c. 8, della L. 449/97³) emerge un quadro più complesso. In sostanza, tutte e tre le disposizioni, non a caso contenute in leggi finanziarie, esprimono la necessità che i tetti di spesa siano il frutto di una pianificazione finanziaria a monte. In questa ottica sono da intendersi le modifiche apportate al D.Lgs. 502/92 dal D.Lgs. 229/99 che, oltre a introdurre il sistema dell'accreditamento istituzionale nella forma in cui lo conosciamo oggi, disciplina espressamente il rapporto tra fase dell'accreditamento e fase degli accordi contrattuali individuando, come più volte si è già detto nei precedenti paragrafi, in questi ultimi il momento finale a decorrere dal quale le strutture contraenti acquisiscono il potere di erogare prestazioni sanitarie a carico del SSN. Pertanto, l'evoluzione normativa di cui si è

fatto cenno ha comportato che l'accreditamento, che nel sistema contenuto nella versione originaria del D.Lgs. 502/92 era concepito come un vero e proprio diritto, abbia acquisito ormai il carattere tipico di un atto attributivo di compiti pubblici e di natura discrezionale. Pertanto, e concludendo sul punto, può affermarsi sia che il volume complessivo di prestazioni da porsi a carico del SSN non può superare quello previsto in sede di programmazione nazionale (che costituisce un limite ineludibile) sia che i soggetti accreditati hanno diritto a percepire la remunerazione per le prestazioni effettivamente erogate solo nei limiti dei singoli accordi contrattuali ex art. 8-*quinquies*, in mancanza e al di fuori dei quali non sorge alcun vincolo a carico delle AUSL. Per le ragioni esposte, la prevalente giurisprudenza ha ritenuto che, nonostante il tenore letterale della norma, essendo la pianificazione delle risorse rimessa alla Regione (e, di conseguenza, alle AUSL) la proposta di accordo/contratto non possa che avere carattere autoritativo⁴.

Alla luce delle disposizioni normative sopra ricordate che regolano la materia, ed anche in aderenza a quanto deciso dalla Corte costituzionale secondo cui gli accordi contrattuali hanno anche la funzione di bilanciare il parziale superamento del principio della parificazione e della concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private⁵, è, a mio avviso, possibile ricostruire gli articolati rapporti che regolano gli accordi contrattuali affermando che se è vero che le esigenze di contenimento della spesa impongono la fissazione regionale e autoritativa dei limiti di spesa, è anche vero che nell'area consensuale residua la possibilità di determinare la tipologia delle prestazioni che ciascuna struttura può, ribadisco, nell'ambito dei tetti massimi, erogare. Accogliendo questa soluzione potrebbe concludersi affermando che il contenuto degli accordi sarebbe autoritativamente imposto in relazione ai limiti massimi di spesa mentre sarebbe negoziabile in riferimento ad altri elementi, quali la tipologia delle prestazioni da erogarsi⁶. Ciò posto, deve peraltro precisarsi che le amministrazioni, nel regolamentare contratti e accordi, devono comunque osservare anche i principi di correttezza e

trasparenza enunciati dall'art. 1175 c.c.; pertanto, se la opzione autoritativa è giustificata in considerazione dell'obiettivo statale di riduzione della spesa pubblica, è anche vero che la stessa non può essere esercitata in modo irrazionale o contraddittorio e che, comunque, deve essere esercitata nel rispetto dei principi di tutela che garantiscono i rapporti negoziali.

Una volta stipulato il contratto/accordo le strutture possono erogare prestazioni sanitarie nei limiti di quanto in esso stabilito.

La fissazione dei tetti di spesa

Il *quantum* definito come rimborsabile dal SSN è definito "tetto di spesa" e costituisce la somma massima che il SSN può rimborsare per l'erogazione delle prestazioni. Come stabilito anche dalla giurisprudenza, cioè, i limiti di spesa, pur nel rispetto di esigenze minime di carattere primario e fondamentale del settore sanitario, operano come limite alla pienezza della tutela sanitaria degli utenti del servizio⁷.

In materia di tetti di spesa sono sorte negli ultimi anni alcune questioni che si proverà a riassumere brevemente nelle prossime pagine.

A. È stato oggetto di dibattito, in giurisprudenza, il limite temporale entro il quale la Regione deve esercitare il potere di individuazione dei limiti di spesa; in particolare, ci si è chiesti se la fissazione dei limiti sia legittima benché intervenuta in corso di anno. Al riguardo, la giurisprudenza è unanime nel ritenere che il bilanciamento delle esigenze dei soggetti erogatori con le risorse disponibili legittimi una determinazione dei limiti di spesa anche postuma in quanto non può essere condiviso il diverso avviso che, se ammesso, comporterebbe il diritto degli erogatori a vedersi rimborsate in modo integrale tutte le prestazioni svolte; in sostanza, secondo il consolidato orientamento giurisprudenziale, l'eventuale vizio di tardività nella determinazione del *budget* di spesa è recessivo rispetto al prevalente interesse al contenimento della spesa sanitaria entro i limiti stabiliti nella programmazione regionale⁸, anche in considerazione del fatto che le strutture accreditate "... sino a quando non sia emanato il provvedimento di fissazione del tetto

di spesa possono utilmente fare riferimento, per programmare la propria attività, ai limiti di spesa applicati dalla p.a. nell'anno precedente..."⁹. Tuttavia, la determinazione dei limiti di spesa, nel quadro di un sollecito e leale espletamento dei relativi adempimenti, deve "...pur sempre ultimarsi nel più breve tempo consentito dalle esigenze di adeguata istruttoria ..." ¹⁰.

Ma cosa avviene nel caso in cui i soggetti accreditati erogino prestazioni sanitarie oltre i limiti imposti e concordati? L'art. 8-*quinquies*, c. 2, lett. D, prevede che all'interno degli accordi le Regioni indichino il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione *extra*-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte. In base a questo assunto la giurisprudenza più recente ha ritenuto che il sistema di regressione progressiva del rimborso tariffario delle prestazioni sanitarie che eccedono il tetto massimo prefissato, pur non essendo esplicitamente contemplato dalle norme di legge che regolano i poteri regionali in materia, è espressione del potere autoritativo di fissazione dei tetti di spesa e di controllo della spesa sanitaria in funzione di tutela della finanza pubblica, affidato alle stesse Regioni¹¹; inoltre, che il sistema di regressione trova giustificazione nella possibilità che le imprese fruiscono di economie di scala e che effettuino opportune programmazioni delle rispettive attività e che esso non deve essere accompagnato da specifica motivazione della percentuale in concreto applicata¹².

Sulla complessa tematica è anche intervenuta l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato¹³ la quale, dopo un'ampia introduzione inerente la programmazione sanitaria e i vincoli cui essa deve attenersi affinché possa esserne attestata la legittimità, ha affermato che l'orientamento secondo cui la fissazione dei tetti di spesa sanitaria in via retroattiva sarebbe illegittima è da ritenersi superato in virtù di un più recente e preferibile orientamento, già fatto proprio dall'Adunanza Plenaria nel 2006, secondo cui i tetti di spesa devono ritenersi

5.

C. Cost., 26 maggio 2005, n. 200.

6.

Questa tesi risulta confermata anche da quanto contenuto nel decreto legge 95/12 (cd. decreto sulla *spending review*), convertito in legge 135/12, che all'art. 15, c. 14-17 prevede tutta una serie di misure atte a ridurre la spesa sanitaria incidendo in modo unilaterale sui contratti di cui all'art. 8-*quinquies* D.Lgs. 502/92; in particolare si prevede che:

- "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012 ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014 ..."
- "In deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale ..."
- "Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica ..."
- "Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali ..."

7.

Così, ad esempio, C. Cost., 18 marzo 2005, n. 111.

8.

Ex multis, vedi, Cons. St., sez. V, 13 maggio 2005, n. 2580.

9.

Così, Cons. St., Ad. Plen., 2 maggio 2006, n. 8.

10.

TAR Abruzzo, L'Aquila, 3 febbraio 2010, n. 22. La sentenza, per la verità avente a oggetto una fattispecie del tutto peculiare (delibera di definizione dei tetti di spesa compiuta a fine anno dal Commissario ad acta nominato dal Consiglio di Ministri per la realizzazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo), prosegue precisando che la fissazione ritardata dei limiti di spesa non può mai risolversi in una azione programmatica posticipata ad evitare che si possa "... prima profittare - senza limiti prefissati - di una imponente supplenza privatistica nell'erogazione indiretta del servizio sanitario nazionale [...] salvo poi invocare successivamente le insormontabili esigenze di bilancio, per escludere dal rimborso quanto eccedente dai limiti di spesa successivamente determinati...".

11.

TAR Campania, Napoli, sez. I, 3 febbraio 2010, n. 537, con commento adesivo di Mancini Palamoni G., Note sulla disciplina dei tetti di spesa in materia sanitaria, in Giurisprudenza di merito, 10/2010, pp. 2583-2597. Vedi, anche, Cons. St., sez. V, 28 febbraio 2011, n. 1252.

12.

Cons. St., sez. V, 25 agosto 2008, n. 4076.

13.

Cons. St., Ad. Plen., 12 aprile 2012, nn. 3 e 4. La giurisprudenza successiva si è immediatamente adeguata alle statuizioni affermate dall'Adunanza Plenaria; vedi, tra le prime, Cons. St., sez. III, 17 maggio 2012, n. 2857.

14.

