

MENSILE  
DI TECNICA  
ED ECONOMIA  
SANITARIA

5/6.13

*teme*

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 51 - N° 5/6 MAGGIO-GIUGNO 2013  
In caso di mancato recapito inviare a: LCMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento rec.



# 1993 NUMERI 2013



**Stefanelli:**  
il TAR Lazio  
annulla  
l'elenco-prezzi  
dei DM e dei  
farmaci

**Piselli:**  
consorzi stabili:  
la dimostrazione  
dei requisiti

**Grilli:**  
responsabile  
dell'anticorruzione  
uno sguardo  
dall'interno

**Lo Squadro:**  
nomina della  
comissione  
giudicatrice nella  
concessione dei  
servizi

**Preite:**  
digitalizzazione:  
fusione e  
scissioni sui siti  
aziendali

# Stat Strip™

## L'appropriatezza delle risorse



Sistemi per la determinazione  
della **glicemia** e dei **corpi chetonici**  
**in ambito professionale**

**Elimina interferenze** causate da ematocrito, maltosio, galattosio, ossigeno, paracetamolo, acido ascorbico e acido urico ■ **Senza codici di calibrazione**  
■ **Precisione di qualità** del Laboratorio e range ipo e iperglicemici estesi  
■ **Risultato in 6 secondi** ■ **Campione di 1,2 microlitri** ■ **Semplice** funzionamento con touchscreen a colori ■ **Controllo POC flessibile**

**nova**  
biomedical

Distribuito da:  
A.Menarini Diagnostics S.r.l. - Via Lungo l'Erma, 7 - 50012 Bagno a Ripoli (FI)  
www.menarinidiagnostics.it - diaggare@menarini.it

**A.MENARINI**  
diagnostics

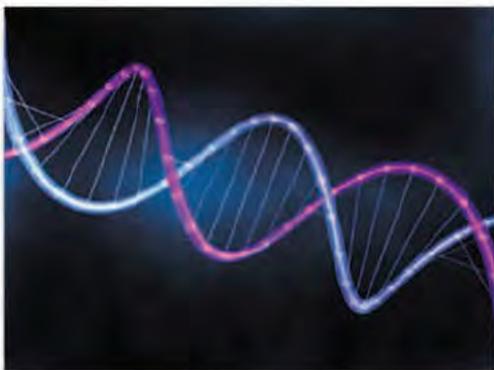
# NCC

medical spa



## *L'organizzazione gestionale... ...è il futuro*

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

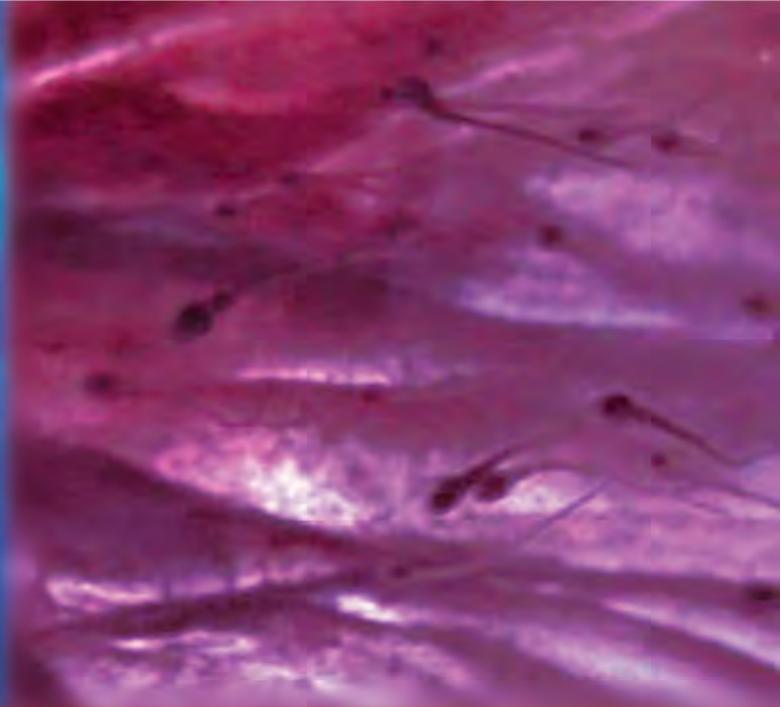
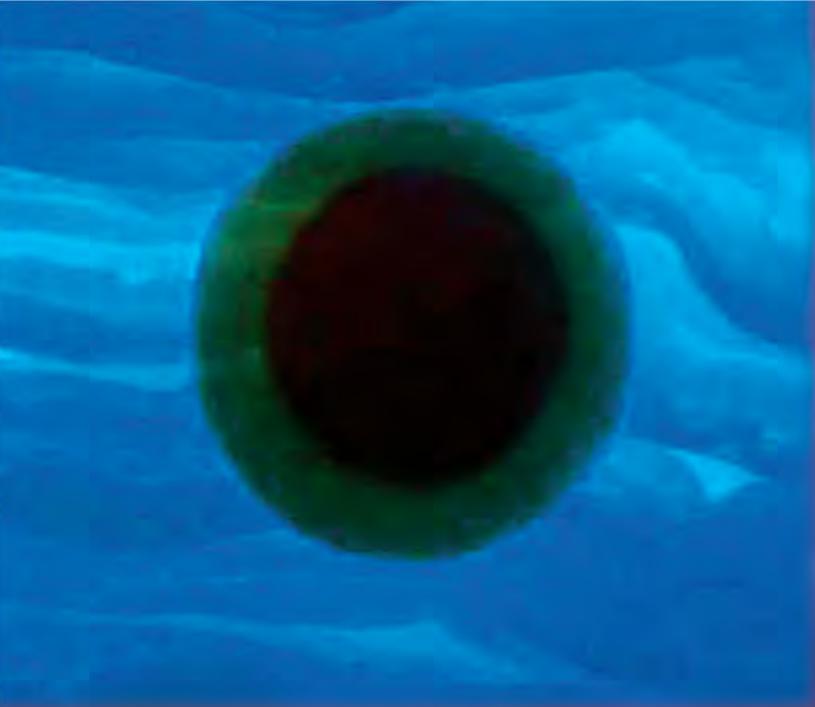


**NCC**  
pharma



**AVIONORD**

N.G.C. Medical spa · strada Novedratese, 35 · 22060 Novedrate (Co)  
Tel. +39.031.794.111 · Fax +39.031.792.130 · [www.ngc.it](http://www.ngc.it) · e-mail [ngc@ngc.it](mailto:ngc@ngc.it)



**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  
è partner tecnologico di

origio





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

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

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

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

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

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

Diritti Riservati



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

### 3 editoriale

200 numeri di Teme in 20 anni di storia  
che sono il nostro orgoglio

Alessandro Anzellini

### 4 normazione

Il TAR del Lazio annulla l'elenco prezzi dei dispositivi medici  
e dei farmaci predisposto dall'Autorità di Vigilanza

Andrea Stefanelli

### 7 normazione

Consorzi stabili: la dimostrazione dei requisiti nel settore dei  
servizi e delle forniture

Pierluigi Piselli

### 12 normazione

La spending review dei contratti di appalto con le aziende  
sanitarie: seconda puntata

Luca Griselli

### 16 normazione

Legge anticorruzione - Il responsabile dell'anticorruzione uno  
sguardo dall'interno

Francesco Grilli

### 20 nuova sanità

La reingegnerizzazione dei processi di sala operatoria: la best  
practice dell'elettrofisiologia dell'AUSL Viterbo

M. Sassara, M. Malavasi, C. Leonardi, S. Dari

### 23 pubbliche gare

Uno sguardo alle esperienze internazionali in materia di  
accreditamento sanitario

Paolo De Angelis

### 33 pubbliche gare

La nomina della commissione giudicatrice  
nelle concessioni di servizi

Michele Lo Squadro

### 38 siti web aziendali

Digitalizzazione: fusioni e scissioni possono essere pubblicate  
anche sul sito aziendale

Nina Preite

### 41 le aziende informano

Medtronic: Nuovi Neurostimolatori per la terapia del dolore,  
schermati per risonanze Full-Body

Enza Colagrosso

### 44 gli esperti rispondono

### 45 juris aula

### 47 elenco fornitori

fare  
[www.fareonline.it](http://www.fareonline.it)



navigare informati...

# 200 numeri di TEME in 20 anni di storia che sono il nostro orgoglio

200 numeri di TEME? Che significa si staranno chiedendo i lettori. Teme esce da più di 50 anni! E' vero! Però, proprio con il numero di Maggio/Giugno 2013, Assoael ha raggiunto un nuovo traguardo, durante il ventennio di gestione della nostra rivista, ha curato la pubblicazione di ben 200 uscite!

E così Assoael, dopo aver portato Teme a festeggiare i 50 anni di presenza tra lettori e amici, oggi consegna la duecentesima copia editata da quando ha iniziato l'avventura di dedicarsi alla rivista della nostra Federazione, nel 1993. 1993-2013, venti anni in cui Assoael ha messo a disposizione dei lettori un patrimonio di professionalità, nonostante le acque spesso agitate in cui ha dovuto navigare per mantenere fede al suo impegno.

Però, né le stringenti problematiche economiche, né tantomeno un mercato e un mondo legislativo soggetti a cambiamenti a dir poco convulsi, hanno impedito a Teme di essere sempre presente sulle vostre scrivanie, al passo con l'attualità.

Succede, a volte, nelle riunioni di redazione, di rifogliare i vecchi numeri del giornale e trovarsi stupiti nel constatare come molti argomenti di ieri, siano ancora di attualità oggi, e di come una lettura consecutiva dei numeri di TEME comunichi la chiara sensazione di aver sfogliato il diario della nostra professione di economi e provveditori della sanità, scritto dai suoi stessi lettori, che grazie alle pagine della rivista hanno potuto condividere idee ed esperienze. Lungi da voler imbastire un amarcord del tempo che abbiamo trascorso alla guida della voce della nostra FARE, vorremmo però proporvi qualche riflessione sull'importanza che riveste oggi la nostra rivista, nel 2013, a cinquant'anni dall'uscita del primo numero.

Dalla politica alla cronaca, dall'attualità alla stessa professionalità, tutto è ormai discusso nell'etere tanto che un piccolo iPhone o un iPad sono ormai strumenti irrinunciabili perché ti permettono di raggiungere quei "salotti" virtuali dove è possibile conversare ed informarsi. In questo contesto, è da tempo che ci poniamo l'interrogativo se TEME, così come siamo abituati a riceverlo, possa e debba ancora esistere? Se la sua voce sappia ancora parlare ai professionisti di oggi? Oppure se sia arrivato il tempo di affidare i suoi contenuti a strumenti tecnologici innovativi. Molti lettori ci rassicurano che la veste cartacea del nostro giornale è indispensabile per non far perdere a TEME il suo posto sulle scrivanie degli operatori degli acquisti sanitari, ma restiamo comunque incuriositi dal nuovo e dal moderno e per questo esploreremo volentieri le nuove tecnologie, per far veicolare l'informazione e la formazione della FARE, nonostante la ferma certezza che, seppur una rivista cartacea possa apparire oggi uno strumento lento a cui affidare informazione e formazione, essa mantiene quella sua capacità di comunicare, "a misura d'uomo", che forse rappresenta ancora un valido elemento per i nostri lettori. Per questo non nascondiamo la soddisfazione per esser riusciti a stampare TEME per ben 200 volte in questi anni, e speriamo che tutto il lavoro fatto fino ad oggi non venga disperso, ma rappresenti un trampolino di lancio, per la vita futura della nostra rivista, consapevoli che solo l'impegno e la collaborazione di tutti le permetterà di continuare ad esistere. Oggi Teme, è costretto ad affrontare delle difficoltà, ed è auspicabile che tutti noi esprimiamo insieme, il nostro impegno affinché resista e continui a lottare per mantenere viva la voce della Federazione, vincendo una battaglia che gli lascerà, tra l'altro, quella forza che nasce dalla consapevolezza di aver superato un momento molto critico, perché aggravato fortemente dalla contrazione economica nazionale che ha avuto un inevitabile riverbero sulla nostra piccola economia.

Teme è stata fatta nascere come un bene comune e come tale dobbiamo riconoscerla e mantenerla.

**Alessandro Anzellini**  
Presidente AEL

# Il TAR Lazio annulla l'elenco prezzi dei dispositivi medici e dei farmaci predisposto dall'Autorità di Vigilanza

Avv. Andrea Stefanelli  
Studio legale Stefanelli  
Bologna

Dopo una lunga attesa sono state finalmente pubblicate le sentenze del TAR Lazio relative all'impugnazione dell'Elenco dei prezzi di riferimento in ambito sanitario determinati dall'Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici (sentenze n. 4399, 4401, 4404, 4586, 4589, 4599, 4600, 4602, 4603 e 4912 del 2-15/5/2013).

La questione affrontata dalle suddette pronunce è molto complessa, essendo stata la relativa normativa di riferimento innovata per ben 4 volte nel solo anno 2012; partendo infatti dall'art. 17, comma 1° lett. a) del D.L. n. 98/2011 (conv. L.n. 111/2011) che, al fine d'assicurare il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio sanitario per gli anni 2013/14, ha incaricato l'Osservatorio dei Contratti Pubblici di fornire alle Regioni, a partire dal 1/7/2012, un'"*elaborazione dei prezzi di riferimento [...] alle condizioni di maggiore efficienza*" di farmaci e dispositivi medici nonché delle prestazioni sanitarie (e non) individuate dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali "*tra quelli di maggior impatto in termini di costo*", ha poi fatto seguito l'art. 15, comma 13 lett. b) D.L. n. 95/2012 (conv. L.n. 135/2012, la 2° Spending review) che ha previsto, nel caso emergessero differenze significative fra i prezzi di riferimento e quelli d'aggiudicazione, l'obbligo delle Amministrazioni Sanitarie di "rinegoziare" i prezzi contrattuali per allinearli a quelli di riferimento e disponendo, in caso di mancato accordo con l'appaltatore, la facoltà della P.A. di recedere dal contratto, oltre alla previsione che per "*differenze significative*" dovessero intendersi quelle superiori al 20% dal prezzo di riferimento.

A tale prospettazione si è poi aggiunto quanto disposto dal D.L.n. 158/2012 (conv. L.n. 189/2012), secondo cui per "*prezzo di riferimento[...] alle condizioni di maggiore efficienza*" dovesse intendersi il 5°, 10°, 20° o 25° percentile dei prezzi rilevati per ciascun bene, con la precisazione altresì che "*il percentile è tanto piu' piccolo quanto maggiore risulta essere omogeneità del bene. Il prezzo è rilasciato in presenza di almeno tre rilevazioni*", per giungere infine alla Legge Stabilità 2013 (L.n. 228/2012) che, dall'1/1/2013, dispone l'individuazione dei dispositivi medici da parte della sola AGENAS (Agenzia per i servizi sanitari regionali) ma prevedendo come, nelle more, valessero i D.M. già individuati.

In questo quadro normativo tanto complesso s'innervava, in data 1/11/2012, la pubblicazione del 1° Elenco di prezzi sanitari da parte dell'Autorità di Vigilanza, suddivisi in 7 categorie (principi attivi, dispositivi medici, servizi di pulizia, lavanderia e ristorazione, materiali da guardaroba e prodotti di cancelleria) e, relativamente alla determinazione in detto Elenco dei prezzi di 2 principi attivi e di un dispositivo medico, sono state assunte le prime tre sentenze qui in commento (la n. 4399/13, 4401/13 e 4404/13).

Senza entrare nel merito delle complesse eccezioni portate dai diversi atti impugnatori, ciò che pregia evidenziare in questa sede è innanzitutto come il giudice amministrativo abbia ritenuto di non poter intervenire sulla "proposta di rinegoziazione" contrattuale avanzata dall'Azienda Sanitaria in quanto si tratterebbe di una richiesta relativa alla fase di esecuzione contrattuale che, come tale, è es-

cluso dalla sua giurisdizione, mentre, per quanto concerne l'Elenco-prezzi, il TAR ha stabilito come, anche a seguito della sua trasformazione - da mero strumento d'indicazione del "miglior prezzo" di mercato ad atto determinativo del "prezzo massimo" non superabile - ciò nonostante la modalità di determinazione di detti prezzi non possa essere comunque sanzionato né per difetto di istruttoria né per carenza di motivazione; sostiene infatti il TAR Roma come l'individuazione di (soli) 43 principi attivi riportati in tale Elenco sia giustificata dal fatto che si tratterebbe (come dispone la norma) di quelli di maggior impatto in termini di costo per il S.S.N., mentre la circostanza che sarebbero stati raccolti dati soltanto da 66 stazioni appaltanti (su circa 400 operanti a livello nazionale) è giustificata anch'essa dal dettato normativo, che richiede di censire le sole PP.AA. che abbiano effettuato i maggiori acquisti a livello nazionale. Da tali considerazioni, poi, ne discende come il non aver chiarito se i prezzi utilizzati siano solo quelli derivanti dall'"uso ospedaliero", ovvero anche da forniture in "distribuzione diretta", sia totalmente irrilevante in quanto i prezzi presi a riferimento sono solo (come detto) quelli "di maggior impatto" a livello nazionale - indipendentemente quindi dall'uso - mentre il fatto che sia stato preso come riferimento il "decimo percentile", anziché la "mediana", deve ritenersi giustificato dalla grave emergenza economico-finanziaria che ha imposto al Legislatore di giungere ad ambiziosi obiettivi di risparmio in tempi rapidi. Tutto corretto, quindi, l'operato dell'A.V.C.P.?

Niente affatto in quanto il TAR Lazio ha contestato l'attività svolta dall'Autorità di Vigilanza - in riferimento, tuttavia, ai soli dispositivi medici - per quanto concerne l'**errato utilizzo del CND** (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici), che conterrebbe al proprio interno classi di prodotti troppo eterogenee per potersi poi applicare, a prodotti molto diversi fra loro (tanto tecnicamente quanto funzionalmente), i medesimi prezzi; in altri termini un prezzo di riferimento "imposto" (come quello che ne discende dall'Elenco-prezzi) deve necessariamente riferirsi a prodotti omogenei, poichè le caratteristiche tecniche che influiscono sul prezzo devono essere le medesime, in caso contrario giungendo al paradosso di favorire la diffusione di D.M. qualitativamente più scarsi (in quanto di prezzo inferiore) rispetto a quelli tecnologicamente più avanzati e, per ciò stesso, più costosi.

L'Elenco-prezzi dei (soli) Dispositivi Medici deve pertanto ritenersi "annullato", con buona pace di tutti quei con-

L'Elenco-prezzi dei (soli) Dispositivi Medici deve pertanto ritenersi "annullato", con buona pace di tutti quei contratti in subiecta materia già "rinegoziati" e/o revocati in forza di prezzi di riferimento che si sono dimostrati poi erroneamente rilevati

tratti *in subiecta materia* già "rinegoziati" e/o revocati in forza di prezzi di riferimento che si sono dimostrati poi erroneamente rilevati.

Dopo le prime tre sentenze sono state poi pubblicate altre 6 pronunce ed, in particolare, le pronunce n. 4599/2013 e 4600/2013 partono dal medesimo impianto motivazionale delle precedenti per affrontare e risolvere una questione differente, ovvero la legittimità (o meno) dell'imposizione di un prezzo "unico" - quale discendente dall'Elenco A.V.C.P. - per quanto concerne due diverse tipologie di medicinali, ovvero i "biotecnologici" ed i "biosimilari". Risulta infatti che i farmaci cd. "biotecnologici" (o *biotech*), elaborati da cellule viventi, seguono ciascuno un differente processo di fabbricazione, ragion per cui non solo gli uni risultano differenti dagli altri ma, quando scade il brevetto del farmaco "originario", quelli realizzati con il medesimo metodo di fabbricazione ("biosimilari") non possono - in ogni caso - ritenersi equivalenti all'*originator*. Posta dunque, da un lato, l'estrema eterogeneità degli stessi *biotech* (tanto

è vero che, secondo l'AIFA, è lo stesso "processo di produzione" il prodotto), nonché tenuto conto, dall'altra, che la stessa Comunità scientifica esclude la "sostituibilità terapeutica" dell'*originator* rispetto al suo stesso biosimilare - tanto da parlarsi di "continuità terapeutica" rappresentata dalla necessità, per il paziente, di continuare ad assumere il medesimo farmaco originale - da tutte queste considerazioni ben si comprende come considerare, da parte dell'Autorità di Vigilanza, quale prezzo di riferimento quello piu' basso del farmaco "biosimilare", da cui poi partire per procedere con gli acquisti di tutti i farmaci riferito a quello medesimo principio attivo, rappresenta un palese errore d'impostazione nell'istruttoria procedimentale, che deve conseguentemente comportare l'annullamento dell'Elenco-prezzi di riferimento anche relativamente ai farmaci.

Da ultimo si segnala, per interesse, la pronuncia n. 4912/2013 relativa alla determinazione del prezzo di un principio attivo che non risultava fra quelli maggiormente incidenti sulla spesa sanitaria e che, oltretutto, era inserito in una categoria ATC in cui vi era altro un principio attivo che "copriva" circa il 50% di spesa dell'intera categoria ATC ed a cui non era stato assegnato alcun prezzo; ciò determinava un'ingiustificata discriminazione fra detti due principi attivi, oltre ad apparire illogico che, nell'ottica della riduzione delle spesa sanitaria, risultasse fissato il prezzo per un prodotto appartenente ad un paniere in cui il prodotto piu' acquistato non avesse, invece, un prezzo "imposto". In forza di queste contestazioni il TAR Lazio ha "nuovamente" annullato l'Elenco-prezzi determinato dall'A.V.C.P. o, più correttamente, né ha sanzionato l'iter procedimentale di determinazione, in tal modo "segnalando", in questa sentenza piu' che nelle precedenti, - il corretto *modus operandi* per le nuove determinazioni.

Sono state pubblicate altre 6 pronunce ed, in particolare, la n. 4599/2013 e 4600/2013 che partono dal medesimo impianto motivazionale delle precedenti per affrontare e risolvere una questione differente, ovvero la legittimità dell'imposizione di un prezzo "unico per quanto concerne due diverse tipologie di medicinali, ovvero i "biotecnologici" ed i "biosimilari"

# Consorzi stabili: la dimostrazione dei requisiti nel settore dei servizi e delle forniture

L'operatività dei consorzi stabili tra imprenditori nel settore dei servizi e delle forniture, risulta non ancora pienamente chiarita. Infatti, si registrano costanti problematiche nell'interpretazione - da parte delle amministrazioni aggiudicatrici - delle disposizioni codicistiche e regolamentarie, circa la dimostrazione del possesso dei requisiti economico-finanziari e tecnico-organizzativi da parte di tali soggetti giuridici.

I. Il corretto inquadramento dei consorzi stabili necessita di una lettura congiunta delle norme civilistiche unitamente alle speciali disposizioni contenute nel Codice degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture, di cui al Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. Il codice civile, come è noto, dispone all'articolo 2602 *"Con il contratto di consorzio più imprenditori istituiscono un'organizzazione comune per la disciplina o per lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive imprese. Il contratto di cui al precedente comma è regolato dalle norme seguenti, salve le diverse disposizioni delle leggi speciali"*.

Ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2602 e seguenti del codice civile, è possibile definire il consorzio come una forma di esercizio dell'attività d'impresa, attraverso la quale gli imprenditori pongono in essere una ben precisa organizzazione comune, comprendente tra l'altro organi consortili dotati di potere di rappresentanza esterna, nonché di un fondo consortile autonomo. Il c.d. consorzio "esterno" corrisponde al consorzio tra imprenditori che svolge attività d'impresa ed assume obblighi anche nei confronti di soggetti terzi, verso i quali opera in nome proprio e per conto dei con-

sorziati. La partecipazione di tali soggetti alle procedure di affidamento di contratti pubblici, è espressamente prevista dall'articolo 34 del D.Lgs. n. 163/2006, ai sensi del quale:

*"Sono ammessi a partecipare alle procedure di affidamento dei contratti pubblici i seguenti soggetti, salvo i limiti espressamente indicati:*

- a) gli imprenditori individuali, anche artigiani, le società commerciali, le società cooperative;*
- b) i consorzi fra società cooperative di produzione e lavoro costituiti a norma della legge 25 giugno 1909, n. 422, e del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 14 dicembre 1947, n. 1577, e successive modificazioni, e i consorzi tra imprese artigiane di cui alla legge 8 agosto 1985, n. 443;*
- c) i consorzi stabili, costituiti anche in forma di società consortili ai sensi dell'art. 2615-ter del codice civile, tra imprenditori individuali, anche artigiani, società commerciali, società cooperative di produzione e lavoro, secondo le disposizioni di cui all'art. 36;*
- d) i raggruppamenti temporanei di concorrenti, costituiti dai soggetti di cui alle lettere a), b) e c), i quali, prima della presentazione dell'offerta, abbiano conferito mandato collettivo speciale con rappresentanza ad uno di essi, qualificato mandatario, il quale esprime l'offerta in nome e per conto proprio e dei mandanti; si applicano al riguardo le disposizioni dell'art. 37;*
- e) i consorzi ordinari di concorrenti di cui all'art. 2602 del codice civile, costituiti tra i soggetti di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma, anche in forma*

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

*di società ai sensi dell'art. 2615-ter del codice civile; si applicano al riguardo le disposizioni dell'art. 37; (...)*".

Un primo profilo di problematicità è rinvenibile, dalla lettura della norma, in ordine alla distinzione tra i consorzi stabili (per i quali è prevista una disciplina *ad hoc* con gli articoli 35 e 36) ed i consorzi ordinari tra concorrenti (i quali agiscono ai sensi dell'articolo 37 e pertanto operano attraverso l'applicazione delle disposizioni sui Raggruppamenti Temporanei di Imprese), posto che l'assimilazione del concorrente all'una o all'altra tipologia, presenta ripercussioni rilevanti in ordine all'ammissione stessa del consorzio alle procedure di gara. Per tale ragione, sono stati elaborati alcuni criteri distintivi delle due tipologie di consorzi.

Per "**consorzio stabile**", in particolare, intendersi il soggetto formato da non meno di tre consorziati che abbiano stabilito di operare in modo congiunto nel settore dei contratti pubblici per un periodo di tempo non inferiore a cinque anni, istituendo a tal fine una comune ed autonoma struttura di impresa.

Il secondo tipo invece, appartiene alla categoria dei soggetti plurimi o con idoneità plurisoggettiva, definito dalla legge "**consorzio ordinario di concorrenti**" costituito anch'esso ai sensi dell'art. 2602 c.c., al quale si applicano le disposizioni di cui all'art. 37 Codice dei contratti pubblici dettate per i raggruppamenti temporanei di imprese, con la conseguenza che detti soggetti **non possono avere una propria qualificazione e quindi partecipano alle gare utilizzando le qualificazioni dei propri consorziati** (TAR Bologna, sez. I, 13 febbraio 2003, n. 97).

Il discrimine tra un consorzio ordinario ed un consorzio stabile, è inoltre rinvenibile non già sulla scorta di una mera indicazione formale, ma in virtù di una sostanziale analisi delle caratteristiche dello strumento consortile.

In particolare, il consorzio ordinario di concorrenti è necessariamente un soggetto

costituito al fine di consentire la partecipazione congiunta delle imprese consorziate ad una serie limitata di appalti ed è statutariamente dotato di un'organizzazione comune dei mezzi necessari e non di una autonoma struttura d'impresa, come invece per il consorzio stabile. Inoltre, lo stesso opera per conto e nell'interesse dei consorziati e non anche per conto e nell'interesse proprio.

In una recente pronuncia, il Consiglio di Stato ha ribadito l'assimilazione della disciplina dei consorzi ordinari di concorrenti con la figura dei raggruppamenti temporanei di imprese, sottolineando "*una contiguità sostanziale tra la figura del rti e del consorzio ordinario derivante dalla lettera dell'art. 34 co. 1 lett. e) del codice degli appalti, per il quale ai consorzi ordinari si applicano le disposizioni dell'art. 37 che ha disciplinato in maniera congiunta i due istituti*" i quali "*condividono la stessa ratio diretta a cumulare i requisiti di qualificazione dei diversi operatori raggruppati o consorziati in vista della partecipazione ad una specifica gara consentendo il cumulo dei requisiti di qualificazione mentre il differente tipo di rapporto che lega gli operatori raggruppati e consorziati non è idoneo a fondare una diversa disciplina di gara e a differenziare il trattamento da destinare all'una o all'altra figura*" (Consiglio di Stato, Sez. III, 5 marzo 2013, n. 1328).

Si rileva inoltre, come la giurisprudenza ormai costante e pacifica formatasi sulla questione, considera rilevante ai fini della soggezione alla disciplina dell'una o dell'altra forma di consorzio, la sussistenza di elementi sostanzialmente riconducibili al consorzio stabile (agire in nome proprio, fondo consortile, minimo tre soggetti, durata minima di cinque anni, struttura d'impresa). Un concorrente dotato di una dimensione organizzativa propria e di autonoma struttura d'impresa, indipendentemente dalla qualificazione formale, dovrà infatti essere considerato come consorzio stabile "*quale soggetto giuridico autonomo operante sulla base di un rapporto organico con le singole*

consorziate, differenziandosi dalle riunioni temporanee di imprese, nelle quali le società riunite realizzano una semplice contitolarietà del rapporto obbligatorio scaturente dalla stipula del contratto di appalto con l'ente committente" (Consiglio di Stato, Sez. V, n. 7524/2010; conforme, TAR Campania Napoli, Sez. III, n. 8715/2010).

II. Ciò posto, con riferimento al mercato d'interesse, la disciplina dei consorzi stabili si connota di alcune peculiarità qualora tali soggetti concorrano per l'affidamento di appalti (non di lavori ma) di servizi e forniture.

In particolare, le disposizioni di cui all'articolo 36 del Codice dei contratti, sono state considerate come limitate ai soli lavori pubblici e non anche a servizi e forniture, per quali deve invece anche applicarsi la norma di cui all'articolo 35, ai sensi del quale:

*"I requisiti di idoneità tecnica e finanziaria per l'ammissione alle procedure di affidamento dei soggetti di cui all'articolo 34, comma 1, lettere b) e c), devono essere posseduti e comprovati dagli stessi, secondo quanto previsto dal regolamento, salvo che per quelli relativi alla disponibilità delle attrezzature e dei mezzi d'opera, nonché all'organico medio annuo, che sono computati cumulativamente in capo al consorzio ancorché posseduti dalle singole imprese consorziate".*

Da una prima lettura della norma, sembrerebbe che i consorzi stabili nel settore dei servizi e delle forniture, siano tenuti a dimostrare esclusivamente in proprio il possesso dei requisiti di idoneità tecnica e finanziaria, non potendo applicarsi la disposizione dell'articolo 36, comma 7, che ammette il criterio della sommatoria dei requisiti posseduti dai singoli consorziati. Infatti, a mente dell'articolo 35, sarebbero sommabili unicamente i requisiti relativi alla disponibilità delle attrezzature, dei mezzi d'opera e dell'organico medio annuo. Ne è derivato un orientamento giurisprudenziale, ancora riscontrabile, secondo il quale i consorzi stabili non possono comprovare il possesso dei requisiti di idoneità

tecnica e finanziaria facendo riferimento a quelli posseduti dalle consorziate designate per l'esecuzione del servizio, in quanto il citato articolo 35 imporrebbe che gli stessi debbano essere posseduti e comprovati in proprio, con l'unica eccezione di quelli ivi indicati (attrezzature, mezzi d'opera, organico).