Il rinvio è compiuto a C. Cost., 20 novembre 2000, n. 509.

indispensabili a garantire le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica; anzi, ad avviso dell'Adunanza, la fissazione dei tetti di spesa costituisce l'unica strada percorribile al fine di tutelare quello che ad avviso della Consulta¹⁴ costituisce l'effettivo obiettivo di tutela del diritto alla salute: il cd. nucleo irriducibile, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone la necessità di evitare la venuta in esistenza di situazioni prive di tutela. Affermato ciò, la sentenza fornisce anche alcune indicazioni operative, utili sia alle Regioni per consentire la legittimità della loro programmazione annuale sia agli operatori privati per garantire il loro diritto all'erogazione di prestazioni sanitarie tali da, quantomeno, mantenere l'equilibrio economico. Quanto alle Regioni, le decurtazioni imposte al tetto dell'anno precedente, ove retroattive, devono essere adottate, previa una congrua attività istruttoria, a seguito di una valutazione comparativa esplicita e resa pubblica; laddove il timore sia che le decurtazioni possano essere ampie, le Regioni devono, inoltre, in corso di anno, al fine di evitare che il taglio retroattivo possa ripercuotersi sulle prestazioni nel frattempo già erogate dalle strutture sanitarie nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività delle discipline fissate per l'anno precedente, adottare atti di programmazione provvisoria che, sulla base dei dati disponibili relativi alle norme finanziarie già in vigore e alla composizione del tetto di spesa, stabiliscano dei tetti di spesa, per l'appunto, provvisori in attesa della quantificazione definitiva. Quanto agli erogatori sanitari privati, tali strutture dovranno avere riguardo all'entità delle somme contemplate per le prestazioni nel precedente anno, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso.

B. In riferimento al monitoraggio delle prestazioni che la Regione deve compiere per verificare l'eventuale superamento dei limiti da parte degli operatori, la scarsa giurisprudenza che se ne è occupata ha ritenuto che il mancato monitoraggio non esclude la potestà dell'amministrazione

sanitaria di modulare la regressione tariffaria allo scopo di contenere la remunerazione complessiva delle prestazioni nei limiti fissati, né comporta l'obbligo per l'amministrazione sanitaria di acquistare prestazioni sanitarie impiegando risorse superiori a quelle disponibili. In altri termini, l'esercizio del potere di fissare la regressione tariffaria e l'osservanza del limite di spesa non sono subordinati né sono condizionati all'esecuzione del monitoraggio delle prestazioni erogate, in quanto, anche in presenza di un eventuale inadempimento in tal senso, rimane da soddisfare l'esigenza fondamentale ed ineludibile di contenere la remunerazione a carico del SSN¹⁵. Questa conclusione non mi sembra del tutto condivisibile. Secondo la ricostruzione operata *supra*, il monitoraggio rientra non nel contenuto autoritativo degli accordi contrattuali bensì nel contenuto effettivamente pattizio; pertanto, proprio in virtù del carattere negoziale del monitoraggio non mi sembra corretto affermare che esso possa essere non svolto e che la sua omissione non comporti alcuna conseguenza pratica nel rapporto - ribadisco, pattizio - instauratosi tra le parti. È ben vero che la tenuta del sistema finanziario costituisce la «lente» attraverso la quale tutto la materia oggetto del presente articolo è «vista» e, dunque, è corretto prevedere che il mancato monitoraggio non possa comportare la legittimazione allo sfioramento del limite massimo di prestazioni erogabili in quanto ciò potrebbe comportare un rischio per la tenuta dell'intero sistema; tuttavia è, altresì, vero che il mancato monitoraggio (*rectius*, il mancato adempimento di una delle prescrizioni contenute negli accordi/contratti) dovrebbe essere fatto valere quale inadempimento (sia pure di una parte non essenziale della prestazione) e, come tale, essere in qualche modo sanzionato.

C. Altra problematica riguarda il caso, invero raro, in cui al termine del periodo di esercizio risultino delle economie dovute al mancato raggiungimento del tetto di spesa assegnato ad alcuni operatori. La questione è duplice configurandosi sia dubbi sulla possibile ripartizione dell'economia

sugli operatori che hanno effettivamente erogato le prestazioni sia dubbi sulle concrete modalità di ripartizione di dette economie tra gli operatori. Premesso che non esiste una disciplina normativa che regoli la fattispecie circa il primo dei dubbi prospettati, non si rinviene giurisprudenza che abbia affrontato la questione. Tuttavia, alla luce dei principi generali più volte evidenziati, pare possibile affermare che la scelta tra la ripartizione delle economie tra gli erogatori e l'utilizzo delle stesse in altri ambiti costituisca un atto discrezionale della Regione; atto discrezionale che deve, però, essere congruamente motivato soprattutto laddove, a consuntivo, emerga che la Regione abbia fruito di prestazioni erogate da parte di alcuni operatori oltre il limite consentito. In questa specifica evenienza non sembra facilmente giustificabile, a fronte di un servizio comunque reso, giustificare uno storno dei fondi derivanti dalle economie verso altri settori di intervento pubblico. Per questa ragione ritengo che eventuali economie debbano essere utilizzate nell'ambito sanitario, salvo il ricorrere di interessi particolarmente validi e congruamente motivati, soprattutto laddove vi siano erogatori che hanno erogato prestazioni oltre i limiti previsti. Quanto alle modalità di ripartizione delle economie, il TAR Puglia, investito della questione, ha ritenuto in modo condivisibile che *"... allorchè si accertino economie dovute al mancato raggiungimento del tetto di spesa assegnato da parte di alcuni operatori, la mancanza di specifica disciplina non può che condurre [...] ad un criterio oggettivo imperniato sull'aumento del tetto in stretta proporzione rispetto alla fissazione degli originari tetti di spesa..."*¹⁶; pertanto, le economie non vanno ripartite in percentuale del superamento dei limiti (criterio che sarebbe disincentivante dei principi di lealtà e in contrasto con i principi in materia) ma in percentuale ai limiti fissati per ciascuna struttura erogatrice.

Conclusioni

L'elevato e crescente deficit della sanità e le esigenze di bilancio e di contenimento della spesa pubblica, nonché di razionalizzazione del sistema sanitario, hanno imposto di tenere conto dell'esigenza di

una programmazione che ha comportato non solo la necessità di configurare l'accreditamento delle strutture come atto connotato da profili di discrezionalità amministrativa, avente ad oggetto la verifica concernente la funzionalità delle stesse rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, ma anche l'ulteriore necessità che l'effettiva erogazione delle prestazioni sia subordinata alla stipula di appositi contratti/accordi contrattuali, con i quali neppure è acquistata una certa quantità di servizi ma è soltanto autorizzata l'erogazione delle prestazioni entro un tetto massimo prefissato, da remunerare con il sistema a tariffa.

Il sistema dell'accreditamento costituisce senza alcun dubbio il sistema principale tramite il quale strutture pubbliche e private possono erogare prestazioni sanitarie a carico del SSN e tramite esso si attua un sistema a gestione mista, pubblica e privata, in grado di valorizzare al meglio le strutture e le risorse esistenti; un sistema in cui è privilegiato l'aspetto della qualità delle cure e l'uguaglianza di tutti i cittadini rispetto alla possibilità di pretendere il trattamento migliore in funzione delle risorse messe a disposizione. Al soggetto pubblico spetta in primo luogo la responsabilità della programmazione attraverso la definizione del fabbisogno e poi la definizione di un sistema di verifica della qualità a garanzia delle prestazioni erogate; i soggetti privati sono invece tenuti al rispetto del sistema di regole definite per la valutazione dell'attività erogata e del ruolo che la programmazione affida loro.

Il quantum deciso dal soggetto pubblico come limite alla spesa sanitaria imposto a ciascun operatore costituisce un "tetto" che deve essere il frutto di una attenta programmazione. Questo tetto, al fine di consentire alla strutture sanitarie di adeguarsi, deve essere comunicato quanto prima possibile ma, anche *"... la fissazione dei tetti in corso di anno, pur se apparentemente in distonia con la finalità di programmazione che ne implicherebbe la caratterizzazione preventiva, risulta la conseguenza fisiologica dei tempi non comprimibili che permeano le varie fasi procedurali previste dalla legge in relazione alla definizione dei fondi all'uopo utilizzabili"*¹⁷.

15.

Così TAR Campania, Napoli, sez. I, 3 febbraio 2010, n. 537.

16.

TAR Puglia, Bari, sez. II, 10 luglio 2009, n. 1811.

17.

Cons. St., Ad. Plen., 12 aprile 2012, nn. 3 e 4.

Sistemi dinamici di Acquisizione in ambito sanitario: percezione e livello di conoscenza da parte degli addetti ai lavori

Alberto Cendron

ULSS n. 8 Asolo
Responsabile Provveditorato
ed Economato

Andrea Carlo Lunardi

USL Valle d'Aosta
Collaboratore Amministrativo
Provveditorato ed Economato

Giuseppe Mastrodomenico

ASL BT Barletta-Andria-Trani
Dirigente Amministrativo
Area Gestione del Patrimonio

Giuseppe Nuzzolese

ASL BT Barletta-Andria-Trani
Direttore Area Gestione
del Patrimonio

Quadro normativo e caratteristiche peculiari del Sistema Dinamico di Acquisizione (SDA)

Il Sistema dinamico di acquisizione è specificatamente disciplinato dagli artt. 3 e 60 del D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 - Codice dei contratti pubblici. Dalla lettura del combinato disposto di detti articoli, emergono degli elementi peculiari che caratterizzano il predetto istituto. Esso si caratterizza per essere:

- a) completamente elettronico, difatti l'intero sistema, a partire dalla presentazione delle offerte indicative fino alla fase di selezione dell'offerta finale, viene gestito elettronicamente;
- b) finalizzato all'effettuazione di "acquisti di uso corrente", intesi come quei beni le cui caratteristiche generalmente disponibili sul mercato soddisfano le esigenze della Stazione Appaltante. Ne consegue che oggetto di acquisto attraverso un sistema dinamico di acquisizione potranno essere unicamente beni: standardizzati, abitualmente acquistati dall'amministrazione aggiudicatrice;
- c) limitato nel tempo, la durata non può superare i 4 anni;
- d) aperto per tutta la sua durata a qualunque operatore economico che soddisfi i criteri di selezione e che abbia presentato un'offerta indicativa conforme al capitolato d'oneri.

Considerazioni iniziali e scenario di riferimento

La procedura di gara del Sistema dinamico di acquisizione, del tutto innovativa è stata introdotta dal legislatore italiano che ha recepito la volontà comunitaria nell'ottica che, l'utilizzo delle tecnologie informatiche possa rappresentare la via

preferenziale per ottenere una serie di vantaggi quali:

- a) risparmio economico (stimato intorno al 10-15%) per l'acquisto di beni e servizi;
 - b) snellimento delle procedure di gara e, quindi, riduzione degli sprechi di tempo e di risorse umane;
 - c) trasparenza delle procedure amministrative;
 - d) ampliamento della concorrenza ed apertura a nuovi mercati;
 - e) vantaggi connessi alla produzione sistematica di reportistica, al fine di un maggior controllo della spesa pubblica;
- I vantaggi che deriverebbero dall'introduzione del Sistema dinamico di acquisizione sarebbero inoltre i seguenti:
- gestione immediata delle innovazioni di mercato;
 - maggiore turn over nelle aggiudicazioni con contratti per periodi di tempo limitati, con conseguenti agevolazioni nella stima dei fabbisogni;
 - esclusione dello stand-still;
 - opportunità per nuove ditte di partecipare anche a gara in corso, senza "perdita di chance".

Metodologia ed approccio agli strumenti di ricerca

Il lavoro eseguito nasce con l'intento di attribuire un taglio più pratico e meno didattico all'argomento di cui sopra, oramai ampiamente descritto ed approfondito da riviste specialistiche e di settore. Innanzitutto è stato definito un questionario composto da domande a risposta singola o multipla, nonché con alcuni spazi per dare modo all'intervistato, eventualmente, di inserire risposte non previste. Tale questionario è diviso in quattro aree: la prima introduttiva, la seconda concentrata sul mercato attuale dell'e-procu-

rement, la terza specifica sul SDA e per finire la quarta di raccolta di dati più specifici sulle caratteristiche soggettive degli intervistati. La prima area, preceduta da una schermata di benvenuto in cui si evidenzia la mission della ricerca, è composta da tre quesiti a risposta multipla, focalizzati sulla conoscenza dei principali strumenti di e-procurement, sui canali attraverso i quali li si è conosciuti e sul loro livello di utilizzo. In questa sezione è stata inserita una regola condizionale che sulla base delle risposte assegnate rinvia la compilazione a domande successive, logicamente correlate. La seconda area, relativa al mercato degli strumenti di e-procurement, è composta da quattro domande a risposta multipla, a matrice e da spazi di text entry. Nella prima domanda si chiede se si conoscono Aziende fornitrici di servizi di e-procurement in Italia; nei successivi quesiti, sempre sottoposti a regole condizionali ad hoc, in caso affermativo si richiedono quali e in che modo ne si è a conoscenza; se sono state messe in atto procedure di gara grazie ad esse e con che livello di soddisfazione. Questa sezione, oltre ad avere una valenza ai fini della ricerca, crea un valore aggiunto anche per gli operatori del mercato di riferimento, ed in particolare per la società CSAMED che ha collaborato nel progetto, in un'ottica di marketing e analisi dei competitors presenti sul mercato. Nella terza sezione, la più ampia ed articolata, risiede il cuore dell'indagine, ovvero il Sistema dinamico di acquisto. I quesiti, a risposta multipla ed a matrice, interrogano l'intervistato sulla conoscenza tecnica e normativa dello strumento per poi indagare su quelle che sono le potenziali cause di mancata adozione dello stesso. Questo al fine di chiarire la percezione de-

gli intervistati in merito ai vantaggi, agli svantaggi ed al contesto di utilizzo del SDA da parte dell'interlocutore, nonché su quali sono i suoi pareri a riguardo, che cosa cambierebbe e se mai lo utilizzerà in futuro. Questa sezione, quindi, conferisce un'accezione proattiva al questionario: il compilatore fornisce infatti un contributo attivo nella valutazione del mercato e degli strumenti utilizzati. Infine, l'ultima area, non per importanza, ha la funzione di raccogliere informazioni sulle caratteristiche soggettive degli intervistati e quindi sulla composizione del campione. Questo consente di analizzare, se esiste, la presenza di correlazioni significative fra l'area geografica, la classe di età, il sesso e le altre risposte al questionario riguardanti l'innovazione tecnologica; oppure permette di associare ad esempio la grandezza della realtà aziendale alla conoscenza del mercato dei fornitori di strumenti di e-procurement con lo scopo di interpretare l'andamento di un mercato spesso ondivago.

Tab. 1
16. L'Azienda per la quale lavori è:

tipologia azienda	%
Azienda sanitaria privata	0%
Azienda sanitaria locale pubblica (ASL, AUSL, ULSS...)	52%
Azienda ospedaliera pubblica (AO)	33%
altri enti sanitari (IRCCS...)	0%
ESTAV	4%
S.U.A. Calabria	2%
Università	2%
centrale acquisto	4%
ARESPUGLIA	2%

Analisi empirica dei risultati

Nei paragrafi successivi vengono quindi analizzati i dati raccolti con il questionario descritto in precedenza, definendo soggetti intervistati coloro che hanno risposto all'invito, compilando l'intero questionario o parti di esso (nelle successive tabelle il numero di volte in cui una certa risposta è stata data per ciascuna doman-

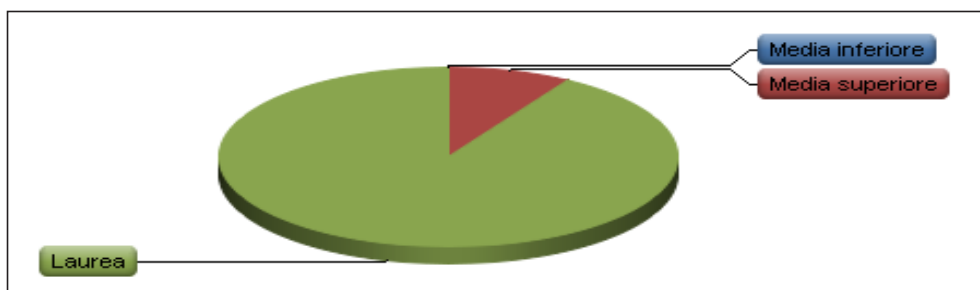
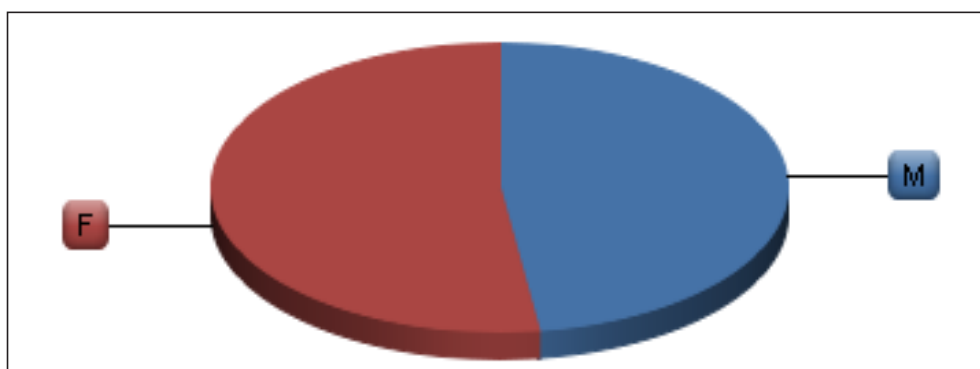
da verrà indicato con la lettera "N", mentre la percentuale del numero di volte in cui una certa risposta è stata selezionata sul totale delle risposte date verrà indicata con il simbolo "%"). Per prima cosa vengono osservati i dati dei soggetti intervistati sulla base della tipologia di azienda per la quale lavorano e delle loro caratteristiche socio-demografiche. Si nota che la mag-

Tab. 2 17. Di quanti posti letto è dotata approssimativamente l'Azienda sanitaria per la quale lavori?	
dimensione azienda in posti letto	%
Nessuno	15%
da 1 a 300	3%
da 301 a 600	28%
da 601 a 1000	41%
oltre i 1000	13%

Tab. 4 19. Qual è il tuo ruolo all'interno del tuo ente?	
ruolo del soggetto intervistato	%
Responsabile o Direttore Uff. Acquisti	37%
Altro ruolo dirigenziale	15%
Collaboratore Ufficio Acquisti	44%
Responsabile unico del procedimento	2%
posizione organizzativa servizi alberghieri e logistici	2%

Tab. 3 18. In quale area geografica si colloca l'ente per il quale lavori?	
area geografica	%
Nord	59%
centro (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Lazio)	11%
sud e isole	30%

Tab. 5 1. Quali strumenti di e-procurement conosci tra quelli sotto elencati?	
strumento di e-procurement conosciuto	%
gara telematica (aste elettroniche...)	83%
mercato elettronico	75%
EDI (Electronic Data Interchange)	4%
cataloghi online	25%
centrale di acquisto (negozi online)	58%
Sistema Dinamico di Acquisto	48%
Altro	1%



gior parte degli intervistati lavora presso aziende pubbliche, anche se non mancano altre tipologie di enti, quali sono le centrali di committenza, come ad esempio le ESTAV della Regione Toscana. Le aziende presso le quali lavorano i soggetti intervistati sono prevalentemente di dimensioni medio-grandi (tra 601 e 1000 posti letto) e geograficamente concentrate nel nord Italia, come si può notare osservando le tabelle 2 e 3.