In particolare, riguardo ai requisiti finanziari, valga riportare quanto statuito dal TAR Lazio:

*"La questione da definire è, dunque, se un Consorzio stabile può partecipare ad una gara pubblica avvalendosi dei requisiti finanziari delle proprie consorziate. A questo interrogativo sia il giudice di appello (sez. V, 22 dicembre 2008 n. 6498 seppure con riferimento ai requisiti di qualificazione) che l'Autorità di vigilanza per i contratti pubblici (delibera n. 123 del 20 dicembre 2006 e i pareri nn. 39 del 14 febbraio 2008 e 107 del 2008) hanno dato risposta negativa sull'assunto che l'art. 36 del Codice dei contratti si riferisce alle sole gare per l'affidamento di appalti di lavori, mentre negli altri casi (appalti servizi e forniture) si applica il*

Con il contratto di consorzio più imprenditori istituiscono un'organizzazione comune per la disciplina o per lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive imprese. Dei consorzi, nonostante l'entrata in vigore del Regolamento, l'effettiva portata della norma e la corretta interpretazione degli articoli 35 e 36 del Codice, inizia a riscontrarsi in giurisprudenza solo recentemente

*precedente art. 35, secondo cui i requisiti di idoneità tecnica per l'ammissione alle gare devono essere posseduti e comprovati dai Consorzi, salvo che per quelli relativi alla disponibilità delle attrezzature e dei mezzi d'opera e all'organico medio annuo, i quali solo sono computati cumulativamente in capo al Consorzio ancorché posseduti dalle singole consorziate" (TAR Lazio, Sez. III-ter, 23 novembre 2009 n. 11482).*

Tuttavia, il Regolamento attuativo del Codice, di cui al DPR 207/2010, ha introdotto una disciplina *ad hoc* per i consorzi stabili operanti nel settore dei servizi e delle forniture, con l'articolo 277:

*"Ai consorzi stabili per servizi e forniture si applicano le disposizioni di cui all'articolo 94, commi 1 e 4.<sup>1</sup>*

*La sussistenza in capo ai consorzi stabili dei requisiti richiesti nel bando di gara per l'affidamento di servizi e forniture è valutata, a seguito della verifica della effettiva esistenza dei predetti requisiti in capo ai singoli consorziati. Per la partecipazione del consorzio alle gare, i requisiti economico-finanziari e tecnico-organizzativi posseduti dai singoli consorziati relativamente alla disponibilità delle attrezzature e dei mezzi*

*d'opera, nonché all'organico medio annuo sono sommati; i restanti requisiti economico-finanziario e tecnico-organizzativi sono sommati con riferimento ai soli consorziati esecutori".*

La disposizione regolamentare, sancisce in tal modo la valenza del criterio del c.d. *cumulo alla rinfusa* (ovvero della sommatoria in capo al consorzio stabile dei requisiti di tutti i consorziati, ammesso per i lavori dal citato articolo 36, comma 7 del Codice), anche ai servizi e alle forniture, limitando l'operatività incondizionata di tale criterio per i requisiti indicati nell'ultima parte dell'articolo 277 (attrezzature, mezzi d'opera, organico medio annuo), ma aggiungendo che i requisiti diversi **possono essere anch'essi sempre cumulati se posseduti dai singoli consorziati indicati come esecutori del servizio.**

Nonostante l'entrata in vigore del Regolamento, l'effettiva portata della norma ed la corretta interpretazione degli articoli 35 e 36 del Codice, inizia a riscontrarsi in giurisprudenza solo recentemente. Il TAR Sardegna, Cagliari, nella sentenza n. 518 del 24 maggio 2012, ha fatto chiarezza sulla questione relativa al coordinamento tra l'articolo 35 del Codice e l'articolo 277 del DPR 207/2010, ritenendo che tale ultima disposizione consente di assegnare anche alle disposizioni codicistiche (come detto non chiare nello scindere tra sfera di applicabilità ai lavori e sfera di applicabilità ai servizi) una particolare interpretazione di favore verso i consorzi stabili che, in quanto tali, devono poter godere di un "trattamento privilegiato" nella dimostrazione dei requisiti e nella possibilità della sommatoria alla rinfusa, sia che si tratti di lavori, sia che si tratti di servizi e forniture. In tal modo il Collegio ha quindi statuito che il requisito tecnico può essere effettivamente comprovato da parte del consorzio stabile tramite la propria consorziate. Ancor più incisiva, una recentissima pronuncia del Consiglio di Stato, ha finanche ammesso l'applicazione del criterio della sommatoria a servizi e forniture, già prima della entrata

I requisiti di idoneità tecnica per l'ammissione alle gare devono essere posseduti e comprovati dai Consorzi, salvo che per quelli relativi alla disponibilità delle attrezzature e dei mezzi d'opera e all'organico medio annuo, i quali solo sono computati cumulativamente in capo al Consorzio ancorché posseduti dalle singole consorziate. (TAR Lazio, Sez. III-ter, 23 novembre 2009 n. 11482)

in vigore del Regolamento. Attraverso una lettura unitaria delle norme succedutesi, i magistrati amministrativi hanno affermato che appare legittima l'indicazione in sede di gara da parte del consorzio stabile del fatturato minimo richiesto dal bando attraverso la sommatoria dei fatturati specifici delle imprese consorziate designate, in quanto già nella disciplina previgente l'entrata in vigore dell'art. 277, comma 3, D.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207, dal combinato disposto degli artt. 35 e 36, comma 7, prima proposizione del Codice degli appalti ("Il consorzio stabile si qualifica sulla base delle qualificazioni possedute dalle singole imprese consorziate"), anche in materia di qualificazione del consorzio stabile nel settore dei servizi e delle forniture, doveva ritenersi operativo il criterio del c.d. cumulo alla rinfusa dei requisiti dei consorziati. Tale interpretazione è resa possibile, secondo il Consiglio di Stato, attese le peculiarità, strutturali e funzionali, del consorzio stabile, così come delineate dalle altre disposizioni contenute nell'art. 36 D.Lgs. n. 163/2006, e rispondenti alla *ratio* normativa di dare maggiori possibilità di sviluppo alle imprese sprovviste di sufficienti requisiti per accedere a determinate gare, attraverso l'accrescimento delle facoltà operative, ottenibile non imponendo al consorzio di avere i requisiti in proprio, soprattutto nella fase iniziale dell'attività. Del resto, se così non fosse, secondo il Collegio si riprodurrebbe inutilmente il modulo organizzativo delle ATI, già peraltro replicato con l'aggregazione cui dà luogo il consorzio ordinario di concorrenti. Il Consiglio di Stato pertanto ha chiarito che *"la disposizione sulle attrezzature, mezzi d'opera e organico contenuta nell'art. 35 d.lgs. n. 163/2006 (...) non può essere interpretata restrittivamente argomentando a contrariis, ma deve essere interpretata in modo estensivo, nel senso che essa sancisce l'applicazione, in ogni caso e in qualsiasi periodo di vita del consorzio stabile, del criterio del cumulo alla rinfusa per i requisiti da essa specificamente men-*

*zionati, e dunque non contraddice, in un'ottica d'interpretazione sistematica, la sopra richiamata, prima proposizione normativa contenuta nel comma 7 dell'art. 36, affermativa del principio del cumulo dei requisiti. Inoltre, sul piano dell'interpretazione letterale, la locuzione "posseduti e comprovati dagli stessi" è suscettibile di essere interpretata come meramente ricognitiva della facoltà, in capo al consorzio stabile, di decidere come provare il possesso dei requisiti, se, cioè, con attribuzioni proprie e dirette del consorzio, oppure con quelle dei consorziati. Tale approccio interpretativo s'impone sulla base del rilievo, di natura sistematica, che il modulo del consorzio stabile, quale delineato dagli artt. 34 e 36 d.lgs. n. 163 del 2006, concretizza un'impresa operativa che fa leva sulla causa mutualistica e realizza, nella sostanza, una particolare forma di avvalimento che poggia direttamente sul patto consortile e sulla causa mutualistica. Tali connotati del modulo organizzativo e gestionale in esame consentono al consorzio di avvalersi di qualsiasi contributo (in termini di requisito) dei consorziati, senza dover ricorrere allo strumento dell'avvalimento ex art. 49 d.lgs. n. 163/2006, fermo restando che, in alternativa, il consorzio può qualificarsi con requisiti posseduti in proprio e direttamente.*

*Per le esposte ragioni, va respinto il profilo di censura del motivo in esame, teso a contestare la possibilità della sommatoria dei fatturati specifici delle imprese consorziate designate quali esecutrici dei servizi, al fine di comprovare il requisito di capacità economico-finanziaria." (Consiglio di Stato, Sezione VI, 10.5.2013, n. 2563).*

A tale stregua, sulla scorta della disposizione contenuta nella prima parte del comma 7 dell'articolo 36 ed in ragione della stessa struttura e funzione del consorzio stabile delineata dal Codice, anche per il settore delle forniture e dei servizi può ritenersi applicabile il criterio del c.d. cumulo alla rinfusa in capo al consorzio stabile dei requisiti dei consorziati indicati come esecutori.

1.

*L'articolo 94 del Regolamento dispone ai commi 1: "I consorzi stabili di cui agli articoli 34, comma 1, lettera c), e 36 del codice, eseguono i lavori o con la propria struttura o tramite i consorziati indicati in sede di gara senza che ciò costituisca subappalto, ferma la responsabilità solidale degli stessi nei confronti della stazione appaltante"; mentre al successivo comma 4, dispone in merito alle ipotesi di scioglimento del consorzio e di ripartizione dei requisiti pro-quota ai consorziati.*

# La spending review dei contratti di appalto con le aziende sanitarie: seconda puntata

**Avv. Luca Griselli**  
Studio legale Griselli - Salina  
Milano

Nel precedente numero di questa rivista avevo succintamente descritto i tratti salienti della c.d. *spending review* del comparto sanitario, con particolare riferimento alla disciplina introdotta a partire dal Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini). Come riferito in tale occasione, il filone più problematico della c.d. *spending review* riguarda la c.d. rinegoziazione obbligatoria dei contratti conclusi con le aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi: qualora, infatti, i prezzi previsti dai contratti in essere si discostino in misura superiore al venti per cento dai prezzi rilevati dall'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'AVCP "*le aziende sanitarie locali sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le aziende sanitarie locali hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, in deroga all'art. 1671 del codice civile*". Nel mio precedente intervento avevo anche segnalato qualche possibile profilo di criticità della disciplina. Essa, infatti, a mio avviso presta il fianco a censure varie e, in primo luogo, alla censura di violazione del diritto comunitario degli appalti (Direttiva CE/18/04), nonché alla censura di violazione del divieto di retroattività delle leggi e dei principi di affidamento e certezza del diritto (tutti valori che trovano ampia tutela

sia nella nostra Costituzione, sia nel diritto dell'Unione europea). Ora, a distanza di quasi un anno dall'entrata in vigore della disciplina di cui sopra, è possibile formulare un primo bilancio, essendosi registrate in proposito le prime pronunce (cautelari e in alcuni casi di merito) della magistratura amministrativa. E ciò è dipeso dai vari ricorsi che gli operatori del settore hanno promosso innanzi al T.A.R. del Lazio all'indomani dell'approvazione del primo elenco dei prezzi di riferimento e che, per quanto consta, hanno riguardato i contratti di fornitura dei dispositivi medici e di alcune tipologie di farmaci, nonché i contratti del comparto della ristorazione, pulizia e lavanolo. Per quanto è stato possibile appurare, tali iniziative giurisdizionali hanno sollevato contestazioni che si sono articolate su due piani distinti. Il primo di essi ha riguardato, in via preliminare e pregiudiziale, la stessa illegittimità comunitaria e costituzionale dell'intero impianto normativo: le censure proposte hanno prospettato, per un verso, il possibile contrasto della disciplina in esame con la direttiva CE/18/04 e con i principi comunitari di concorrenza e trasparenza (in particolare, per violazione delle norme che disciplinano i criteri di aggiudicazione e la verifica di anomalia delle offerte, nonché per violazione del divieto di rinegoziazione a posteriori delle offerte medesime); per altro verso, hanno sollevato svariate contestazioni in ordine all'incompatibilità costituzionale di previsioni retroattive e, come tali, violative dell'affidamento degli aggiudicatari dei contratti. Il secondo piano, dedotto in via graduata, ha invece direttamente investito i prezzi di riferimento, così come determinati dall'Osservatorio, variamente contestandone l'inattendibilità, sotto il profilo dell'i-

strutturata carente o, comunque, inadeguata. Il T.A.R. del Lazio ha emesso in argomento varie pronunce (cautelari e di merito) (si vedano ad esempio: T.A.R. Lazio, Sez. III, 9 maggio 2013 n. 4601 e 4603, 8 maggio 2013 n. 4586 e 4589), che vale la pena di esaminare, sia pure brevemente, dato che si tratta delle prime decisioni rese a proposito di una disciplina dall'impatto a dir poco notevole per gli operatori del comparto sanitario. In primo luogo, il T.A.R. ha svolto una pregevole opera di ricostruzione del complesso quadro normativo e di qualificazione giuridica dell'"elenco dei prezzi di riferimento" emesso dall'Osservatorio. E così ha affermato di considerare detto elenco "un provvedimento amministrativo ad ogni effetto e quindi oggetto di delibazione innanzi al giudice amministrativo". Esso, infatti "opera come provvedimento generale di fissazione prezzi valido su tutto il territorio e considerato immediatamente efficace, dato che, per effetto delle specifiche disposizioni normative citate, il ricorrere di uno scostamento di una percentuale dal prezzo di riferimento costituisce presupposto diretto per la rinegoziazione e, nel caso in cui questa fallisca, per il recesso dell'amministrazione". Ha poi soggiunto che "la redazione e pubblicazione dell'elenco dei prezzi di riferimento era prevista nell'ipotesi in cui non fosse raggiunta nel termine del 30 aprile 2012 l'intesa tra lo Stato e le Regioni prevista dal primo comma dell'articolo e la finalità dell'elenco era quella di fornire alle regioni uno strumento operativo di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria. Questa disciplina è rimasta in vigore sino al 5 luglio 2012, cioè sino all'entrata in vigore del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, il cui art. 15, comma 13, lett. b), all'originario testo dell'articolo 17, comma 1, lett.

a), aggiungeva i seguenti periodi (quarto e quinto): "...qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento". In sostanza l'elenco dei prezzi di riferimento cessava di costituire uno "strumento operativo" a disposizione delle regioni per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria ed era sostanzialmente trasformato in un elenco di prezzi fissati d'imperio, dato che erano introdotti nel caso di "differenze significative", di oltre il 20%, l'obbligo dell'amministrazione di procedere a rinegoziazione del contratto e, in caso di mancato accordo con il fornitore, il recesso senza oneri a suo carico". Passando, poi, alla delibazione del merito dei ricorsi, il T.A.R. ha preso in considerazione innanzitutto, per ragioni logiche, le censure afferenti la stessa compatibilità della normativa applicata e sopra richiamata con il diritto comunitario

e con la carta costituzionale, nonché con le disposizioni CEDU. E ha tuttavia giudicato tali censure non ammissibili, in quanto non rilevanti ai fini della valutazione di legittimità dell'elenco dei prezzi. In buona sostanza, il Giudice amministrativo ha ritenuto che nell'ambito dell'art. 17 citato debbano essere distinte due diverse previsioni: la prima riguarda propriamente la compilazione degli elenchi dei prezzi, la seconda si occupa del meccanismo della c.d. rinegoziazione, in caso di contratti il cui corrispettivo risulti superiore di oltre il 20% rispetto al prezzo di riferimento (del farmaco o dispositivo medico o servizio che di volta in volta venga in rilievo).

Ora mentre per il T.A.R., come riferito, l'elenco-prezzi costituisce un vero e proprio provvedimento amministrativo, come tale impugnabile innanzi al giudice amministrativo immediatamente, il meccanismo di rinegoziazione "riferendosi al contratto già perfezionato e atteggiandosi a vicenda modificativa o estintiva di esso (secondo che la rinegoziazione abbia esito positivo ovvero l'amministrazione receda dal contratto) esula dalla giurisdizione del giudice amministrativo per rientrare in quella del giudice ordinario, cosicché le censure relative alla incostituzionalità, anche in riferimento alla CEDU, o alla incompatibilità del medesimo con il diritto comunitario sono inammissibili e irrilevanti perché non investono la questione della legittimità dell'elenco che della rinegoziazione costituisce un presupposto ma posizioni di diritto soggettivo perfetto, come osservato dalla stessa ricorrente, che rilevano al momento dell'effettiva iniziativa eventuale di recesso ad opera delle singole Aziende sanitarie".

In altri termini, il T.A.R. ha ritenuto che degli eventuali profili di illegittimità della disciplina della rinegoziazione dovrà occuparsi il Giudice ordinario, nell'ambito delle singole controversie che saranno portate alla sua attenzione, nei casi in cui la rinegoziazione medesima non dovesse concludersi positivamente: dunque, la questione è per il momento rinviata.

Ciò chiarito, il T.A.R. è passato ad affrontare il secondo profilo della vicenda, occupandosi dei motivi di ricorso che hanno investito l'istruttoria svolta dall'Osservatorio per la compilazione dell'elenco.

E gli esiti sono stati diversi a seconda del comparto preso in considerazione.

Così, per quanto riguarda i dispositivi medici, le pronunce del T.A.R. Lazio hanno accolto i vari ricorsi, ritenendo inadeguata l'istruttoria che è stata svolta dall'Osservatorio in tale ambito.

Anzitutto, il T.A.R. ha ritenuto condivisibili le critiche svolte in ordine all'impiego del CND e cioè al sistema di classificazione dei dispositivi elaborato essenzialmente per ragioni di tracciabilità e di sicurezza dei prodotti: si tratta, infatti, di classificazione troppo generica, che non consente di apprezzare le notevoli differenze qualitative ed economiche che intercorrono tra le varie tipologie di dispositivi. In proposito, il T.A.R. ha considerato che: "Se in base alla normativa applicata succedutasi nel tempo il prezzo di riferimento elaborato dall'Osservatorio opera come un vero e proprio prezzo d'imperio, esso non poteva essere elaborato in relazione a categorie generali di dispositivi medici, pena la sua non significatività o non riferibilità (o meglio confrontabilità) con i concreti oggetti delle singole forniture".

Inoltre, il T.A.R. ha anche ritenuto inappropriata l'istruttoria, per non aver tenuto conto delle specifiche caratteristiche dei singoli contratti da cui sono stati desunti i dati per la compilazione dell'elenco prezzi. A tale proposito, il Giudice ha ritenuto che "se il prezzo di riferimento cessa di costituire uno strumento operativo di controllo e razionalizzazione della spesa per le regioni per essere trasformato sostanzialmente in un prezzo imposto, esso non può essere determinato in relazione a categorie generali o astratte di dispositivi e in modo sostanzialmente avulso dalle caratteristiche dei contratti (si pensi solo ai profili della durata dello stesso, dei volumi e del più o meno ampio contenuto della fornitura, specie sotto il profilo della eventuale prestazione di servizi accesso-

*ri, che evidentemente non può non influire sui calcoli di convenienza del concorrente). In altri termini, un prezzo di riferimento che si impone alla parte privata (che, ove non l'accetti, deve subire il recesso dell'amministrazione) presuppone anzitutto che esso sia riferibile a dispositivi effettivamente confrontabili per caratteristiche qualitative e funzionali con quelli oggetto dei singoli concreti contratti. Inoltre presuppone che si tenga conto delle caratteristiche di questi ultimi che possono maggiormente influire sul prezzo e sul punto appaiono condivisibili le censure della ricorrente in ordine alla necessità che si dia rilievo almeno all'oggetto complessivo della fornitura, alla sua durata e alla prestazione di accessori e di servizi connessi" (si veda in particolare la sentenza del T.A.R. Lazio, Sez. III, 9 maggio 2013 n. 4601 citata).*

Nel settore dei farmaci, a quanto consta, si sono registrate due pronunce, una parzialmente favorevole al ricorrente e l'altra invece di reiezione del ricorso.

Nel primo caso (deciso dalla sentenza del T.A.R. Lazio, Sez. III, 15 maggio 2013 n. 4912) si è trattato di ricorso proposto da operatore titolare dei diritti di commercializzazione di specialità medicinali su principio attivo "lenograstim": detto ricorso è stato ritenuto meritevole di favorevole apprezzamento, in particolare laddove ha lamentato l'ingiustificata riduzione del prezzo di riferimento di detto principio attivo, nel passaggio dalla prima elaborazione dei prezzi di riferimento (del maggio 2012) alla seconda (del luglio 2012).

Nel secondo caso (deciso dalla sentenza del T.A.R. Lazio, Sez. III, 2 maggio 2013 n. 4404) venivano in rilievo i prezzi di altri principi attivi. Ma il T.A.R. ha ritenuto l'istruttoria svolta dall'Osservatorio, unitamente all'Agemas, esente da vizi e sufficientemente approfondita, oltre che basata su criteri congrui e conformi al vigente quadro normativo.

Infine, si sono registrate pronunce (a quanto consta, solo in sede cautelare), anche nel comparto della ristorazione, pulizia e lavano. E per il momento sia il T.A.R. del Lazio

(Sez. III, ordinanza 10 gennaio 2013 n. 68) che il Consiglio di Stato (Sez. VI, ordinanza 20 marzo 2013 n. 984), hanno ritenuto che i prezzi di riferimento relativi a tale settore siano stati determinati in base ad un'istruttoria adeguata. Infatti: "*dall'esame della documentazione in atti risulta che la fase istruttoria è stata sufficientemente prolungata, non ha considerato il solo prezzo ma anche servizi aggiuntivi e modalità di espletamento dei servizi nonché l'eterogeneità degli stessi ed ha considerato un campione idoneo di riferimento in relazione alle specifiche funzionalità di rilevazione demandate dal d.l. n. 95/11 nel settore in esame*" (ordinanza del T.A.R. Lazio cit.).

Non resta che attendere i prossimi sviluppi della complessa vicenda, che certamente è destinata a non finire qui.

Se il prezzo di riferimento cessa di costituire uno strumento operativo di controllo e razionalizzazione della spesa per le regioni per essere trasformato sostanzialmente in un prezzo imposto, esso non può essere determinato in relazione a categorie generali o astratte di dispositivi e in modo avulso dalle caratteristiche dei contratti. Un prezzo di riferimento presuppone che sia riferibile a dispositivi effettivamente confrontabili per caratteristiche qualitative e funzionali con quelli oggetto dei singoli contratti

# Legge anticorruzione - Il responsabile dell'anticorruzione uno sguardo dall'interno

**Francesco Grilli**  
Segretario Generale  
Provincia di Perugia

La legge 6 novembre 2012, n. 190, reca disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. La normativa costituisce uno degli elementi fondamentali della strategia di prevenzione dei fenomeni di corruzione e malamministrazione che il legislatore ha inteso introdurre in questi ultimi tempi, a rafforzamento delle misure, fin qui prevalentemente penali, di contrasto ai suddetti fenomeni. Questo mio lavoro si concentrerà sulla figura del responsabile della prevenzione della corruzione visto da una prospettiva interna. Invero, prima di entrare in *media res*, corre l'obbligo di delineare, per sommi capi, in quale assetto normativo viene ad incidere la normativa di cui ci occupiamo. Può affermarsi che per un periodo di venti anni abbiamo vissuto in una sorta di (consentitemi l'espressione forse troppo colorita) "folia collettiva". Infatti, il progressivo venire meno di ogni forma di controllo di tipo preventivo sugli atti, esercitato dall'esterno, doveva essere compensato con l'implementazione e il progressivo rafforzamento dei controlli interni. Si è per lungo tempo parlato esclusivamente di controlli di tipo prettamente gestionale che dovevano nel tempo sostituire quelli sugli atti. Il Segretario comunale e provinciale, ad esempio, è stato in questo periodo garante della "correttezza amministrativa" alle leggi, allo statuto ed ai regolamenti (art. 97 TUEL). In molti quindi ci venivano a dire che ci dovevamo trasformare in "*city manager*" senza perseguire ostinatamente l'obiettivo estrinseco della legittimità del singolo atto, ma facendo di contro prevalere il raggiungimento del risultato e quindi guardare conseguentemente l'attività nel suo complesso. Invero nessuno può negare che l'azione amministrativa sia composta dall'insieme

dei singoli provvedimenti amministrativi, quindi se questi sono illegittimi, lo sarà, gioco forza anche l'azione considerata nel suo complesso. Questa deriva sembra oggi essersi arrestata. Basti pensare all'entrata in vigore del d.l. 174/2012 conv. dalla L. 213/2012 che, appunto, sembra avere rallentato, se non interrotto definitivamente, la transizione da un sistema di controlli sugli atti ad un sistema di controllo prettamente gestionale. L'intervento del legislatore, sull'onda dell'indignazione degli avvenimenti laziali e lombardi di sperpero di denaro pubblico, si giustifica con la percepita insoddisfazione dell'esistente e quindi pensando che sia opportuno imporre agli enti il livello di profondità e l'oggetto delle procedure di controllo. Il D.L. 174 del 10/10/2012 modificando il 267/2000 ha accentuato il ruolo dei controlli interni e rafforzato quelli esterni ad opera della Corte dei Conti. Può ritenersi che la manovra di rafforzamento dei controlli interni ed esterni voluta dal legislatore ha trovato il proprio coronamento nella L. 190 /2012 c.d. "Legge anticorruzione". Le disposizioni dell'anticorruzione prevedono per tutte le amministrazioni l'adozione del piano triennale della prevenzione della corruzione e l'individuazione del soggetto responsabile di tale attività. Quest'ultimo può bene essere definito il "*deus ex machina*" della complessa operazione di progettazione, attuazione e controllo del rispetto e della attuazione del piano. Si è voluto utilizzare il termine "*deus ex machina*" che come noto trae origine dal teatro greco, in tale ambito, quando era necessario far intervenire un dio (o più dèi) sulla scena, l'attore che interpretava il dio si posizionava su una rudimentale gru in legno, mossa da un sistema di funi e argani. In questo modo, l'attore veniva

fatto scendere dall'alto, simulando dunque l'intervento di un dio che scende dal cielo. Infatti, l'espressione *deus ex machina* significa proprio "dio (che viene) da una macchina". L'intervento *ex machina* degli dèi veniva spesso usato, per risolvere una situazione intricata e apparentemente senza possibile via di uscita. Il significato di tale espressione si è poi ampliato nel tempo, andando a indicare qualsiasi soluzione di una storia che non prestasse il dovuto riguardo alla logica interna della storia stessa e apparisse alquanto improbabile, ma venisse invece usata dall'autore al solo scopo di concludere la storia nel modo voluto. Il timore che si sia voluto questo è abbastanza fondato. Certamente il legislatore nell'individuare tale figura fra i dirigenti "delle fasce superiori" e nel segretario per gli enti locali viene ad evidenziare come si tratti di una funzione che richiede una collocazione organizzativa in grado di esercitare efficacemente poteri molto estesi e penetranti. Al responsabile, sia nella fase di predisposizione del piano che in quella dell'attuazione e della verifica della sua osservanza, è richiesta una ampia conoscenza dell'intera amministrazione. Quello che rischia rendendo il segretario (o il dirigente individuato responsabile anticorruzione) un *deus ex machina* nell'esercizio di questa funzione (nel senso sopra specificato) è la cronica mancanza di poteri ed indipendenza da condizionamenti diretti e indiretti; basti pensare all'attuale sistema di nomina del tutto fiduciaria ed alla decadenza "automatica" con il Sindaco o il Presidente che lo hanno rispettivamente nominato. Il legislatore ha ritenuto sufficiente prevedere che la revoca del segretario sia da assoggettare ad un procedimento rinforzato che prevede il parere dell'Autorità nazionale anticorruzione. Se

risultasse, infatti, che la revoca fosse correlata alle attività svolte dal segretario in materia di prevenzione e corruzione questa non risulterebbe efficace. L'impegno a cui sarà chiamato il responsabile è davvero Titanico e per riuscirci si dovranno evitare applicazioni di stampo meramente burocratico volte esclusivamente a predisporre le carte per potersi eventualmente giustificarsi in caso di contestazioni di responsabilità piuttosto che a contrastare sul serio il fenomeno della corruzione. Si badi bene noi non saremo mai in grado di abbattere direttamente la corruzione penale, ma soltanto di prevenirla cercando di sconfiggere la "corruzione amministrativa", che ricomprende anche le situazioni in cui, prescindendo dalla rilevanza penale, un soggetto, nell'esercizio dell'attività amministrativa, abusi del potere che gli è stato affidato al fine di perseguire illegittimamente un fine proprio dell'ente pubblico di riferimento. Quando un ente pubblico invita un proprio fornitore di fiducia e raccomanda allo stesso che alla scadenza del termine formuli un'offerta inferiore alla soglia degli affidamenti in economia, probabilmente la soluzione determina un indubbio vantaggio per l'ente, poiché spunterà uno sconto che il fornitore non avrebbe mai applicato, ma viene sacrificato l'interesse generale e la tutela del mercato, altri operatori probabilmente avrebbero voluto la stessa opportunità offerta al fornitore. Con la Legge in esame si procede all'introduzione di un sistema di allocazione/esenzione di responsabilità, per molti versi, analogo (seppure diverso) a quello della responsabilità delle persone giuridiche previsto dal d.lgs n. 231 del 2001. Anche nel settore pubblico (come in quello privato) diventa essenziale prevenire la c.d. irresponsabilità organizzativa (o colpa

di organizzazione). Prendendo in prestito una formulazione usata spesso dalla Corte dei conti, si ha colpa di organizzazione in presenza di un'organizzazione pubblica organizzata confusamente, gestita in modo inefficiente, non responsabile e non responsabilizzata. Il comma 59 dell'art. 1 stabilisce che le disposizioni di prevenzione della corruzione di cui ai commi da 1 a 57 dello stesso art. 1 sono di generale applicazione per tutta la pubblica amministrazione essendo qualificate, dette disposizioni, come norme interposte quale diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione. Il responsabile è individuato dalla legge "di norma nel segretario, salva diversa e motivata determinazione."

La decisione di ricorrere ad altro dirigente si configura come eccezionale rispetto al criterio ordinario del ricorso al segretario e richiede adeguata motivazione. Non pare che la motivazione possa trovare fondamento su elementi soggettivi attinenti la professionalità del segretario, infatti l'assegnazione nel comune e nella provincia richiede l'iscrizione all'Albo che costituisce attestazione di idoneità e possesso dei requisiti per la copertura dell'incarico nell'Ente. Quindi solo una motivazione di carattere oggettivo e organizzativo potrebbe giustificare l'utilizzo dell'ipotesi eccezionale di ricorso ad altro dirigente. L'organo (di indirizzo politico) competente alla nomina del responsabile della prevenzione della corruzione è stato individuato nel sindaco o nel presidente, ritenendosi che la nomina del responsabile rientri nella sfera di potestà di nomina e di definizione degli incarichi dirigenziali dell'organo monocratico dell'ente locale interessato. I compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione, possono così brevemente essere riassunti:

1. predispone il piano triennale di prevenzione della corruzione tenuto conto degli indirizzi del Piano nazionale e di quelli del Dipartimento della funzione pubblica nell'esercizio del suo ruolo di coordinamento nazionale sulla materia.
  2. definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori più esposti.
  3. verifica l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre le necessarie modifiche allo stesso nei casi in cui si riveli non funzionante o oggetto di violazioni, ovvero risulti da riconformare ai mutamenti organizzativi o funzionali nel frattempo intervenuti;
  4. verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici ritenuti più esposti ai rischi di corruzione, oltreché ad assicurare la formazione del personale.
  5. pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione. Negli enti locali l'organo di indirizzo politico cui fa riferimento in questo caso la legge deve essere inteso nel Consiglio nell'ambito della sua funzione di organo di controllo politico-amministrativo ex art. 42 TUEL.
- L'efficace svolgimento del ruolo affidato dalla legge, presuppone che il responsabile possa esercitare conseguenti poteri che incidano sugli assetti di carattere organizzatorio e funzionale idonei ad attuare le previsioni del piano e che dovranno tenere conto delle situazioni organizzative degli enti, con particolare riguardo a quelli piccoli dove, per esempio, il criterio della rotazione non potrà essere certo posto in essere nella stessa maniera di un ente di grandi dimensioni. Si segnala inoltre l'estrema importanza che rivestiranno i c.d. referenti dell'anticorruzione che ogni ente potrà individuare anche tenendo conto dell'articolazione per centri di responsabilità della propria organizzazione. Questi dovranno operare anche su richiesta del responsabile, il quale rimane comunque il riferimento per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione nell'ambito dell'Amministrazione e per le eventuali responsabilità che ne dovessero derivare. Fondamentali saranno le modalità di raccordo e di coordinamento tra il responsabile della prevenzione e i referenti,

le quali potranno essere inserite nel piano triennale di prevenzione in modo da creare un meccanismo di comunicazione e informazione, bi-direzionale per l'esercizio della funzione. Le esigenze cui deve soddisfare il Piano sono indicate dalla lettera a) alla f) del comma 9 dall'articolo 1 della legge.