Gli intervistati sono per la maggior parte impiegati nello specifico settore degli acquisti a vario titolo (83% se consideriamo anche i Responsabili unici del procedimento), anche se una certa eterogeneità del campione è assicurata dalla presenza di altri ruoli dirigenziali o posizioni orga-

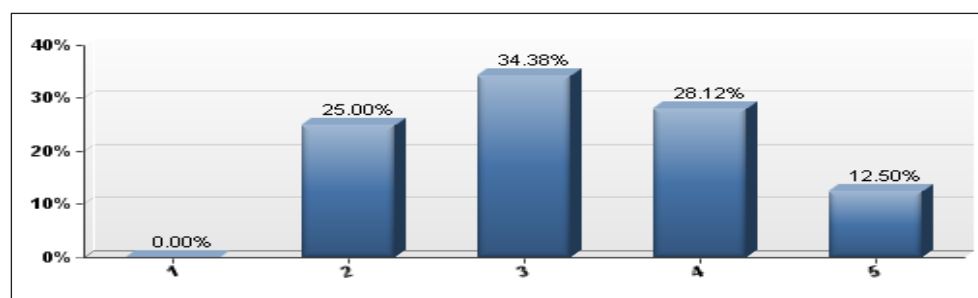
nizzative in altri settori (tabella 4). Infine, per quanto concerne le caratteristiche del campione dei soggetti intervistati, emerge che questi ultimi sono equamente suddivisi per genere (52% sesso femminile e 48% maschile), di un'età compresa nel 74% dei casi fra i 31 ed i 55 anni, per la quasi totalità (91%) in possesso di un titolo di studio di livello universitario e con un background formativo prevalentemente giuridico (51%) o economico (36%). Lo studio prosegue analizzando le risposte ritenute più significative date ai quesiti delle aree tematiche riguardanti gli strumenti di e-procurement, i sistemi dinamici di acquisizione ed il mercato dei fornitori di soluzioni informatiche nel settore degli acquisti in sanità. La tabella 5 eviden-

Tab. 6
2. Rispetto a ciascuno di essi, con quali modalità ne sei venuto a conoscenza?

strumento di e-procurement conosciuto	corsi aggiornamento/convegni	passa-parola colleghi	riviste specializzate	fornitori	ricerca/web
gara telematica (aste elettroniche...)	38	14	13	7	9
mercato elettronico	35	12	14	3	16
EDI (Electronic Data Interchange)	3	0	1	0	1
cataloghi online	10	6	3	2	6
centrale di acquisto (negoziato on-line)	22	11	10	1	12
Sistema Dinamico di Acquisto	25	5	11	3	9
Altro	1	0	0	0	0
TOTALE	134	48	52	16	53

Tab. 7
3. Con riferimento a ciascuno di essi indica quante volte lo hai utilizzato

strumento di e-procurement conosciuto	N
gara telematica (aste elettroniche...)	975
mercato elettronico	814
EDI (Electronic Data Interchange)	0
cataloghi online	186
centrale di acquisto (negoziato online)	534
Sistema Dinamico di Acquisto (SDA)	1
Altro	10

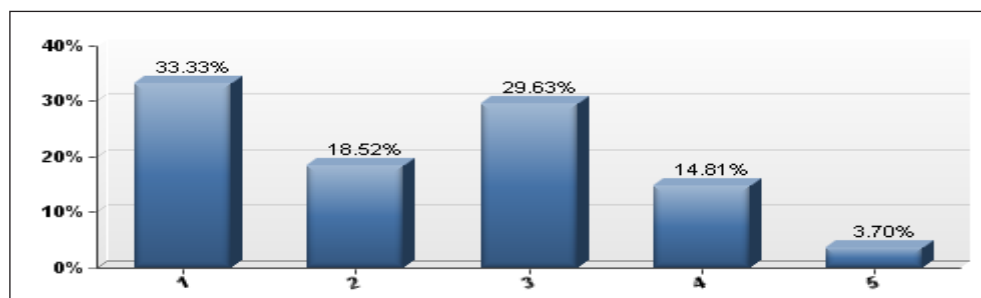


zia come gli strumenti di e-procurement più conosciuti sono essenzialmente le procedure di gara telematiche ed il mercato elettronico, rispettivamente indicati dall'83% e dal 75% dei soggetti intervistati. La conoscenza di tali strumenti di e-procurement avviene non solo attraverso corsi di aggiornamento o convegni, ma anche utilizzando la ricerca web, le riviste specializzate ed il passaparola fra colleghi, come evidenziato nella tabella 6. Nella tabella 7, si nota come gli strumenti più conosciuti siano effettivamente anche i più utilizzati (gara telematica, mercato elettronico). Vale la pena segnalare inoltre che il sistema dinamico di acquisto,

che è conosciuto da circa la metà degli intervistati, principalmente attraverso corsi di aggiornamento e convegni (vedi tabelle 5 e 6), ha un utilizzo praticamente nullo (solamente un soggetto intervistato ha indicato di averlo utilizzato). Tale considerazione, fatta analizzando la tabella precedente, porta quindi alla luce un aspetto determinante dello studio oggetto del presente elaborato: lo scarso utilizzo del SDA, presupponendo quindi un'analisi approfondita circa i motivi che ne ostacolano l'impiego. Osservando il grafico seguente, che riassume le risposte date con riferimento al livello di conoscenza della normativa che disciplina l'utilizzo del si-

Tab. 8
11. Rispetto alle seguenti affermazioni, circa i sistemi dinamici di acquisizione, indica il grado di accordo (da 1 a 5):

Affermazione	1 min accordo	2	3	4	5 max accordo	Media
1 - Il sistema dinamico di acquisto è uno strumento troppo nuovo	9	9	10	3	1	2,31
2 - Il quadro normativo poco dettagliato (art. 60 del D.Lgs 163/2006) rende rischiosa la sua applicazione	7	8	13	3	1	2,47
3 - E' uno strumento adatto ad espletare gare per l'acquisto di farmaci	3	4	5	5	15	3,78
4 - E' uno strumento adatto ad espletare gare per l'acquisto di dispositivi medici	2	5	14	3	8	3,31
5 - E' uno strumento adatto ad espletare gare per l'acquisto di beni non sanitari (economali)	1	6	6	13	6	3,53
6 - E' uno strumento adatto ad espletare gare per l'acquisto di servizi	19	7	5	1	0	1,63
7 - La sua applicazione richiede un grosso impegno organizzativo	6	6	11	6	3	2,81
8 - Lo strumento crea un eccessivo turn-over nella stipulazione dei contratti con i fornitori	6	5	11	6	4	2,91
9 - La frammentazione delle forniture vanifica le economie di scala	6	8	13	3	2	2,59
10 - Di fatto non vi sono sostanziali differenze con l'accordo quadro	11	11	9	1	0	2
11 - E' un sistema che favorisce l'ampliamento della concorrenza	0	2	6	11	12	4,06
12 - Lo strumento risponde in tempi rapidi all'innovazione tecnologica delle forniture	1	2	8	10	11	3,88
13 - Il sistema consente una quasi completa dematerializzazione dei documenti di gara	3	5	3	11	11	3,67
14 - Uno dei vantaggi principali è quello di evitare lo "stand still" post-aggiudicazione	1	6	7	10	8	3,56
15 - La natura telematica del sistema lo rende potenzialmente bersaglio di frodi informatiche	10	12	8	2	0	2,06



stema (1 = scarsa conoscenza – 5 = ottima conoscenza), si può notare che il livello di conoscenza è piuttosto elevato. Difatti la percentuale di coloro che dichiarano di avere un livello di conoscenza della normativa medio-alto (livelli da 3 a 5) è pari al 75%.

Conoscenza della normativa

A fronte di un livello medio-alto di conoscenza della normativa però, osservando la figura sottostante, si rileva che solamente un quinto degli intervistati asserisce di avere un livello di conoscenza delle caratteristiche del Sistema di dinamico di acquisizione superiore alla media (livello medio = 3), mentre un terzo ammette di averne una scarsa conoscenza.

Conoscenza delle caratteristiche

Inizia ad emergere quindi una delle principali evidenze dell'analisi fin qui condotta:

sebbene le conoscenze teoriche sul SDA siano relativamente consolidate, permane una certa difficoltà nell'applicazione concreta dello stesso nelle procedure di acquisto in sanità.

Si è cercato pertanto, attraverso una serie di affermazioni alle quali gli intervistati hanno potuto indicare il proprio livello di accordo, di indagare sulla percezione che i professionisti del settore hanno dello strumento SDA, nonché delle criticità o dei vantaggi derivanti dal suo possibile utilizzo. Nella tabella 8, per ogni affermazione posta, vengono riportate le frequenze assolute (ovvero il numero di soggetti che hanno espresso ciascuna preferenza) dei livelli di accordo espressi dagli intervistati rispetto alle affermazioni che sono state loro sottoposte. Analizzando la media del livello di accordo riguardo a ciascuna affermazione ed aggregando le affermazioni in tre categorie quali:

Tab. 9
12. Quali sono i motivi per cui non hai mai utilizzato il Sistema Dinamico di Acquisto sinora?

motivi	%
Mancanza di info/conoscenze	22%
Timore interpretazione normativa	6%
Assenza di sufficienti precedenti	33%
Necessità di trovare un valido partner per assistenza	17%
Mancanza di tempo e/o risorse da dedicare al nuovo strumento	56%
Opinione negativa verso lo strumento (inutile, dannoso...)	0%
Inadeguatezza alle tipologie di acquisti effettuate	28%
Inadeguatezza soluzioni presenti sul mercato	6%
Obbligo di aderire a convenzioni regionali	6%
Ritengo che non sia uno strumento utilizzabile per i servizi	6%
Non esiste in regione aspettiamo Consip	6%

Tab. 10
5. Indica qui di seguito le ragioni sociali delle ditte a tua conoscenza:

ditta conosciuta
CSAmed
Heldis
CONSIP
I-faber
CSI-Piemonte
AF soluzioni
BravoSolution
Eldasoft
Engeneering Sanità
Sintel

- A. affermazioni che contestualizzano il possibile utilizzo del SDA (3, 4, 5, 6, 10);
- B. affermazioni che esprimono possibili vantaggi nell'utilizzo del SDA (11, 12, 13, 14);
- C. affermazioni che esprimono possibili criticità nell'utilizzo del SDA (1, 2, 7, 8, 9, 15);

si possono ipotizzare le seguenti riflessioni in merito alla percezione che i soggetti intervistati, nel loro complesso, hanno del SDA (schema sottostante).