In primis il piano dovrà individuare le attività a rischio corruzione. Il punto di partenza generale per tutti gli enti è individuato dalla legge mediante il rinvio alle attività elencate al comma 16, cioè ai procedimenti di: a) autorizzazione e concessione; b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, con riferimento in primis al codice dei contratti pubblici; c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e comunque attribuzioni di vantaggi di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d) concorsi e prove selettive per assunzioni e progressioni di carriera. In ciascuno ente si dovrà inoltre analizzare se sussistano altre aree a rischio corruzione. L'analisi deve essere svolta "anche raccogliendo le proposte dei dirigenti" quale ulteriore esplicitazione della loro responsabilità, introdotta dal D.lgs. 150/2009, consistente nel proporre annualmente le risorse ed i profili professionali necessari per l'ufficio cui sono preposti. Saranno quindi necessari incontri periodici con i dirigenti. Il Piano dovrà prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. Questo comporterà un "appesantimento" dell'azione amministrativa sarà quindi auspicabile studiare soluzioni che riducano al massimo gli effetti di rallentamento dell'attività. Nel piano dovranno essere inoltre previsti i criteri e modalità perché vengano rispettati, in particolare riguardo alle attività soggette a rischio, gli obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione quale condizione per l'esercizio della sua funzione di vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del piano. Per dare effettività alla disciplina sui termini previsti dalla legge o dai regolamenti

per la conclusione dei procedimenti, il piano deve anche prevedere concrete modalità di monitoraggio del rispetto di tali termini.

Si dovranno anche stabilire le modalità per monitorare i rapporti fra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. Infine si potranno individuare specifici ed ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge. In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato sono previste in capo al responsabile della prevenzione della corruzione tre tipi di responsabilità:

1. dirigenziale,
2. disciplinare,
3. erariale per danno all'immagine.

Per non rispondere delle responsabilità si dovrà provare che il fatto/reato si è verificato nonostante le azioni positive del responsabile consistenti, come previsto al comma 12, di aver predisposto, prima del fatto, il piano e di aver svolto i compiti di verifica dell'efficace attuazione, osservanza e riconformazione, in caso di necessità del piano stesso; verifiche che comprendono la previsione di rotazione degli incarichi nelle aree a rischio corruzione. Ritengo che l'imputazione dovrà comunque avvenire sulla base dello stato psicologico del responsabile dovendo ricorrere il dolo o la colpa (grave per di più grave in caso di responsabilità erariale). Qualora si dovesse interpretare questa forma di imputazione della responsabilità come oggettiva ritengo che la deroga alle regole generali sulla imputabilità e colpevolezza di un fatto, con l'inversione dell'onere della prova a carico del responsabile appaia del tutto ingiustificata e ne potrebbe comportare la sua illegittimità costituzionale.

# La reingegnerizzazione dei processi di sala operatoria: la best practice dell'elettrofisiologia dell'AUSL Viterbo

## **Dott. Massimo Sassara**

Direttore U.O.V.D.  
Elettrofisiologia  
AUSL Viterbo

## **Dott. Mario Malavasi**

Dirigente Medico U.O.V.D.  
Elettrofisiologia  
AUSL Viterbo

## **Dott. Carlo Leonardi**

facente funzioni  
coordinatore infermieristico  
U.O.V.D. Elettrofisiologia  
AUSL Viterbo

## **Dott.ssa Silvia Dari**

Amministrativa U.O.C.  
E.Procurement  
AUSL Viterbo

L'attuale situazione nazionale comporta per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere una continua contrazione dei costi e consumi apportata sempre più spesso da tagli lineari, con le risapute conseguenze in ambito organizzativo e di prestazioni finali per l'utenza. A luglio 2012 l'attuazione della Spending Review ha ulteriormente aggravato tale condizione, obbligando modifiche sulle strategie aziendali, con l'intento di ridurre il più possibile sprechi senza dimenticare l'attenzione ai risultati. Con l'intento di rendere più efficaci ed efficienti le risorse disponibili, l'AUSL Viterbo ha praticato da diversi anni la reingegnerizzazione dei processi<sup>1</sup>, sui più disparati fronti, attuando nel pubblico una metodica caratteristica delle realtà private, permettendo ai sanitari di garantire prestazioni di qualità, fornendo prodotti e servizi nel contenimento di tempi e costi: il Public Organization Reengineering (di seguito POR) mai come in questo momento è considerato lo strumento ideale per raggiungere tale scopo. Nel secondo semestre del 2012, si è voluto porre particolare attenzione all'Unità Operativa di Elettrofisiologia, che ha manifestato una grande apertura all'analisi procedurale, evidenziando autonomamente le criticità legate ai processi amministrativi, indispensabili alla generazione del flusso informativo per la gestione del registro operatorio, del conto deposito dei materiali, del riapprovvigionamento degli stessi e della liquidazione e pagamento delle fatture<sup>2</sup>. Si è ipotizzato pertanto di informatizzare ed integrare i processi utilizzando un software di gestione del conto deposito, che collega direttamente il reparto al fornitore, ed un software di registro operatorio contenente i dati relativi a pazienti, operatori e tempistica di

Sala Operatoria. Attraverso questo utilizzo integrato delle piattaforme<sup>3</sup>, l'inserimento dei dati è univoco, abbattendo come riconosciuto scientificamente il margine di errore; l'estrapolazione dei dati è più agevole, permettendo di generare report utili sia per finalità di ricerca, sia per controlli di gestione; la razionalizzazione del tempo impiegato nei processi amministrativi permette alle professionalità sanitarie di dedicarsi maggiormente ai processi clinici e quindi al paziente. La contestualizzazione del POR all'interno della realtà aziendale studiata ha mantenuto saldi i principi di realistica, gradualità e flessibilità che lo caratterizzano per assicurare dei risultati utili, senza sprechi di risorse ed energie. Si è provveduto a pianificare incontri con i responsabili dell'Unità Operativa di Elettrofisiologia per acquisire gli elementi del caso e "fotografare" la situazione attuale, quindi è stato costituito un gruppo di lavoro pluridisciplinare, con all'interno attori sanitari, amministrativi ed informatici, che hanno apportato un valore aggiunto, ciascuno per le proprie competenze. Il modello attuale è stato messo a confronto con quello a tendere e durante la mappatura del processo sono stati quantificati i fattori critici di qualità. Il gruppo di lavoro ha voluto condividere quanto analizzato con tutti gli attori coinvolti nei processi analizzati generando numerosi spunti di riflessione: la condivisione è stata senza dubbio un punto di forza dell'analisi, in quanto ha reso il progetto "pilota" e quindi estendibile ad altre realtà aziendali similari. Quindi è stato riprogettato e validato un modello, che prevede l'evoluzione della gestione integrata del magazzino informatizzato di sala operatoria, l'utilizzo dei lettori ottici per lo

scarico del materiale specialistico e il registro operatorio da cartaceo ad elettronico. L'impatto sulla gestione di sala operato dall'implementazione attuata è stato misurato usando come indicatore il tempo e la durata delle fasi del processo gestionale di sala operatoria, e di conseguenza la permanenza del paziente nel blocco operatorio. Di seguito vengono schematicamente riportati i risultati emersi dall'analisi effettuata mettendo a confronto i tempi procedurali utilizzando il registro operatorio cartaceo, e quelli in cui è stata adottata la nuova metodica del registro informatizzato.

### Popolazione

La popolazione studiata è costituita dai pazienti consecutivi sottoposti ad intervento di impianto di pace maker o di defibrillatore o sostituzione di device cardiaco nel semestre gennaio-giugno 2012 (utilizzando il registro operatorio cartaceo) e nei sei mesi settembre 2012-febbraio 2013 (utilizzando il registro operatorio informatizzato). I due gruppi di pazienti sono stati a loro volta suddivisi nel sottogruppo di quelli sottoposti ad impianto di pacemaker o defibrillatore e nel sottogruppo di quelli sottoposti a sostituzione di device, cioè in gruppi di

procedure che richiedono tempi simili.

### Metodi

Attingendo al registro operatorio quale fonte del dato, sono state confrontate tre tipologie di tempi procedurali<sup>4</sup>:

- Preoperatorio: intervallo dall'ingresso al blocco operatorio all'incisione della cute
- Operatorio: intervallo dall'incisione alla sutura della cute
- Postoperatorio: intervallo dalla sutura all'uscita dal blocco operatorio

Nell'analisi del "Preoperatorio" e "Postoperatorio" sono stati considerati rispettivamente l'inizio della prima procedura e il termine dell'ultima procedura della giornata: cioè gli intervalli del processo nei quali gli operatori erano interamente dedicati ad un solo paziente.

### Risultati

Procedure di impianto pacemaker o defibrillatori: riduzione del tempo preoperatorio (-26%); postoperatorio (-36%) e di permanenza nel blocco operatorio (-20%)

Procedure di sostituzione pacemaker o ICD: riduzione del tempo preoperatorio (-24%); postoperatorio (-23%) e di permanenza nel blocco operatorio (-26%). Per entrambe le

1.

*Vedi le esperienze della AUSL Viterbo relativamente al servizio logistico o alle gare on line o ai laboratori analisi, piuttosto che all'E.procurement di Sala Operatoria come riportato nella Bibliografia allegata.*

2.

*Al fine di generare il flusso informativo necessario all'amministrazione per la regolarizzazione del processo di riapprovvigionamento/pagamento, nonché clinico relativo alla compilazione del registro operatorio, con la presenza di tutti i dati sensibili del caso richiesti dalle varie normative di riferimento, il personale sanitario, sia medico sia infermieristico, è tenuto alla compilazione di numerosi form sia informatizzati, sia cartacei, la maggior parte delle volte caratterizzati dalla ripetitività delle informazioni. Le informazioni risultano ripetitive in quanto destinate ad attori diversi, che le utilizzano per finalità diverse.*

3.

*L'AUSL Viterbo attualmente ha deciso di creare un tavolo tecnico pluridisciplinare, che prende avvio da questo progetto pilota con l'intento di estenderlo all'intera Azienda, avente quale obiettivo l'integrazione informatica del software con il sistema operativo aziendale. In tal modo si garantirà presumibilmente nell'arco dell'anno 2013 l'effettiva generazione di un flusso informativo univoco per tutti gli attori coinvolti nel processo.*

3.

*Sono stati analizzati esclusivamente i tre intervalli suddetti poiché il registro operatorio cartaceo prevede l'inserimento solo di alcune informazioni temporali quali l'orario di ingresso nel blocco operatorio, in sala, di incisione, di sutura e di uscita dal blocco operatorio.*

Tab 1 - Descrizione attività

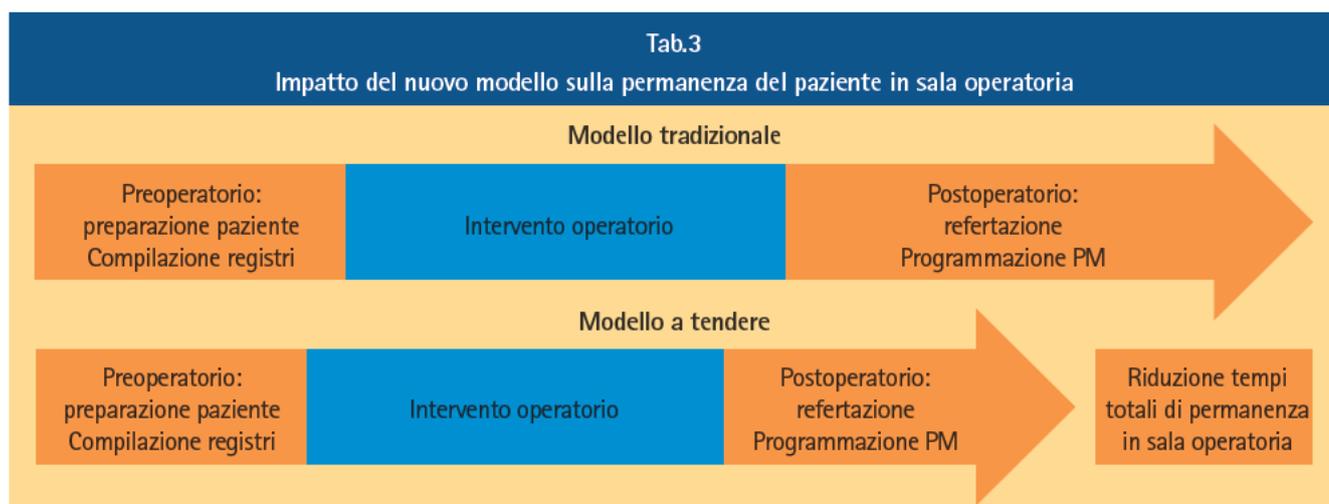


Tab.2

caratteristiche delle procedure. ICD: defibrillatore cardiaco impiantabile

Impianti di pace maker/ICD (monocamerale, bicamerale, defibrillatori)

Sostituzione di pace maker/ICD (monocamerale, bicamerale, biventricolare, ICD)



tipologie di procedure con l'implementazione informatica del registro operatorio si è osservata una riduzione dei tempi perioperatori e della durata di permanenza nel blocco operatorio, mentre la durata dell'intervento operatorio non ha subito modificazioni significative. Prima dell'implementazione informatica, inoltre, si è osservato come la durata complessiva dei tempi perioperatori (preoperatorio + postoperatorio) risulti equiparabile a quella del tempo operatorio.

#### Discussioni

La reingegnerizzazione sui processi di sala

operatoria ha ridotto in maniera significativa i tempi perioperatori dell'intervento non impattando su quelli operatorio; ma è da sottolineare che comunque i primi incidono prima delle innovazioni apportate sulla tempistica totale per il 50%.

La riduzione del tempo totale in sala non è andata a scapito del paziente, anzi le professionalità sanitarie possono investire il loro tempo che precedentemente era indirizzato ad espletare le attività amministrative, mettendolo a disposizione dell'utente finale. Essendo la riduzione del rischio inversamente proporzionale al tempo di permanenza all'interno del blocco operatorio, emerge come l'innovazione potrebbe teoricamente portare ad un aumento della sicurezza per il paziente.

L'inserimento univoco dei dati in un unico flusso informativo, consultabile da tutti gli attori interessati al flusso di riapprovvigionamento/pagamento/controllo di gestione nonché clinicogarantisce un abbattimento del margine di errore delle informazioni inserite. Considerando quanto esposto si può dedurre che la reingegnerizzazione dei processi amministrativi all'interno dell'Unità Operativa di Elettrofisiologia della AUSL Viterbo ha permesso l'individuazione non solo delle criticità, ma anche di zone d'ombra precedentemente non misurate in quanto non misurabili dagli strumenti a disposizione, rendendo possibile un taglio "di qualità" e non "alla qualità" delle prestazioni erogate.

Procedure di impianto pacemaker o defibrillatori: riduzione del tempo preoperatorio (-26%); postoperatorio (-36%) e di permanenza nel blocco operatorio (-20%). Procedure di sostituzione pacemaker o ICD: riduzione del tempo preoperatorio (-24%); postoperatorio (-23%) e di permanenza nel blocco operatorio (-26%)

# Uno sguardo alle esperienze internazionali in materia di accreditamento sanitario

Lo studio comparato dei servizi sanitari costituisce una branca nuova che, come tale, non ha ancora raggiunto una forma matura. Laddove poi, l'esigenza sia quella di comparare non il sistema sanitario in sé ma le forme giuridiche attraverso cui gli Stati consentono l'accesso al sistema di erogazione delle prestazioni, essa si scontra con una totale carenza di testi presso i quali attingere le informazioni ricercate. Con uno spirito pionieristico, e riservandomi di tornare in altra sede ad approfondire una tematica nuova, affascinante e che in futuro potrà essere anche di aiuto nella ricerca delle soluzioni atte a scongiurare che la grave crisi economica che attanaglia indistintamente tutti i Paesi del mondo possa comportare una riduzione delle prestazioni garantite dagli Stati a tutela della salute, proverò nelle prossime pagine a fornire un quadro sintetico volto a verificare se i diversi modelli di sistema sanitario esistenti negli Stati europei possano comportare, a valle, una differente modalità di affidamento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. In particolare, mi soffermerò sui programmi di accreditamento utilizzati sia negli Stati membri dell'Unione europea sia in alcuni *leader case* internazionali per verificare se essi differiscano tra loro e se vi siano programmi di accreditamento utilizzati, come avviene in Italia, anche come strumento di affidamento dei servizi sanitari.

## Analisi dei modelli di sistema sanitario

L'organizzazione mondiale della salute (da ora OMS) definisce il sistema sanitario come quel "... sistema che si compone di tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse

e persone il cui obiettivo primario consista nel miglioramento della salute ...".

I modelli di finanziamento dei sistemi sanitari utilizzati nel mondo sono essenzialmente quattro<sup>1</sup>:

1. il modello concorrenziale;
2. il modello delle assicurazioni private volontarie;
3. il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria;
4. il modello universalistico.