Contesto per l'utilizzo del SDA

Il sistema dinamico di acquisto è uno strumento assolutamente adatto ad espletare procedure di gara per l'acquisto di farmaci, anche se può essere utilizzato in modo proficuo per beni non sanitari (economali) e dispositivi medici; viceversa, risulta assolutamente non indicato per effettuare gare per l'acquisto di servizi. Vi è inoltre una sostanziale differenza con l'accordo quadro.

Possibili vantaggi nell'utilizzo del SDA

L'utilizzo del sistema dinamico di acquisto ha come indubbio vantaggio quello di favorire un ampliamento della concorrenza. Inoltre questo sistema permette una rapida risposta all'innovazione tecnologica delle forniture, una quasi completa dema-

terializzazione dei documenti di gara e, da ultimo, consente di evitare lo stand still post-aggiudicazione.

Criticità nell'utilizzo del SDA

Non sembrano esserci particolari criticità nell'impiego del SDA, aldilà forse del rischio di creare un eccessivo turn-over nella stipulazione dei contratti con i fornitori. Non necessariamente tale sistema richiede un grosso impegno organizzativo per essere utilizzato e la possibilità di frammentare le forniture non vanifica le economie di scala. Inoltre non si ritiene sia uno strumento troppo nuovo o la cui normativa poco dettagliata possa rendere rischiosa la sua applicazione. Infine la sua natura di strumento telematico non lo rende un potenziale bersaglio di frodi informatiche. Dall'analisi appena effettuata sembra quindi che lo scarso utilizzo dei sistemi dinamici di acquisto non trovi una valida spiegazione, visto che il campione dei soggetti intervistati ritiene che tale strumento offra più vantaggi che svantaggi, in particolare per alcune tipologie di forniture. Andando però ad indagare sulle specifiche motivazioni sottese al suo pressoché nullo utilizzo (vedasi tabella seguente), si evince che i soggetti che non hanno mai utilizzato lo SDA sono stati frenati da mancanza di risorse da dedicare al nuovo strumento, assenza di sufficienti

precedenti o inadeguatezza delle tipologie di acquisto effettuate.

Ad ogni modo, a comprova del fatto che il SDA è ritenuto uno strumento che può portare ad ottenere svariati vantaggi nella sua applicazione, analizzando le risposte date dagli intervistati alla specifica domanda "Prevedi che lo utilizzerai in futuro?" si può constatare la volontà da parte dell'84% dei soggetti intervistati di utilizzare in futuro tale strumento di e-procurement almeno una volta o più. Con riferimento ancora alle possibili cause che hanno frenato i professionisti del settore circa l'utilizzo dei sistemi dinamici di acquisto di cui alla tabella 9, si può notare che un certo numero di intervistati ha indicato come fattore deterrente la necessità di trovare un valido partner in grado di assisterli nell'implementazione di un SDA. A questo proposito è stata analizzata la conoscenza del mercato dei fornitori da parte degli intervistati, non solo con riferimento all'offerta di soluzioni per la progettazione di sistemi dinamici di acquisizione, ma più in generale relativamente alla fornitura di sistemi di e-procurement. Nella successiva tabella vengono presentati i nomi delle ditte che gli intervistati affermano di conoscere in ordine di notorietà (dalla ditta segnalata il maggior numero di volte a quella meno conosciuta). Il mercato in questione, dal punto di vista dei soggetti intervistati, appare abbastanza concentrato attorno a due fornitori principali che sono quelli maggiormente conosciuti. Gli altri fornitori elencati, escludendo CONSIP (certamente conosciuta da tutti o quasi i professionisti del settore, ma che non è stata quasi mai menzionata dato che probabilmente la domanda è stata interpretata come volta all'individuazione di aziende private e non pubbliche), sembrano non beneficiare di una notorietà sufficiente. Grazie alla raccolta delle risposte ad alcune altre domande inerenti il mercato dei fornitori, volte ad indagare su:

- modalità con le quali il soggetto è venuto a conoscenza di ciascun fornitore;
- numero di procedure effettuate per ciascun fornitore;

- livello di soddisfazione in seguito allo svolgimento delle procedure per ciascun fornitore; emerge inoltre che la maggior parte dei soggetti intervistati ha dichiarato di essere venuto a conoscenza della ditta fornitrice grazie alla partecipazione a corsi di formazione e convegni e che in seguito all'espletamento di 525 procedure di gara complessive, svolte da 23 soggetti intervistati, il livello medio di soddisfazione è stato pari a 3,6 su un massimo di 5 punti.

Conclusioni

In conclusione, dall'analisi effettuata nel presente elaborato emerge che, seppure gli strumenti di e-procurement sono ormai conosciuti dalla maggioranza dei professionisti che si occupano di acquisti in sanità, prevalentemente attraverso corsi di formazioni e convegni che sembrano i canali privilegiati dai soggetti intervistati, il loro impiego è assai scarso. Per i sistemi dinamici di acquisizione in particolare, il fenomeno è molto accentuato. Le motivazioni di tale scarso impiego però non sono intrinsecamente connesse alle caratteristiche del sistema, i cui vantaggi vengono riconosciuti dai soggetti intervistati, bensì sono da ricercarsi sotto altri aspetti. Innanzitutto si riscontra un basso livello di conoscenza delle caratteristiche proprie dello strumento, che non va oltre la normativa di riferimento. Inoltre vi sono motivi legati più che altro ad impedimenti interni, propri della realtà lavorativa degli uffici acquisti in sanità, come ad esempio la ormai cronica scarsità di risorse da dedicare allo sviluppo di progetti innovativi. Per superare pertanto questo "blocco", cosa che i soggetti intervistati affermano di voler fare, ed incrementare l'utilizzo del SDA in particolare, una soluzione potrebbe essere rappresentata dalla possibilità, per le stazioni appaltanti, di avviare collaborazioni con professionisti privati, operanti nel settore dell'e-procurement, che potrebbero fornire un valido supporto nello svolgimento delle procedure di gara, contribuendo così ad incrementare il bagaglio di esperienza degli operatori nel settore acquisti della sanità. Attualmente però il mercato

dei fornitori in tale ambito non sembra essere maturo a sufficienza da rappresentare un elemento trainante per l'innovazione visto che le esperienze fatte riguardano pochi casi isolati. A questo proposito è evidente come le conclusioni precedentemente delineate possono essere comunque controvertibili in quanto lo scarso utilizzo dello strumento non permette ancora, anche per gli operatori del settore, di avere le idee chiare sull'argomento. Attualmente lo scenario è infatti quello di una sostanziale assenza di dati sui quali fare dei confronti o dai quali partire per effettuare delle analisi di benchmarking di una certa validità. Pertanto in futuro sarebbe certamente utile approfondire la conoscenza del sistema SDA o, più in generale, dei sistemi di e-procurement in sanità con nuovi studi, indagini e ricerche.

Ad esempio sarebbe utile domandarsi se effettivamente il SDA sia veramente un toccasana per le gare di farmaci, oppure se il continuo turn-over dei contratti d'appalto sia di facile gestione per gli uffici addetti alla produzione di ordinativi o alla liquidazione delle fatture, nonché se gli utilizzatori dei reparti ospedalieri sarebbero agevolati o meno nell'avere a disposizione una pluralità di prodotti sempre nuovi, ma al contempo forniti da una pluralità di fornitori. Oppure potrebbe rivelarsi interessante sottoporre un analogo questionario, volto ad indagare su tutti gli strumenti di e-procurement, a diverse figure professionali impegnate in altri ambiti (come ad esempio direttori generali ed amministrativi o direttori finanziari, direttori tecnici, controller, ecc.) che sono stati raggiunti solo in minima parte dalla pre-

sente indagine, allo scopo di avere una visione più ampia sull'impatto che i sistemi di e-procurement, potrebbero avere a livello aziendale e quindi non solo con riferimento agli uffici deputati alle funzioni di approvvigionamento. Ad ogni modo, come già anticipato, il presente studio non vuole e non può rappresentare l'intero panorama nazionale, ma può rivelarsi un primo passo al quale potrebbero seguire ulteriori studi in materia con lo scopo di approfondire la tematica delle procedure innovative per gli acquisti in ambito sanitario. Quello che è certo però, è che l'utilizzo di nuove tecnologie anche in tale ambito, che oggi appare alquanto deludente, rappresenta uno dei fattori chiave su cui si deve lavorare, facendo in modo di ampliare la diffusione, la conoscenza e l'utilizzo delle procedure informatiche, contribuendo nell'immediato futuro a garantire la sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Attendere però che questa spinta all'innovazione venga dalle istituzioni centrali, che spesso si limitano a dichiarazioni di intenti o addirittura ostacolano le aziende sanitarie imponendo soluzioni tecnologiche obsolete o inappropriate, probabilmente non è la strada giusta. Lo sforzo in questo senso deve essere fatto soprattutto a livello locale; deve partire dai provveditori ed economisti che quotidianamente sono impegnati in prima persona nelle gare d'appalto e nella gestione degli approvvigionamenti, ampliando le proprie conoscenze, promuovendo confronti e collaborazioni con colleghi di altre aziende, sensibilizzando le associazioni di categoria e soprattutto mettendo da parte paure, timori ed incertezze.