Definiremo, dapprima, i quattro modelli nella loro versione "pura" per, poi, osservare come ormai non esistano più Stati in cui si applicano sistemi puri essendo utilizzati ovunque sistemi che potremmo definire come misti, nel senso che contengono elementi propri di più sistemi tra loro differenti.

Il modello del mercato concorrenziale è caratterizzato dalla assenza dello Stato non solo nella erogazione ma anche nella regolamentazione delle prestazioni sanitarie. Si è, cioè, al cospetto di un normale mercato concorrenziale in cui domanda e offerta si contrappongono e si influenzano tra loro in modo dinamico e variabile e che presenta i pro e i contro tipici dei mercati concorrenziali, in cui a fronte di una auspicabile capacità del mercato di autoregolarsi si riscontra un elemento che gli Stati moderni ritengono negativo e, cioè, quello che la spesa sostenuta da ciascun cittadino sia dipendente dal proprio stato di salute.

Il modello dell'assicurazione privata volontaria (che fino alla recente riforma sanitaria del Capo dello Stato americano *Obama*, che ha introdotto importanti temperamenti al sistema, era definito anche come

**Dott. Paolo De Angelis**

Alma Mater Studiorum

Università di Bologna

Area Persone e Organizzazione

P.zza Verdi, 3

modello americano<sup>2</sup>) prevede che ciascun cittadino scelga se e come garantirsi per l'eventualità di dover sostenere spese sanitarie; chi si assicura è garantito nei limiti e nelle forme previste nel pacchetto assicurativo prescelto, chi non si assicura pagherà direttamente le spese sanitarie che dovesse sostenere nel corso della vita. Nella sua versione pura questo modello presenta il vantaggio di non prevedere una spesa economica a carico dello Stato; lo svantaggio è rappresentato dal fatto che la situazione è altamente differenziata per cui a fronte di cittadini facoltosi che hanno modo di costruirsi coperture assicurative che li proteggano integralmente da ogni forma di spesa sanitaria vi sono altri cittadini meno abbienti che non hanno alcuna copertura e le cui eventuali spese mediche, non potendo certo lo Stato negare le cure, finiscono comunque per gravare sulle finanze generali.

1.

*Secondo Toth F., Le politiche sanitarie: modelli a confronto, Bari, Laterza, 2009, pp. 10-11, i quattro modelli più che contrapporsi tra loro costituiscono tappe di un percorso evolutivo e irreversibile che muove le proprie mosse dal modello del mercato concorrenziale ed evolve, più o meno lentamente, dapprima nel modello dell'assicurazione volontaria, poi in quello dell'assicurazione obbligatoria, infine in quello universalistico: "... Alcuni paesi [...] possono aver saltato una tappa intermedia, ma tutti si sono mossi seguendo la medesima direzione: prima il mercato, poi l'assicurazione privata volontaria, successivamente [...] [l'assicurazione volontaria obbligatoria] [...] e infine la copertura universalistica. Non esiste paese che abbia compiuto anche un solo passo nella direzione contraria ...".*

2.

*Sulla riforma sanitaria americana vedi, da ultimo, Mellace M., Il sistema sanitario americano, in Fantini M.P., (a cura di), Obiettivo salute: sistemi sanitari a confronto tra criticità e tendenze evolutive, Bologna, BUP, 2011, pp. 209-221. La riforma ha, quantomeno in parte, superato il vaglio costituzionale; infatti, la Corte suprema statunitense, con la pronuncia del 28 giugno 2012, ha dichiarato costituzionale il cd. individual mandate (ossia, l'obbligo per i singoli di sottoscrivere una polizza assicurativa sanitaria entro il 2014) e incostituzionale la revisione del Medicaid (nella parte in cui non rende realmente facoltativi per gli Stati i contenuti del programma).*

Il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria (definito anche come modello *Bismark*, dal nome del Capo del Governo tedesco che lo introdusse in Germania nel 1883) prevede che i servizi sanitari siano finanziati da contributi obbligatori e fondi assicurativi; nella sostanza, una quota dello stipendio di ciascun lavoratore è, in modo obbligatorio, versata presso una Cassa comune. Nella sua versione pura questo modello presenta il vantaggio che le prestazioni sono erogate come riflesso del *quantum* versato; lo svantaggio è riscontrabile nella circostanza che la popolazione ha una copertura differenziata e che coloro i quali non lavorano non hanno copertura sanitaria.

Il modello universalistico (definito anche come modello *Beveridge*, dal nome del Capo del Governo inglese che lo introdusse nel Regno Unito nel 1946) prevede che i servizi sanitari siano sostenuti dalla fiscalità generale; non vi è, nella sostanza, un vero e proprio pagamento delle prestazioni sanitarie essendo esse garantite con la tassazione cui ciascuno è tenuto annualmente. Nella sua versione pura questo

modello presenta il vantaggio di garantire copertura sanitaria a tutta la popolazione in modo indifferenziato; lo svantaggio è riscontrabile nella difficoltà di controllare l'evoluzione della spesa pubblica.

Si è detto che tutti i modelli presentano vantaggi e svantaggi; negli anni tutti gli Stati hanno cercato di trovare dei correttivi al fine di raggiungere quelli che, nella sostanza, sono i due obiettivi tipici di ogni sistema sanitario: l'alto livello di prestazioni garantite e il controllo della spesa pubblica. La Corte costituzionale italiana ha sì più volte sostenuto che la tutela della salute costituisce uno dei diritti più rilevanti sanciti dalla Costituzione ma ha anche affermato come tale diritto debba essere temperato con le altre finalità pubbliche e come, pertanto, anche il diritto alla salute debba considerarsi un diritto finanziariamente condizionato. Analogamente è avvenuto negli altri Stati dove, a fronte della crescente crisi economica che li ha investiti (e li sta tuttora investendo), si sono cercate soluzioni che, pur senza gravare sulla tutela della salute, consentissero la sostenibilità del sistema sanitario. Pertanto, è difficile ormai trovare Nazioni nelle quali si adotti in modo puro uno dei modelli sopra brevemente definiti ma, sempre, si trovano Nazioni che adottano sì un modello base ma ne temperano gli elementi negativi con aspetti propri degli altri modelli sanitari.

Così, a seconda della evoluzione del modello di base e della sua applicazione a diverse realtà, il sistema basato sulle assicurazioni private ha subito correzioni nel senso che si è sentita l'esigenza (si veda quanto sta avvenendo in questi anni negli Stati Uniti) di creare forme assicurative sociali a carico della fiscalità generale e a favore della popolazione più svantaggiata, perché meno abbiente o affetta da malattie gravi e destinate a cronicizzare.

Il sistema dell'assicurazione sociale obbligatoria può presentare differenti modalità applicative pratiche: essere esteso o meno ai familiari del lavoratore; prevedere un

legame univoco tra lavoro svolto e Cassa cui versare i contributi o, al contrario, rendere competitivo il rapporto tra Casse consentendo ai lavoratori la scelta di aderire a una o all'altra in base a quanto essa offre; consentire o meno anche la presenza di sistemi assicurativi privati che, se presenti, possono avere funzione integrativa dell'assicurazione sociale o addirittura sostitutiva; prevedere una copertura a carico della fiscalità generale per i meno abbienti esclusi da ogni forma di assicurazione sociale.

Analogamente è a dirsi per i sistemi universalistici dove, accanto alla fiscalità generale, sono presenti anche contributi sociali di categoria, imposte di scopo gravanti sui salari, compartecipazioni alla spesa sanitaria nella forma dei cd. *tickets* sanitari, assicurazioni private rivolte ai redditi medio-alti.

Ponendo l'attenzione sui modelli di sistemi sanitari che sono maggiormente utilizzati, e provando a fornire qualche osservazione conclusiva, può affermarsi senza timore di smentita come non vi sia un modello preferibile agli altri e come non vi siano, ormai, Stati che ne adottano in assoluto uno piuttosto che un altro. E' evidente come il sistema tedesco e quello francese siano, di base, impostati sulle assicurazioni sociali e, al contrario, quello inglese e quello spagnolo siano impostati (così come avviene in Italia) su un modello universalistico; tuttavia, a causa degli aggiustamenti introdotti (ora per rendere il sistema maggiormente garantista, come avviene nei sistemi di stampo sociale; ora per meglio controllare la spesa, come avviene nei sistemi di stampo universalistico) i vari modelli tendono ad avvicinarsi sempre più, creando una particolare attrazione degli opposti che, spesso, sta apportando nuova linfa ai sistemi sanitari. E' per questa ragione che ritengo che le classificazioni dei sistemi sanitari in base alle modalità di finanziamento forniscano una identificazione "di massima", puramente indicativa, utile per un approccio teorico

ma non sufficiente a spiegare il complesso sistema posto a base della teorizzazione. Pur con questa precisazione di principio, può essere utile uno schema illustrativo inerente i sistemi sanitari utilizzati nel mondo<sup>3</sup>:

- modelli alla *Beveridge*, sostenuti dalla fiscalità generale: Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito;
- modelli alla *Bismark*, sostenuti dalle assicurazioni sociali obbligatorie: Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Polonia;
- modelli un tempo definiti come americani, sostenuti dalle assicurazioni private: Olanda, Stati Uniti, Svizzera.

Tutto ciò premesso, mi sembra non contestabile che ciò che contraddistingue l'approccio delle varie Nazioni alla gestione sanitaria non può essere definito in base a una definizione astratta del modello di sistema sanitario (o meglio, del modello di finanziamento delle spese sanitarie) prescelto ma deve essere individuato in considerazione di una pluralità di aspetti che, ai fini dell'indagine che stiamo conducendo, possono essere, a mio avviso, sintetizzati come di seguito:

1. il soggetto pubblico che gestisce il sistema;
2. l'esistenza di un medico che costituisca barriera all'accesso alle prestazioni sanitarie;
3. la presenza di strutture ospedaliere private e la rigidità del sistema di accesso al mercato delle prestazioni.

E', a mio avviso, l'intrecciarsi continuo di questi elementi che denota l'indirizzo strategico che ciascuno Stato persegue in ambito sanitario.

1. Relativamente al ruolo di governo, vi sono Stati in cui il governo del sistema è retto da un Organo centrale che svolge la sua funzione mediante uffici ministeriali (è il caso dell'Islanda e della Norvegia) o tramite Agenzie

3.

*Classificazione ripresa da Labate G., L'evoluzione dei modelli sanitari europei e le forme di assistenza sanitaria integrativa, Roma, Palazzo Rospigliosi, 6 novembre 2012.*

pubbliche (come avviene in Germania, Giappone, Gran Bretagna, Olanda); vi sono, poi, Stati nei quali la competenza in materia sanitaria è stata decentrata a organismi locali (è il caso dell'Australia, del Canada – dove il decentramento è molto spinto –, della Danimarca, della Francia, dell'Italia, della Nuova Zelanda, della Svezia, della Svizzera).

2. Quanto alla presenza di un medico presso cui registrarsi per un rapporto continuativo e che svolga la funzione di barriera all'accesso delle prestazioni sanitarie, la figura è del tutto assente in alcuni Paesi (ad esempio Austria, Canada, Islanda, Svizzera, Stati Uniti) mentre laddove è presente vi sono casi in cui funge da vero e proprio *gatekeeping* (è quanto avviene in Danimarca, Gran Bretagna, Italia, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Slovacchia – Paesi nei quali non è possibile accedere alla prestazioni sanitarie se non tramite un primo consulto con un medico a tale scopo preordinato) e altri in cui tale ruolo è più sfumato (esempi di questo tipo si riscontrano in Francia, Germania, Giappone, Svezia – benché ad esempio in Francia e Svezia siano previsti dei disincentivi economici per chi accede alle cure specialistiche senza un primo vaglio di un medico generalista); vi sono, infine, casi in cui il medico non è un medico fisso ma, comunque, prima di accedere a cure specialistiche è necessario ottenere un vaglio di ingresso da parte di un medico generalista (così avviene in Australia).

Si è detto che i modelli di sistema sanitario sono essenzialmente quattro: il modello concorrenziale; il modello delle assicurazioni private volontarie; il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria; il modello universalistico.

4.

**Comunicazione della Commissione sull'applicazione delle norme dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato alla compensazione concessa per la prestazione di servizi di interesse economico generale, pubblicata nella GUCE, 11 gennaio 2012, C-8/12.**

È possibile già in premessa circoscrivere l'indagine sui sistemi di affidamento solo ad alcuni di questi modelli sanitari? Ad avviso della Commissione europea così

potrebbe ritenersi. La Commissione, infatti, ha di recente pubblicato una comunicazione<sup>4</sup> nella quale, al paragrafo 2.1 (rubricato Assistenza sanitaria), distingue gli Stati membri in due categorie di base, la prima in cui "... *gli ospedali pubblici sono parte integrante di un servizio sanitario nazionale ...*", la seconda in cui "... *gli ospedali e gli altri fornitori di assistenza sanitaria offrono i loro servizi contro pagamento di un prezzo, sia direttamente dai pazienti o dalla loro assicurazione ...*". Ad avviso della Commissione, negli Stati membri nei quali è presente un servizio sanitario nazionale non si è in presenza di un mercato concorrenziale; negli altri Stati, invece, "... *vi è un certo grado di concorrenza tra ospedali relativamente alla prestazione di servizi sanitari ...*". Secondo questa affermazione, dunque, la differenziazione sarebbe da rinvenirsi in base al modello di sistema sanitario prescelto: se esso è un servizio sanitario nazionale non vi è mercato concorrenziale; se, invece, si è prescelto un modello in cui sono presenti le assicurazioni sociali si sarebbe in presenza di un mercato concorrenziale. Personalmente ritengo questa impostazione talmente *tranchant* e generalista da non poter essere condivisa; ritengo, cioè, che i criteri necessari per individuare la presenza o meno di un mercato concorrenziale non possano essere ricondotti al modello di sistema sanitario prescelto. D'altronde, anche la giurisprudenza richiamata dalla Commissione a supporto della propria tesi attiene a un periodo storico nel quale i modelli di finanziamento erano molto più netti rispetto a quanto avviene oggi, nel secondo decennio del ventunesimo secolo<sup>5</sup>. A mio avviso, cioè, non può escludersi a priori l'esistenza di un mercato concorrenziale (sia pure a livello di quasi-mercato) solo perché si è in presenza di un servizio sanitario nazionale. A dimostrazione di quanto finora affermato è sufficiente ribadire che l'affidamento dei servizi pubblici costituisce una modalità tramite la quale una Autorità consente lo svolgi-

mento di attività aventi rilievo pubblicistico a soggetti privati; al fine di identificare tali soggetti la normativa, comunitaria innanzitutto, prevede una serie di regole finalizzate ad evitare che la scelta del soggetto privato cui affidare il servizio sia sottratta a logiche personali e sia fatta, al contrario, con la duplice finalità di individuare il soggetto che consenta una spesa minore ma che offra una qualità elevata. Pertanto, a prescindere dal modello sanitario prescelto, a mio avviso, una questione circa l'affidamento dei servizi sanitari può porsi laddove ricorrano due requisiti:

- A. l'assenza di un mercato concorrenziale puro (*rectius*, la presenza di una qualche Autorità, centrale o periferica, che regolamenti e finanzia il sistema di cure);
- B. la presenza di soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie.

Ciò premesso, è di tutta evidenza che una questione sull'affidamento dei servizi sanitari non si ponga né qualora sia adottato il modello concorrenziale (che, peraltro, allo stato puro non è presente in nessuno degli Stati industrializzati) né qualora sia adottato il modello delle assicurazioni private volontarie. Benché tali modelli si distinguano sensibilmente tra loro, relativamente alle prestazioni sanitarie deve dirsi come in entrambi la regolamentazione da parte di un'Autorità pubblica sia o del tutto mancante (come avviene nel modello concorrenziale) o, comunque, sia posta a un livello superiore e antecedente rispetto a quello inerente la erogazione delle prestazioni (come avviene nel modello dell'assicurazione privata volontaria). Viceversa, sia nel modello delle assicurazioni sociali sia nel modello universalistico può astrattamente porsi un problema inerente l'affidamento dei servizi qualora ricorra il secondo dei requisiti sopra indicati; qualora cioè, non solo lo Stato abbia ritenuto di sottrarre il mercato sanitario dalla libera esplicazione della concorrenza ma le prestazioni sanitarie siano erogate anche da soggetti privati.