Bibliografia

- LOREDANA BRACCHITTA, *ACQUISTI IN RETE, SISTEMI DINAMICI, GARE ELETTRONICHE* in www.appaltiecontratti.it
- FRANCESCO PITTALUGA, *DIRETTIVA 2004/18/CE il sistema dinamico di acquisizione* in www.altalex.it
- CONSIP, *Manuale d'uso del Sistema di e-Procurement - Linee guida Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione* in www.acquistinretepa.it
- F. Mangiaracina, *Gli appalti telematici. Profili teorici ed operativi dell'e-procurement*, in Dike Giuridica Editrice, 2008.

Sui nuovi adempimenti dal 1.1.2013 in materia di appalti

Abbiamo ricevuto da vari lettori la richiesta di fare il punto, seppur sintetico, sui nuovi adempimenti che entrano in vigore dal 1.1.2013 in materia di appalti.

Non è semplice rispondere alla ben comprensibile, del resto, richiesta dei lettori, perché numerose sono le norme che, nel settore della sanità e degli appalti, entrano in vigore dal 1 gennaio 2013, modificando il quadro normativo di riferimento.

Partiamo dall'art. 1 della legge di stabilità 2013 (L. 228 del 24.12.2012):

➤ il comma 131 modifica l'art. 15, comma 13, del D.L. 95/2012 convertito nella L. 135/2012, prevedendo che gli importi e le connesse prestazioni dei contratti in essere di beni e servizi (ad esclusione in generale dei farmaci e modificando la precedente norma sui dispositivi medici, la cui riduzione del 5% operava fino al 31.12.2012) debbano essere ridotti del 10% dal 1.1.2013. Le regioni

e le province autonome possono anche adottare misure alternative, purché assicurino l'equilibrio complessivo del bilancio sanitario.

- Il comma 133 modifica l'art. 17, comma 1, lett. a) del D.L. 98/2011 convertito in L. 11/2011, introducendo l'obbligo, per le Aziende Sanitarie, di pubblicare sul sito web anche i prezzi unitari degli acquisti di beni e servizi.
- Il comma 149 integra l'art.1, comma 450, della L. 296/2006, che prevede l'obbligo per le PP. AA. di ricorrere per gli acquisti di beni e servizi sotto la cd.soglia comunitaria al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), consentendo alle stesse di utilizzare alternativamente il "sistema telematico messo a disposizione dalla centrale regionale di riferimento".

Il D.L. 179/2012 convertito nella L. n. 221/2012 (cd. "sviluppo bis"):

- ha modificato l'art. 11, c. 13, del D. Lgs. 163/2006 precisando che dal 1.1.2013 "il contratto è stipulato, a pena di nullità, con atto pubblico notarile informatico, ovvero, in modalità elettronica secondo le norme vigenti per ciascuna stazione appaltante, in forma pubblica amministrativa a cura dell'Ufficiale rogante dell'amministrazione aggiudicatrice o mediante scrittura privata";
- ha stabilito che "a partire dai bandi e dagli avvisi pubblicati successivamente al 1° gennaio 2013, le spese per la pubblicazione di cui....al D. Lgs 163/2006 (art 66, c.7 e art. 122, c.5)...sono rimborsate alla stazione appaltante dall'aggiudicatario entro il termine di 60 giorni dall'aggiudicazione".

La legge anticorruzione (n.190/2012, art. 1, c. 31) in proposito ha ribadito che "restano

**Monica Piovi
Piero Fianza**
PA Consultant



gli esperti rispondono

ferme le disposizioni in materia di pubblicità previste dal Codice di cui al D. Lgs 12.4.2006 n. 163" di fatto abrogando la precedente L. 69/2009, che all'art.32 disponeva, a far data dal 1.1.2013, la cessazione dell'effetto di pubblicità legale di tutte le pubblicazioni cartacee.

Il D.L. 83/2012 convertito in L. 134/2012 all'art. 18 (Amministrazione aperta) prevede una serie di obblighi di pubblicità sul sito internet dell'Ente per la *"concessione delle sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e l'attribuzione dei corrispettivi e dei compensi a persone, professionisti, imprese..."* (occorre indicare ad es: nome impresa, importo attribuito, link al contratto e capitolato) e disciplina le relative conseguenze in caso di inadempimento. Sempre in tema di pubblicazione delle informazioni sui bandi di gara, la legge anticorruzione

(n.190/2012, art.1, c. 32) impone alle stazioni appaltanti di pubblicare sul proprio sito web *"la struttura proponente, l'oggetto del bando, l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte, l'aggiudicatario, l'importo di aggiudicazione, i tempi di completamento dell'opera, servizio, fornitura, l'importo delle somme liquidate"*. Tali informazioni sono trasmesse all'AVCP che le pubblica sul proprio sito e comunica ogni anno alla Corte dei Conti i nominativi delle PP. AA. inadempienti. Infine l'art. 6 bis del D. Lgs. 163/2006 (come modificato dal *Decreto Semplificazioni*) dispone che dal primo gennaio 2013 stazioni appaltanti ed enti aggiudicatori possano verificare il possesso dei requisiti degli operatori che partecipano alle gare esclusivamente tramite la Banca Dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP). A tal proposito, l'AVCP (*Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici*), come dettagliatamente chiarito nella propria deliberazione

n. 111 del 20.12.2012, ha sviluppato e reso disponibile il nuovo sistema AVCpass che permette alle stazioni appaltanti e agli enti aggiudicatori l'acquisizione dei documenti relativi al possesso dei requisiti di carattere generale, tecnico-organizzativo ed economico-finanziario per l'affidamento dei contratti pubblici; agli operatori economici di inserire a sistema i documenti la cui produzione è a proprio carico ai sensi dell'art. 6-bis, c. 4, del Codice. Relativamente ai tempi si ricorda, tra l'altro, che:

- dal 1.1.2013 cambiano le procedure di richiesta del CIG;
- dal 1.7.2013 diventa obbligatorio il controllo dei requisiti per i contratti di servizi e forniture di importo superiore a 40.000€ svolti in modalità non telematica.
- Dal 1.1.2014 l'obbligo si estende a tutte le procedure di gara di importo superiore a 40.000€

Sentenza

Le reiterate modificazioni – da parte della stazione appaltante – del criterio di valutazione dell'offerta economica, effettuate nell'imminenza della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, una prima volta prorogando detto termine di sette giorni ed una seconda volta senza concedere un termine aggiuntivo (..) si configurano (..) quali vera e propria rinnovazione della *lex specialis* di gara, ossia quale riapertura del procedimento da cui discendeva per l'Amministrazione l'obbligo di osservare il termine per la ricezione delle offerte, che a norma dell'art. 70, co. 4 e 11, del d.lgs. n. 163 del 2006 non può essere inferiore a quaranta giorni (ovvero di dieci giorni in caso di motivate ragioni d'urgenza) dalla data di invio dell'invito a presentare le offerte, qui della modifica dell'invito nei sensi predetti (cf., sul punto, Cons. St., Sez. V, 25 agosto 2009 n. 5038). (cfr. art. 70, comma 4 e 11 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)

Tratta da Consiglio di Stato, Sez. III, 9 maggio 2012, n. 2685, Dussmann Service s.r.l. contro Ospedale Sassuolo s.p.a., nei confronti di Coopservice s.c.p.a. Colser Servizi s.c. a r.l.

L'Ospedale indicava una procedura ristretta per l'affidamento del "servizio triennale rinnovabile di pulizia e sanificazione dell'intero complesso costituente la dotazione immobiliare ospedaliera e delle aree circostanti". Le concorrenti Alfa, Beta e Gamma si collocavano rispettivamente al primo, secondo e terzo posto della relativa graduatoria, per cui, previa positiva verifica dell'anomalia delle offerte delle prime due classificate, la gara veniva aggiudicata in favore di Alfa. Gamma proponeva quindi ricorso davanti al competente Tar impugnando l'aggiudicazione e chiedendo altresì la dichiarazione di inefficacia del contratto con contestuale subentro ed il risarcimento del danno.

Il Tar respingeva il ricorso con sentenza che Gamma appellava evidenziando, tra i diversi motivi, l'illegittimo comportamento della stazione appaltante a causa delle "reiterate modificazioni del criterio di valutazione dell'offerta economica, effettuate nell'imminenza della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, una prima volta prorogando detto termine di sette giorni ed una seconda volta senza concedere un termine aggiuntivo". Nella fattispecie, in particolare, "la lettera d'invito data-ta 19 aprile 2010, con cui si assegnava il termine del 16 giugno seguente per la presentazione delle offerte, stabiliva tra l'altro che l'aggiudicazione avvenisse col criterio dell'offerta economicamente

più vantaggiosa in base agli elementi del prezzo e della qualità, riservando ad essi 55 punti e, rispettivamente, 45 punti". E' stato, quindi, richiesto "oltre ai "pacchetti" di pulizie relativi alle varie zone, il servizio di barellaggio, conformemente al disposto dell'art. 16 del capitolato speciale d'appalto, il quale richiedeva l'indicazione di un ribasso unico percentuale da applicare ai prefissati prezzi a base d'asta e precisava, circa la valutazione del prezzo, che i 55 punti sarebbero stati attribuiti con criterio matematico applicando la formula ivi riportata, intesa a premiare l'offerta recante il maggior ribasso unico". Successivamente, "con nota in data 15 giugno 2010 l'Ospedale ha comunicato alle

in collaborazione con

A.MENARINI
diagnostics
Valori sostenibili, nel tempo.

1.

Gli estratti delle sentenze ed i relativi commenti pubblicati su Teme sono stati inseriti in un data base per consentirne la ricerca per parole chiave. Il data base è accessibile attraverso il sito ufficiale della Fare <http://www.fareonline.it/> nella pagina servizi, sezione "Giurisprudenza".



juris aula

ditte invitate che, considerato come un ribasso differenziato, anziché unico, per i servizi di pulizia e barellaggio consentirebbe di diversificare i ribassi per prestazioni non strettamente equiparabili, con possibili benefici economici complessivi, lo schema d'offerta economica allegato alla lettera d'invito doveva intendersi sostituito con quello allegato alla nota stessa, in cui "dovrà essere formulato un ribasso unico in percentuale sulle sole voci costituenti il servizio di pulizia (...) e un ulteriore ribasso sulla tariffa oraria per le attività di barellaggio, ...", ma ai fini dell'aggiudicazione "avrà (...) rilievo il ribasso unico formulato sulle voci del servizio di pulizia"; inoltre, in considerazione della ravvicinata scadenza del termine di presentazione delle offerte, è stata disposta la proroga dello stesso termine al 23 giugno 2010. Tali nuove regole sono state confermate con nota del successivo giorno 17. Tuttavia con nota del giorno seguente le stesse ditte sono state avvertite che "Contrariamente a quanto in precedenza indicato (...) per l'aggiudicazione dell'appalto saranno valutati entrambi i ribassi (...) a cui saranno attribuiti i seguenti punteggi (...): a) 49,75 punti max per la quota 'servizio di pulizia' b) 5,25 punti max per la quota 'servizio di barellaggio'"; nessuna ulteriore proroga del predetto termine è stata concessa".

Il Consiglio di Stato osserva

in merito che " se possono essere condivise le argomentazioni del primo giudice in ordine alla potestà della stazione appaltante di rettificare la *lex specialis* di gara prima della scadenza del termine per la presentazione delle offerte ed all'irrelevanza della mancata pubblicità formale in ragione della comunicazione delle predette note alle ditte interessate, segnatamente a [Gamma], non sono invece corrette le ulteriori argomentazioni circa la congruità e, più in generale, la legittimità del residuo termine di 5 giorni, basate sull'avvenuta presentazione dell'offerta da parte della medesima [Gamma], agevolata dall'essere affidataria uscente, sull'assenza di necessità di rielaborare il progetto e sul rilievo che la modifica avrebbe ampliato le facoltà dei concorrenti".

In tal modo, prosegue il Collegio" il TAR omette di considerare che la formulazione dell'offerta economica risente necessariamente dei contenuti dell'offerta tecnica e viceversa, dovendo ambedue essere rispettivamente calibrate, l'una in funzione dell'altra, con la conseguenza che, variando l'una, non è dubbio che il concorrente possa variare l'altra nel tentativo di raggiungere un equilibrio premiante ai fini del perseguimento dell'obiettivo di vedersi aggiudicare la gara, tenuto pure conto, oltre che delle esigenze della stazione appaltante, della platea

dei possibili concorrenti, e, nel contempo, per garantirsi un utile soddisfacente nell'economia complessiva del servizio da offrire. E nella specie le ripetute modifiche, prima sopprimendo dalla valutazione del prezzo una voce di cui era già stabilita in un certo modo l'inclusione tra le componenti dell'offerta da considerare, poi reintroducendola con diverso e separato "peso", sicuramente hanno inciso significativamente sugli elementi e fattori di cui dovesse tener conto l'imprenditore per elaborare la propria miglior offerta, tanto economica che tecnica, allo scopo di perseguire le finalità di cui innanzi. D'altro canto, proprio l'Ospedale, in occasione della prima modifica, ha avvertito l'esigenza dei concorrenti di fruire di una proroga, ancorché quella concessa non possa ritenersi congrua per quanto si dirà in prosieguo, sicché non si comprendono le ragioni in base alle quali tanto non abbia previsto la seconda volta, a maggior ragione in presenza di una più consistente ed articolata modifica". In definitiva, conclude il Consiglio di Stato, "va escluso che modificazioni sopra precisate non fossero essenziali in quanto inidonee ad incidere sull'assetto sostanziale degli interessi coinvolti. Esse si configurano, invece, quali vera e propria rinnovazione della *lex specialis* di gara, ossia quale riapertura del procedimento da cui discendeva

per l'Amministrazione l'obbligo di osservare il termine per la ricezione delle offerte, che a norma dell'art. 70, co. 4 e 11, del d.lgs. n. 163 del 2006 non può essere inferiore a quaranta giorni (ovvero di dieci giorni in caso di motivate ragioni d'urgenza) dalla data di invio dell'invito a presentare le offerte, qui della modifica dell'invito nei sensi predetti (cf., sul punto, Cons. St., Sez. V, 25 agosto 2009 n. 5038)".

Di qui l'illegittimità della procedura concorsuale e l'annullamento dei relativi atti impugnati e la declaratoria di inefficacia del contratto eventualmente stipulato ai sensi dell'art. 122 del d.lgs. 104 del 2010, mentre, per quel che concerne la domanda risarcitoria, "l'annullamento pronunciato per il vizio riscontrato reintegra [Gamma] nella *chance* di conseguire l'affidamento del servizio grazie alla rinnovazione della procedura, sicché va respinta la domanda ora in questione, peraltro formulata al fine esclusivo di ottenere il ristoro in forma specifica "ossia l'aggiudicazione del servizio e la stipula del relativo contratto" ovvero in via graduata per equivalente, ma sempre con riferimento all'aggiudicazione del servizio impedita dalla reiezione del primo motivo d'appello. Ed invero, i vizi riconosciuti sussistenti conducono alla mera rinnovazione della gara, non già all'aggiudicazione all'attuale ricorrente".

2013 28
MAGGIO
ROMA
Ata Hotel
Villa Pamphli

eHealth | 5^a
CONFERENCE

Mostra Convegno sulla innovazione e la tecnologia in sanità

INGEGNERIA CLINICA



RADIOLOGIA MEDICA



www.ehealthconference.it



INFORMATION TECHNOLOGY



La 5^a edizione della manifestazione **e-Health Conference** si conferma l'appuntamento convegnistico a carattere espositivo di primaria importanza, specializzato sulle innovazioni tecnologiche utilizzate in ambito ospedaliero.

 ediseF

Via Giovanni Battista Falda, 3 - 00152 Roma - tel 06 5895104 - fax 06 58179316 - www.ediseF.it - redazione@ediseF.it



fare

SIAIS

PATROCINI



GE Healthcare



MEDILOGY
CONNECTING HEALTH

SPONSOR

HOSPITAL
PUBLIC HEALTH

L'OSPEDALE

PANORAMA
Sanità

Progettare
Sanità

teme

MEDIA PARTNER



LAB SERVICE
il vostro fornitore e customer strumentale
nelle tecniche di fecondazione

00128 Roma - Via Claudio Villa, 71 - Tel./fax +39 06.50.70.842
www.labservice-ivf.com email: info@labservice-ivf.com


LAB-SERVICE
Info to KHL
è partner tecnologico di

origio


Nikon

elenco fornitori

1

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

IMAFLEX
HOSPITAL DIVISION

Azienda con Sistema Qualità certificato da DNV=UNI EN ISO 9001/2000. Materassi e guanciali antifuoco 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**



COOPERATIVA ITALIANA DI RISTORAZIONE

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
Aiuto 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



Kitchen Trailer: Vendita e noleggio di cucine mobili su container o MotorHome. Soluzioni su misura complete e di grande qualità, interamente personalizzate e immediatamente operative in qualsiasi situazione ove manchi una struttura fissa ad esempio perché ferma per ristrutturazione. Piatti freschi pronti per essere consumati

appena cucinati evitando l'alterazione del sapore del cibo dovuto ad un consumo con molte ore di ritardo causate dal trasporto di un catering esterno. **www.kitchentrailer.it**

Mobile Medical System: Vendita e noleggio di Cliniche Mobili su container o MotorHome. Servizio sanitario immediato, laddove serve, anche in zone "limite" o location "temporanee". Pur essendo strutture provvisorie sono progettate da professionisti e dotate delle migliori tecnologie assicurando ai medici e al personale di bordo gli strumenti per erogare servizi qualitativamente conformi e ai pazienti il massimo del comfort durante la fruizione.
www.gnodiservice.it/mobile-medical-system/

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

Serist
SERVIZI RISTORAZIONE S.p.A.
I Ristoratori Italiani

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

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

3

apparecchiature elettromedicali

AIR LIQUIDE
Sanità

Air Liquide Sanità Service, società leader nel settore dei gas medicinali e tecnici, potendo contare su una consolidata esperienza, un ampio know how e un'elevata professionalità, garantisce alla propria clientela ospedaliera l'intero processo di fornitura e di distribuzione di gas medicinali e tecnici, dalla produzione all'applicazione clinica. Air Liquide Sanità Service è partner di fiducia delle strutture ospedaliere e delle équipe mediche e chirurgiche grazie alla varietà e professionalità dei servizi e prodotti offerti:

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

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

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

Air Liquide Sanità Service S.p.A. Via del Bosco Rinnovato, 6 – Edificio U7 20094
Milanofiori nord, Assago (MI) – Tel. 02 40211 – Fax 02 4021533 – www.airliquidesanita.it

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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

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

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



Forniture Ospedaliere

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

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

esaote

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

ESAOTE S.p.A.
Via Siffredi, 58 – 16153 Genova – Tel. 010-6547.1 – Fax 010-6547275
Via Di Caciolle, 15 – 50127 Firenze – Tel. 055-4229.1 – Fax 055-434011
www.esaote.com

GE Healthcare



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

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

elenco fornitori

MAQUET GETINGE GROUP

DIVISIONE CRITICAL CARE

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

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

MAQUET Italia S.p.A.