3. Per approfondire meglio tale aspetto inerente la presenza di strutture private all'interno del modello sanitario si deve riprendere l'esame del punto 3 contenuto nell'elenco numerato sopra illustrato. Come anticipato, per comprendere il funzionamento sanitario di uno Stato non è solo essenziale conoscere il modello di finanziamento, quanto anche altri aspetti: il soggetto pubblico che gestisce il sistema; l'esistenza di un medico che costituisca barriera all'accesso alle prestazioni sanitarie; la presenza di strutture ospedaliere private e la rigidità del sistema di accesso al mercato delle prestazioni. In merito ai primi due si è già detto mentre l'ultimo, concernendo esso aspetti inerenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte di strutture non pubbliche, sarà brevemente esaminato ora.

La presenza di strutture ospedaliere private (e, conseguentemente, le modalità di accesso al sistema della erogazione delle prestazioni affinché tali strutture siano in concreto inserite nel mercato sanitario) dipende da un ulteriore elemento di differenziazione tra i modelli sanitari, quello inerente la così detta integrazione o meno del modello sanitario prescelto. Laddove i modelli siano talmente integrati da non prevedere la possibilità di erogazione delle prestazioni da parte di soggetti privati non si porrà certamente un problema inerente l'affidamento dei servizi mentre tale problema si porrà laddove, al contrario, il modello preveda la presenza di soggetti privati<sup>6</sup>. In alcuni casi, erogatori delle prestazioni sono quasi esclusivamente strutture pubbliche o private *no profit* equiparate alle pubbliche (così avviene in Danimarca, in Gran Bretagna, in Islanda, in Olanda – dove è molto ampia la componente del *no profit* –, in Norvegia, in Svezia); in altri casi, vi è un misto di pubblico e privato *for profit* pur con una prevalenza degli ospedali pubblici (così avviene in Australia, Canada, Francia, Germania, Italia, Nuova Zelanda, Svizzera);

## 5.

*Poche sono le sentenze del Giudice comunitario richiamate nella Comunicazione: nella sentenza del Tribunale del 4 marzo 2003, T-319/99 (concernente il sistema sanitario spagnolo del 1999) la questione verteva su acquisti compiuti da ospedali pubblici; nella sentenza della CGCE del 16 novembre 1995, C-244/94 (concernente il sistema sanitario francese del 1994) la questione verteva sull'iscrizione facoltativa a una Cassa di malattia e previdenziale (analoghi erano gli oggetti delle altre cause richiamate: C-67/96, C-115,116,117/97 e C-219/97).*

in altri casi ancora, la componente privata *for profit* è predominante (ciò avviene prevalentemente in Belgio, Giappone e Stati Uniti).

In questi casi da ultimo citati lo Stato deve introdurre dei criteri atti a individuare le modalità per consentire alle strutture private di accedere alle prestazioni di servizi caratterizzate come erogazione di prestazioni sanitarie; lo strumento in tal senso prevalente è riscontrabile nell'istituto dell'accreditamento.

6.

*Tale aspetto prescinde, come già anticipato, dal modello di finanziamento sanitario adottato e risente in qualche modo della tendenza storica esistente nel Paese; per comprendere ciò può farsi l'esempio dell'Italia e della Gran Bretagna: trattasi di Stati che hanno adottato il modello di finanziamento definito universalistico; tuttavia, a causa dell'evoluzione storica precedente, mentre in Italia la presenza di strutture sanitarie private è elevata, in Gran Bretagna è praticamente assente.*

7.

*La distinzione è molto rilevante in quanto laddove, come ad esempio avviene in Australia, le strutture private, *for profit* o *no profit*, ricevono fondi quasi esclusivamente da privati in possesso di assicurazioni personali non si pone un problema di scelta come, ad esempio, avviene in Italia.*

### I programmi di accreditamento nell'esperienza internazionale

Un problema di affidamento dei servizi sanitari si pone solo laddove vi siano strutture private che interagiscono con quelle pubbliche nella erogazione delle prestazioni sanitarie per conto e a carico dei fondi pubblici<sup>7</sup>; nei casi in cui, cioè, così come avviene in Italia, le Autorità pubbliche acquistano prestazioni ospedaliere per i propri assistiti da strutture pubbliche e private. Il problema è, dunque, comprendere in base a quali regole talune strutture

private sono inserite nel sistema sanitario mentre per altre ciò non avviene.

Circoscrivendo l'indagine agli Stati membri dell'Unione europea, la regola generale (contenuta nell'allegato II B, voce 25, della Direttiva 2004/18) è nel senso che si debba provvedere non a una gara pubblica ma, comunque, a una selezione fatta nel rispetto dei principi generali del Trattato. Avviene questo negli Stati membri in cui le strutture private partecipano alla erogazione dei servizi sanitari?

A parte l'esperienza italiana dell'accreditamento, sistemi di competizione sono presenti in Ungheria<sup>8</sup> (dove dal 2009 il precedente modello è stato sostituito da un sistema in cui tra cinque e otto compagnie assicurative competono tra loro per ottenere quote di mercato) e in Romania<sup>9</sup> (dove si realizza una piccola competizione tra fornitori). Nelle altre Nazioni non risulta esistente un vero e proprio sistema di scelta delle strutture private; ciò non vuole significare che chiunque può realizzare strutture sanitarie ed erogare prestazioni, perché, al contrario, forme di controllo sia alla realizzazione delle strutture sia alla qualità delle prestazioni erogate esistono da tempo in molti Paesi. Lo strumento utilizzato per questo controllo è, solitamente, l'accreditamento che si distingue però dall'accreditamento istituzionale presente in Italia. Per comprendere questa affermazione è, a questo punto, utile compiere un esame dell'istituto dell'accreditamento, così come introdotto è utilizzato nei vari Stati: dall'esame emergerà, come si è anticipato, una profonda differenza tra l'esperienza italiana e quella vissuta su base internazionale<sup>10</sup>.

Da molti anni si è evidenziata, in particolare in ambito sanitario, la necessità di individuare strumenti adeguati per una valutazione oggettiva della qualità, ossia di quel dovere sempre più diffuso da parte dei fruitori e dei fornitori dei servizi di rendicontare ciò che si è fatto. Questa esigenza di valutazione degli *standard* organizzativi ha portato nel tempo al riconosci-

Sistemi di competizione sono presenti in Ungheria e in Romania. Nelle altre Nazioni non risulta esistente un vero e proprio sistema di scelta delle strutture private, ciò non vuole significare che chiunque può realizzare strutture sanitarie ed erogare prestazioni, perché esistono forme di controllo attive da tempo in molti Paesi come l'accreditamento che si distingue però dall'accreditamento istituzionale presente in Italia

mento di quattro modelli di programma: l'accreditamento; l'*Audit* (inteso in Sanità come attività di revisione della documentazione clinica); le norme ISO (ossia modelli impostati sulla qualità gestionale); l'EFQM (*European Foundation for Quality Management* per la promozione delle attività di eccellenza)<sup>11</sup>. Questi modelli, nel tempo, hanno subito una diversificazione e ciascuno di essi ha avuto una finalizzazione più marcata in un determinato settore. Così, ad esempio (tralasciando per un momento l'accreditamento), può dirsi che il modello dell'*Audit* è stato utilizzato in particolare per valutare la pratica clinica e professionale, le norme ISO hanno trovato maggiore sviluppo nella certificazione di qualità dei reparti, l'EFQM rappresenta una certificazione ulteriore introdotta in Europa sull'esempio del *Balridge Awards* statunitense. Dunque, i quattro strumenti non si sovrappongono tra loro ma sono preferibilmente diretti a una specifica attestazione. In questa ottica, lo strumento che ha ottenuto i maggiori consensi in ambito sanitario è stato senz'altro l'accreditamento. Mentre, infatti, gli altri modelli di valutazione degli *standard* qualitativi sono stati adottati in alcuni Paesi ma non in tutti (ad esempio, in Italia ha avuto un forte sviluppo il modello delle norme ISO), l'accreditamento è stato adottato, sia pure in modo differenziato, da quasi tutti i Paesi in cui il sistema sanitario ha raggiunto un grado di sviluppo avanzato. Un altro elemento generale che contraddistingue l'accreditamento dagli altri programmi di valutazione della qualità è quello della obbligatorietà; solo, infatti, per l'accreditamento, quasi dappertutto si è perso il carattere volontaristico che solitamente contraddistingue i sistemi di valutazione della qualità per assumerne un altro maggiormente imposto. La logica che i processi di accreditamento hanno assunto, come vedremo maggiormente nel dettaglio di qui a poco, è, infatti una logica ispirata a criteri di necessità al fine di poter erogare prestazioni sanitarie: una

logica *top down*, dunque, e non più *bottom up*<sup>12</sup>. Inoltre, mentre gli altri programmi di valutazione della qualità hanno solitamente ambiti circoscritti, l'accreditamento è stato utilizzato per assolvere, nelle varie esperienze, anche più funzioni<sup>13</sup>: quella di miglioramento continuo della qualità, quella di monitoraggio secondo *standard* nazionali, quella di selezione degli erogatori.

L'esperienza più antica è senz'altro quella statunitense, avente la funzione originaria di "... *standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali* ..." <sup>14</sup>. La commissione che attualmente compie la maggior parte degli accreditamenti sanitari è la *Joint Commission on Accreditation of Health Organization* (JCAHO)<sup>15</sup>, una organizzazione indipendente e *no profit* che accredita più di 15.000 strutture sanitarie all'anno, sia di natura ospedaliera sia *extraospedaliera*, valutando criteri quali il trattamento che ricevono i pazienti, l'organizzazione dei servizi, i risultati raggiunti, il miglioramento della qualità.

Negli anni successivi l'esperienza americana fu sviluppata anche in Canada e in Australia, per poi transitare in Europa pochi anni dopo.

In Canada già nel 1958 fu istituita la *Canadian Council on Hospital Accreditation* (CCHSA) come gemmazione della analoga associazione statunitense; nel 2008, poi, essa è confluita nella *Accreditation Canada*<sup>16</sup>, una organizzazione indipendente e *no profit* che gestisce l'accreditamento volontario delle organizzazioni sanitarie sia di natura ospedaliera sia *extraospedaliera*, valutando, come fa la analoga commissione statunitense, criteri quali il trattamento che ricevono i pazienti, l'organizzazione dei servizi, i risultati raggiunti, il miglioramento della qualità.

L'*Australian Council on Healthcare Standard* (ACHS)<sup>17</sup>, un ente espressione del mondo professionale ma nel cui direttivo sono presenti anche rappresentanti del Governo, è il principale organo che, in Australia, assolve al compito di ricono-

8.

**Sul sistema sanitario ungherese, vedi National Institute for Strategic Health Research, Hungarian health system scan, Budapest, 2007.**

9.

**Sul sistema sanitario romeno, vedi Vladescu C. et al., Health care systems in transition: Romania, in WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012.**

10.

**Sui sistemi internazionali di accreditamento vedi: Di Stanislao F., Panella M., Siliquini R., I modelli di accreditamento: esperienze internazionali, in Di Stanislao F., Liva C., (a cura di), L'accreditamento dei servizi sanitari in Italia, Torino, Centro Scientifico, 1998; Jorio E., L'accreditamento istituzionale e il ruolo del privato nell'organizzazione della salute, in Sanità Pubblica e Privata, 2/04, pp. 151-177; Agenas, Strategie e policies per la qualità in Europa, in Monitor, 9/04, pp. 54-57; Mosca M., Il sistema Qualità nel panorama sanitario italiano: l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, Tesi di dottorato, Napoli, 2008.**

11.

**In tal senso, vedi Shaw C.D., La valutazione esterna della qualità dei servizi clinici in Europa, in Giornale Italiano di Nefrologia, 2002, pp. S21-S27.**

12.

**In questo senso, vedi Shaw C.D., cit., p. S21.**

scere l'accreditamento sia per le strutture ospedaliere sia per quelle non ospedaliere; tuttavia, esistono altre Agenzie, anche private, che operano l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Quanto all'introduzione dei sistemi di accreditamento in Europa, la prima Nazione a utilizzare tale strumento è stata la Gran Bretagna. Ciò che ha caratterizzato per lungo tempo l'accreditamento del Regno Unito è stata la presenza di svariati programmi di accreditamento, tra i quali i principali erano l'*Health Quality Service (HQS)* e l'*Healthcare Accreditation Program (HAP)*, entrambe organizzazioni indipendenti ed espressione del mondo professionale. Benchè tali organizzazioni esistano tuttora, dal 2009 un ruolo fondamentale è stato assunto dalla *Care Quality Commission*<sup>18</sup> che agisce per conto del servizio sanitario inglese (NHS), delle

13.

In questo senso, vedi Mosca M., cit., p. 13.

14.

Secondo quanto riporta Scrivens E., *Accreditation. Protecting the Professional or the Consumer*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 1995, la prima affermazione in tale senso si fa risalire al 1917 quando l'associazione dei medici chirurghi nord americani (American College of Surgeon) presentò un programma definito "Minimum Standard for Hospital". La necessità di un controllo negli Stati Uniti era molto sentita probabilmente a causa della presenza di un numero ragguardevole di strutture private che erogavano, già allora, prestazioni sanitarie direttamente all'utenza pagante.

15.

Storia, funzionamento e obiettivi della JCAHO sono reperibili al sito internet <http://www.jointcommission.org>.

16.

Storia, funzionamento e obiettivi della Accreditation Canada, sono reperibili al sito internet <http://www.accreditation.ca>.

17.

Storia, funzionamento e obiettivi della ACHS sono reperibili al sito internet <http://www.achs.org.au>.

18.

Storia, funzionamento e obiettivi della Care Quality Commission sono reperibili al sito internet <http://www.cqc.org.uk>.

Autorità locali, del settore privato *for profit* e *no profit*; nella sostanza, tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie e sociali devono essere registrati dalla Commissione all'accesso ai servizi e poi essere valutati dalla Commissione stessa nel corso del loro esercizio; già da diversi anni, peraltro, la valutazione è compiuta in base al sistema denominato come *star rating*, consistente in una graduazione di punteggio espresso con delle stelle.

Altre esperienze sono state riprodotte in modo simile a quello della Gran Bretagna nel resto dell'Europa. Più in particolare, esistono specifici programmi di accreditamento nella maggioranza dei paesi dell'Unione europea; alcuni di essi sono già ampiamente sviluppati, altri sono in via di sviluppo. Una tabella comparativa può essere utile a fornire uno sguardo d'insieme sui programmi d'accreditamento esistenti e a fornire anche informazioni circa dove eventualmente reperire maggiori informazioni.

Non esistono, invece, programmi di accreditamento per le seguenti Nazioni: Austria, Cipro, Grecia, Estonia, Malta, Islanda, Slovenia, Norvegia, Romania, Svezia,

Svizzera. Ciò non significa che in questi Stati non vi è un controllo di qualità sul sistema di cure, ma solo che tali controlli sono svolti da Uffici governativi tramite ispezioni interne.

Un discorso a sé è necessario per la Spagna e il Portogallo. In Spagna la responsabilità per la cura della salute è attribuita alle diciassette Regioni autonome, per cui, sin dal 2002, esistono altrettanti programmi di qualità della salute; sette di tali Regioni hanno adottato un programma di accreditamento, i più importanti dei quali sono stati adottati dalla Catalogna e dalla Andalusia. Quanto al Portogallo, in questa Nazione è stato adottato sin dal 1999 il sistema di accreditamento tramite il supporto tecnico del Health Quality Service (HQS) della Gran Bretagna.

## Conclusioni

Dal percorso sino a ora compiuto possono trarsi alcune riflessioni sia sull'accreditamento in sé sia sulla differenza tra l'istituto dell'accreditamento esistente in Italia e quello adottato negli altri Paesi.

E' indubbio che le strutture sanitarie necessitano di programmi che ne valutino continuamente la qualità dei servizi erogati, verificchino il possesso di determinati requisiti di base affinché essi possano essere realizzati, attestino il possesso di requisiti avanzati perché possano erogare prestazioni, controllino il funzionamento delle stesse. Ciò è quanto avviene in tutti i Paesi industrializzati e, comunque con certezza, in quelli utilizzati come raffronto nelle pagine precedenti.

In alcuni Stati, inoltre, la realizzazione di strutture private è, altresì, subordinata a una verifica circa la effettiva necessità delle stesse, sia che esse vogliano erogare prestazioni affiancandosi a quelle pubbliche sia che esse vogliano erogare prestazioni direttamente nei confronti dei pazienti. Anche questo aspetto di limitazione all'accesso è proprio di molti Stati, in particolare di quelli nei quali esiste un servizio sanitario universalistico e, dunque,

il ricorso al mercato dovrebbe essere molto ridotto.