Critical Care Via Gozzano, 14 – 20092 Cinisello B. (MI)
Tel. 02 6111351 – Fax 02 611135261 – www.maquet.com



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

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

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

SAPIO LIFE S.r.l.

Via Silvio Pellico, 48 – 20052 MONZA (MI)
Tel. 039 8398 2 – Fax 039 2026143 – sapiolife@sapio.it – www.grupposapio.it

TOSHIBA

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

Toshiba Medical System S.r.l.

Via Canton, 115 – 00144 ROMA
Tel. 06 520771 – Fax 06 5295879 – itatosh@tmse.nl – www.toshiba-europe.com
Serv. Tecnico: Tel. 06 52077208 – Fax 06 5204739

4

apparecchiature e servizi di sterilizzazione

3M Salute

3M, attiva da decenni nel campo della Sterilizzazione, è oggi in grado di fornire, accanto a tecnologie e prodotti di elevato standard qualitativo – **confezionamento e indicatori per il monitoraggio dei processi** – che superano tutte le indicazioni normative correnti, anche e soprattutto presenza a fianco del cliente con **servizi di elevato valore aggiunto** (consulenza per l'accreditamento e la certificazione ISO, strutturazione di protocolli operativi, servizi di addestramento e formazione, etc.), tutti basati sulla consapevolezza che solo personale preparato e qualificato è in grado di gestire le complessità e le criticità di un così importante processo ospedaliero.

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

B | BRAUN

SHARING EXPERTISE

Divisione Aesculap

Autoclavi – Containers ed accessori

B. Braun Milano S.p.A.

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

5

apparecchiature radiologiche ed accessori

AGFA HealthCare

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

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

Carestream HEALTH

The innovation in Kodak health products

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

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, rasoio per tricotomia, 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

elenco fornitori

AMGEN® Dompé Biotecnologie 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 ai 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 –
SHARING EXPERTISE 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



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

Distrex Partner in chirurgia
SUTURE CHIRURGICHE E MONOUSO SPECIALISTICO
PARTNER IN CHIRURGIA

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



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

Via del Mare, 56 – 00040 PRATICA DI MARE – POMEZIA (RM)
Tel. 06 911941 – Fax 06 91194290
Servizio clienti Tel. 06 91194500 – Fax 06 91194505 – cservice@ethit.jnj.com



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

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



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

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



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

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

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



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

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

elenco fornitori



GlaxoSmithKline

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, 2ai 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 incontinenza 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 Milano Fiori – 20090 Assago (MI)
Tel. 02 8228181 – Fax 02 57518377 – www.hollister.it – www.dansac.it



DIVISIONE CARDIOVASCULAR

MAQUET Cardiovascular si è affermata come leader di mercato nel settore della Cardiocirurgia, della Cardiologia Interventistica e della Chirurgia Vascolare. Con le sue quattro linee di prodotti, Cardiopulmonary, 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, Emofiltrati, 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 Cardiolap.

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

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

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

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



Prodotti per anestesia, rianimazione, cure intensive, cardiologia.

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



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

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

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



NOVARTIS

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



Life Sciences

Pall Corporation è Leader nella **Filtrazione di Fluidi** nel Settore Industriale, Farmaceutico e Medica.

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

Divisione Life Sciences

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

Laboratori Life Sciences

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

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



Servizi Sanitari Territoriali

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

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

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

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

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

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



smith&nephew

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 intrarticolare. Gli strumentari chirurgici e i relativi impianti per la riparazione dei tessuti molli per Ginocchio, Spalla, Piccole Articolazioni ed Anca ne completano il portfolio.

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

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

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

elenco fornitori

8

attrezzature e prodotti di laboratorio



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

Valori sostenibili, nel tempo.



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 portfolio 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.bbitalia.com

11

lavanderia | noleggio | accessori
attrezzature



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

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



Servizi 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



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



Coloplast

Coloplast sviluppa prodotti e servizi per rendere la vita più facile alle persone con bisogni di cura intimi e personali.

Lavorando a stretto contatto con le persone che utilizzano i nostri prodotti, creiamo soluzioni che rispondono ai loro

bisogni speciali. È questo che intendiamo con "Intimate Healthcare". Le nostre aree di business includono stomia, urologia e continenza, lesioni cutanee. Operiamo a livello globale e impiegiamo oltre 8.000 persone.

Da oltre 30 anni operiamo in ambito **Wound Care** con un portafoglio ampio e completo per la cura delle lesioni cutanee a tutti i livelli. Le nostre medicazioni avanzate offrono soluzioni semplici e innovative per la guarigione delle lesioni in ambiente umido.

Biatain, il nostro Brand di punta, garantisce **Assorbimento Superiore** per una guarigione più rapida. Grazie alle sue varie soluzioni la gamma Biatain offre schiume di poliuretano, alginati, medicazioni idrocapillari, medicazioni a rilascio di argento ionico contro le infezioni e a rilascio di ibuprofene contro il dolore delle ferite.

Biatain Silcone, l'ultimo arrivato in casa Biatain, combina l'Assorbimento Superiore della schiuma Biatain con la delicatezza di un adesivo in Silcone per un ambiente di guarigione ottimale. Le nostre medicazioni avanzate sono sviluppate in costante sinergia ed interscambio con i professionisti sanitari ed i pazienti, lavoriamo insieme per raggiungere gli stessi obiettivi: accelerare la guarigione, garantire un comfort ottimale e semplificare il lavoro di chi opera in ambito Wound Care.

COLOPLAST S.p.A.

Via Trattati Comunitari Europei 1957-2007, n° 9 – Edificio F – 40127 Bologna

Tel. 800.018.537 chiam@coloplast.it



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



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

Via Messina, 15 – 36040 SAREGO (VI)

Tel. 0444 726328/7 – Ufficio Gare fax 0444 726391



Ausili per incontinenti (con service a domicilio). Articoli monouso per l'igiene del paziente.

Pannolini e salviettine umidificate per bambini.

Assorbenti igienici per signora.

Salviette umidificate milleusi e per igiene intima.

SILC S.p.A. Divisione Ospedaliera

Strada Provinciale n. 35 km. 4 – 26017 Trescore Cremasco (CR)

www.silcitalia.com

Tel. 0373 2711 – Fax 0373 274762 – info@silcitalia.com

Div. Ospedaliera: Tel. 0373 271256 – Fax 0373 273922 – istituzionale@silc.it



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



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-telesive-satellitari ed ottiche. Distributori per l'Italia delle sorgenti Eckert & Ziegler GmbH – Sorgenti di taratura e riferimento, sorgenti per medicina nucleare, sorgenti di ⁶⁰Ge per PET, soluzioni di ⁹⁰Y e ¹⁷⁷Lu per radioimmunologia – e per la sonda per linfonodo sentinella C-TRAK.

Via Quintiliano, 30 – 20138 MILANO

Servizi: Tel. 02 58039020 – Fax 02 58039075

Prodotti: Tel. 02 58039042 – Fax 02 58039075

Logistica: Tel. 02 58039030 – Fax 02 58039029

ambiente@campoverde-group.com – logistica@campoverde-group.com



microdisegno s.r.l.

servizi e sistemi di archiviazione

Gestione documentale in outsourcing

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

Via del Commercio, 3 – 26900 Lodi

Tel. 0371 417276 – Fax 0371 414782

info@microdisegno.com – www.microdisegno.com



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

NGC Medical S.p.A.

Strada Provinciale Novedrate, 35 – 22060 Novedrate (CO)

Tel. 031 794 111 – Fax 031 792 130

ngc@ngc.it – www.ngc.it

15

varie



EXPOSANITA'

Mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

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

È una manifestazione fieristica di:



Via di Corticella, 181/3 – 40128 Bologna

Tel. 051 325511 – Fax 051 324647

info.bo@senaf.it – www.senaf.it

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

AlboFornitori.it
e-procurement



Sistema Dinamico di Acquisizione

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



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

www.albofornitori.it - info@albofornitori.it

**AIR LIQUIDE***Sanità*

Ogni giorno
Air Liquide Sanità
Service, nel cuore
dell'ospedale, condivide
con medici e pazienti
le esigenze e il desiderio
quotidiano di migliorare
continuamente la qualità
delle terapie da
somministrare in
condizioni di massima
serenità e sicurezza.

*Per questo motivo
l'INNOVAZIONE è
un impegno continuo di
Air Liquide Sanità Service.*

I gas medicinali sono farmaci erogati ai pazienti attraverso l'impianto di distribuzione. Dopo lo sconfezionamento, devono mantenere le loro caratteristiche in tutto il percorso, dalle centrali alle unità terminali nei reparti. Per essere certi del mantenimento delle proprietà del farmaco fino al momento in cui viene erogato al paziente, Air Liquide Sanità Service vi propone il servizio **QualityGas**. Il servizio comprende l'analisi dei gas medicinali alle unità terminali e, nell'eventualità di produzione del farmaco in loco, anche l'analisi a valle dell'impianto produttivo.

Gas medicinali

Qualità, dal laboratorio
farmaceutico al paziente

QualityGas

Air Liquide Sanità Service S.p.A.

Via Ciardi, 9 - 20148 Milano - Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021533
www.airliquidesanita.it

**AIR LIQUIDE**