Non si riscontrano, tuttavia, esempi di programmi di verifica della qualità simili a quello implementato dagli anni '90 dello scorso secolo in poi in Italia. Non vi sono, cioè, nell'esperienza internazionale, programmi di accreditamento che costituiscono lo strumento concreto tramite il quale gli accreditati possano erogare prestazioni sanitarie. Anche le esperienze più simili, laddove cioè lo strumento dell'accREDITamento sia previsto come

obbligatorio (è il caso, solo per citare alcuni esempi, dell'Australia, del Belgio, della Regione spagnola della Catalogna), a essere obbligatoria è la verifica del sistema di qualità ma da essa non deriva la possibilità o meno di erogare prestazioni; inoltre, spesso, il programma di accREDITamento concerne singoli reparti, tipologie di ospedali o altri aspetti settoriali e non la struttura nel suo insieme; infine, quasi sempre, l'accREDITamento è previsto solo per le strutture private ma non per quelle pubbliche. Tutte queste ragioni fanno

TABELLA COMPARATIVA

NAZIONE	ENTE	ANNO AVVIO	SITO INTERNET <sup>19</sup>
Bulgaria	Accreditation of hospitals and diagnostic-consultative centers	2002	<a href="http://www.mh.government.bg">www.mh.government.bg</a>
Danimarca	The Danish Quality Model	2003	<a href="http://www.ikas.dk">www.ikas.dk</a>
Finlandia	Social and Health Quality Service (SHQS)	2004	<a href="http://www.qualisan.fi">www.qualisan.fi</a>
Francia	Haute Autorité de Santé (HAS)	1998	<a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Germania	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ-GmbH)	1996	<a href="http://www.ktq.de">www.ktq.de</a>
Lettonia	The Health Statistics and Medical Technologies State agency	1997	<a href="http://www.vsmatva.gov.lv">www.vsmatva.gov.lv</a>
Lituania	State Health Care Accreditation Agency	2008	<a href="http://www.sam.lt">www.sam.lt</a>
Lussemburgo	Autorisation d'exploitation des hôpitaux et de leurs services médicaux	1998	<a href="http://www.ms.public.lu">www.ms.public.lu</a>
Olanda	The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals (NIAZ)	1996	<a href="http://www.niaz.nl">www.niaz.nl</a>
Polonia	National Centre for Quality Assessment in Health Care (NCQA)	1994	<a href="http://www.handover.eu">www.handover.eu</a>
Repubblica Ceca	National accreditation program for inpatient healthcare organizations	1998	<a href="http://www.mzcr.cz">www.mzcr.cz</a>
Slovacchia	The Centre for Quality and Accreditation in Health Care	1993	<a href="http://www.health.gov.sk">www.health.gov.sk</a>
Ungheria	National Accreditation Council	1993	<a href="http://www.eum.hu">www.eum.hu</a>

19.

Laddove possibile il sito internet indicato è quello dell'Ente che gestisce il sistema di accreditamento; laddove l'Ente non possiede un indirizzo internet separato da quello ministeriale, il sito internet indicato è quello del Ministero che ha tra le proprie funzioni la tutela della salute.

20.

Reperibile al seguente indirizzo internet: [www.expert-caspe.demon.co.uk](http://www.expert-caspe.demon.co.uk).

21.

Reperibile al seguente indirizzo internet: [www.isqua.org.au](http://www.isqua.org.au).

22.

Reperibile al seguente indirizzo internet: <http://www.jointcommission.org>.

23.

C. Cost., 28 luglio 1995, n. 416.

Secondo la Corte Costituzionale italiana l'accreditamento "(...)" è una operazione da parte di una autorità o istituzione, con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione, altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie)(...)"

ritenere che il sistema dell'accreditamento così come sviluppato in Italia costituisca un istituto davvero peculiare; ancora più peculiare se si tiene conto che, peraltro, esso non si esaurisce in un sistema unico di accreditamento ma si compone di venti programmi, quante sono le Regioni; a differenza di quanto avviene in Spagna, però, tutte le Regioni devono necessariamente attuare l'accreditamento così come imposto normativamente, potendosi circoscrivere l'ampio ambito discrezionale a esse attribuito alle modalità attuative. Che l'accreditamento così come introdotto in Italia costituisca un *unicum* è dimostrabile anche dalla definizione stessa di accreditamento. Quelle più diffuse in ambito internazionale sono tutte molto simili tra loro e si differenziano grandemente da quella inerente il modello di accreditamento adottato in Italia.

Secondo l'*External Peer Review Techniques*, l'accreditamento è un "... processo con il quale un soggetto abilitato valuta un individuo, una organizzazione, un programma, o un gruppo, e ne attesta la corrispondenza

*rispetto a requisiti quali standard o criteri ..."*<sup>20</sup>. Secondo l'*International Society for Quality in Health Care*, l'accreditamento è un "... processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario ..." <sup>21</sup>.

Secondo la *Joint Commission on Accreditation of Health Organization*, l'accreditamento è un "... processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda o meno ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria ..." <sup>22</sup>.

Secondo la Corte Costituzionale italiana, invece, l'accreditamento "... è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione, altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie) ..." <sup>23</sup>.

E' per questa ragione che, già in origine, al termine "accreditamento" il Legislatore italiano ha aggiunto l'aggettivo "istituzionale", per differenziarlo dall'accreditamento cd. di eccellenza che persegue finalità simili (come si desume dalle definizioni poco sopra riportate) ma non del tutto coincidenti con quelle perseguite in Italia. Accredimento, dunque, non come strumento volontario (o anche obbligatorio) di verifica della struttura, delle procedure e dei risultati conseguiti, ma come strumento di regolazione all'accesso al mercato sanitario.

# La nomina della commissione giudicatrice nelle concessioni di servizi

Con la recente sentenza n. 7 del 7.05.13 l'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato ha affrontato il tema della disciplina riservata alle concessioni di servizi dal Codice dei Contratti Pubblici, distinguendo tra principi e disposizioni ad esse applicabili, con particolare riferimento all'applicabilità, alle concessioni, delle disposizioni sul procedimento di nomina della Commissione giudicatrice di cui all'art. 84, commi 4 e 10, del Codice.

Ha tal fine il Consiglio di Stato ha osservato che nell'ordinamento comunitario il tratto distintivo della concessione viene individuato nelle modalità di remunerazione del soggetto affidatario e nella attribuzione o meno in capo al soggetto stesso del rischio economico connesso alla gestione economico-funzionale dell'opera o del servizio.

La concessione di servizi, infatti, viene definita dalla direttiva 2004/18/CE, nonché dal Codice dei contratti pubblici (art. 3, comma 12) come *"il contratto che presenta le stesse caratteristiche di un appalto pubblico di servizi, ad eccezione del fatto che il corrispettivo della fornitura di servizi consiste unicamente nel diritto di gestire i servizi o in tale diritto accompagnato da un prezzo"*. In particolare, l'art. 30 del medesimo Codice al comma 2 afferma che nella concessione di servizi la controprestazione a favore del concessionario consiste unicamente nel diritto di gestire funzionalmente e di sfruttare economicamente il servizio.

La distinzione attiene alla struttura del rapporto, che nell'appalto di servizi intercorre tra due soggetti (la prestazione è a favore dell'amministrazione), mentre nella concessione di servizi pubblici intercorre tra tre soggetti, nel senso che la prestazione è diretta al pubblico o agli utenti.

Sebbene le direttive appalti abbiano tendenzialmente escluso dal proprio ambito di applicazione le concessioni di servizi, l'affidamento delle stesse, secondo la giurisprudenza comunitaria e nazionale, non può essere sottratto ai principi espressi dal Trattato in tema di concorrenza.

Ciò è codificato nell'articolo 30, comma 3, il quale, unitamente alla definizione dell'istituto stesso (al comma 2), recepisce gli orientamenti espressi dalla Comunicazione interpretativa della Commissione sulle concessioni nel diritto comunitario del 12 aprile 2000 (in GUCE C-121 del 29 aprile 2000) nonché, nell'ordinamento interno, dalle circolari della Presidenza del Consiglio dei Ministri n.3944 del 1 marzo 2002 e n.8756 del 6 giugno 2002 (rispettivamente in GURI n.102 del 3 maggio 2002 e n.178 del 31 luglio 2002).

Sulla base di quanto prevede il primo comma del menzionato articolo 30 *"Salvo quanto disposto nel presente articolo, le disposizioni del codice non si applicano alle concessioni di servizi"*.

A tal fine occorre chiedersi: che differenza c'è tra principi e disposizioni comunitarie certamente applicabili anche alle concessioni di servizi e le disposizioni del codice, viceversa espressamente escluse dal campo di applicazione?

Per effettuare in modo compiuto tale distinzione tra principi generali e disposizioni, si deve rilevare, osserva il Consiglio di Stato, che i principi non sono soltanto quelli che il codice definisce, di massima nelle sue parti iniziali (v. in specie l'art. 2), come principi generali di una data materia, nel senso di superprincipi o valori o finalità teleologiche del sistema.

Come è infatti noto, l'aspetto rilevante di

**Michele Lo Squadro**  
Avvocato Amministrativista

un codice, anche nel senso ristretto della nuova codificazione moderna secondo codici di settore, è la sua aspirazione ad essere un "sistema"; il sistema consente di spostare l'attenzione anche su principi, che rendono possibile la comprensione delle singole parti connettendole al tutto e che, finalmente, rendono intellegibile il disegno armonico, organico ed unitario sotteso rispetto alla frammentarietà delle parti.

I principi generali di un settore esprimono valori e criteri di valutazione immanenti all'ordine giuridico, e sono caratterizzati da una eccedenza di contenuto deontologico in confronto con le singole norme, anche ricostruite nel loro sistema, con la conseguenza che essi, quali criteri di valutazione che costituiscono il fondamento giuridico della disciplina considerata, hanno anche una funzione genetica ("nomogenetica") rispetto alle singole norme.

Sotto tale profilo, sulla base di quanto dispone l'art. 30, non potrebbe sostenersi l'applicabilità di tutte le disposizioni del codice, in quanto tutte le norme di detta-

glio costituiscono una più o meno immediata applicazione di principi generali.

E' evidente, tuttavia, che i principi generali comunitari o di rilievo nazionale, secondo gli articoli 2 e 30 del codice dei contratti pubblici, abbisognano anche di declinazioni in disposizioni specifiche legislative, che trovano la propria *ratio* immediata nei medesimi principi, sia pure calati rispetto ad esigenze più particolari e che a loro volta si caratterizzano, questo è il punto centrale, per essere tradizionalmente considerati principi generali della specifica materia (nella specie, dei contratti pubblici).

Secondo il terzo comma dell'art. 30, la scelta del concessionario deve avvenire nel rispetto dei principi desumibili dal Trattato e dei principi generali relativi ai contratti pubblici e, in particolare, dei principi di trasparenza, adeguata pubblicità, non discriminazione, parità di trattamento, mutuo riconoscimento, proporzionalità, previa gara informale a cui sono invitati almeno cinque concorrenti, se sussistono in tale numero soggetti qualificati in relazione all'oggetto della concessione, e con predefinizione dei criteri selettivi.

Sulla base di tali principi, è pacifico, per esempio, che la scelta del concessionario debba essere conseguente ad una procedura competitiva e concorrenziale ispirata ai principi dettati dal Trattato istitutivo.

L'art. 2 comma 1 del codice prevede che l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture deve garantire la qualità delle prestazioni e svolgersi nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza; l'affidamento deve altresì rispettare i principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, proporzionalità, nonché quello di pubblicità con le modalità indicate nello stesso codice.

Inoltre nella interpretazione della giurisprudenza comunitaria la normativa di principio di derivazione comunitaria trova applicazione non limitatamente agli appalti di lavori, servizi e forniture ma presenta una

l'art. 84, comma 4, del Codice prevede che i commissari diversi dal Presidente non devono aver svolto né possono svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta, mentre il decimo comma prevede che la nomina dei commissari e la costituzione della commissione devono avvenire dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte

valenza pressoché generalizzata nel settore dei contratti pubblici.

Ebbene, l'art. 84, comma 4, del Codice prevede che i commissari diversi dal Presidente non devono aver svolto né possono svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta, mentre il decimo comma prevede che la nomina dei commissari e la costituzione della commissione devono avvenire dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte.

L'articolo 30, come detto, stabilisce che alle concessioni di servizi, salvo quanto disposto dallo stesso articolo, non si applicano le disposizioni del codice.

Il problema consiste nel verificare se tali regole siano in qualche modo corrispondenti o almeno riconducibili a taluno dei principi comunitari o nazionali o espressione di principi generali e quindi da ritenere applicabili e da applicare anche nella specie.

La previsione di legge di cui al comma 4, è destinata a prevenire il pericolo concreto di possibili effetti disfunzionali derivanti dalla partecipazione alle commissioni giudicatrici di soggetti (progettisti, dirigenti che abbiano emanato atti del procedimento di gara e così via) che siano intervenuti a diverso titolo nella procedura concorsuale.

Tale regola mira ad impedire la partecipazione alla Commissione di soggetti che, nell'interesse proprio o in quello privato di alcuna delle imprese concorrenti, abbiano assunto o possano avere assunto compiti di progettazione, di esecuzione o di direzione di lavori oggetto della procedura di gara e ciò a tutela del diritto delle parti del procedimento ad una decisione amministrativa adottata da un organo terzo ed imparziale. Tale motivo di incompatibilità riguarda soltanto i commissari diversi dal presidente. La *ratio* consiste nella volontà di conservare, almeno in parte, la distinzione tra i soggetti che hanno definito i contenuti e le regole della procedura e quelli che ne fanno applicazione nella fase di valutazione

delle offerte.

L'interesse pubblico rilevante diventa quindi non tanto e non solo quello della imparzialità, cui è in ogni caso riconducibile, (anche se la deroga per il presidente ne costituisce evidente attenuazione), ma anche la volontà di assicurare che la valutazione sia il più possibile "oggettiva" e cioè non "influenzata" dalle scelte che la hanno preceduta, se non per ciò che è stato dedotto formalmente negli atti di gara.

A sua volta la regola della posteriorità della nomina della commissione rispetto alla scadenza del termine di presentazione delle offerte risponde alla convinzione diffusa che tale vincolo temporale sia posto a presidio della trasparenza (intesa in senso più lato rispetto al senso della generale accessibilità alla attività amministrativa) e della imparzialità della procedura, tanto che l'orientamento più rigoroso ne fa discendere dalla inosservanza la invalidità (per annullabilità) degli atti successivi alla nomina (tra tante, Cons. Stato, V, 29 aprile 2009, n.2738).

la posticipazione della nomina dovrebbe evitare situazioni in cui le offerte siano influenzate dalle preferenze, anche solo presunte o supposte, dei commissari, o da loro suggerimenti e che vi possano essere tentativi di collusione o anche solo di contatti con imprese "amiche". Tale regola è espressione di un principio generale inerente il corretto funzionamento delle procedure selettive di scelta dell'affidatario

In pratica, la posticipazione della nomina dovrebbe evitare situazioni in cui le offerte siano influenzate dalle preferenze, anche solo presunte o supposte, dei commissari, o da loro suggerimenti e che vi possano essere tentativi di collusione o anche solo di contatti con imprese "amiche".

Tale regola è dunque espressione di un principio generale della materia dei contratti pubblici, inerente il corretto funzionamento delle procedure selettive di scelta dell'affidatario.

Il principio generale nel quale sussumere le disposizioni interessate è quello della trasparenza e imparzialità, a maggior ragione considerando che l'articolo 2 al comma 3 prevede che debbano essere rispettate – *"Per quanto non espressamente previsto nel presente codice, le procedure di affidamento e le altre attività amministrative si espletano nel rispetto delle disposizioni sul procedimento amministrativo..."* – anche le disposizioni sul procedimento amministrativo di cui alla legge 7 agosto 1990, n.241, a sua volta contenente all'art. 1 i principi generali dell'azione amministrativa (art.1 Principi generali dell'attività amministrativa *"L'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza secondo le modalità previste dalla presente legge e dalle altre disposizioni che disciplinano singoli procedimenti, nonché dai principi dell'ordinamento comunitario"*).

Pertanto, affermano i Giudici del Consiglio di Stato, l'imparzialità, sicuramente principio generale, non richiamato espressamente dall'articolo 2 del codice contratti pubblici, ma richiamato a mezzo del rinvio alla legge n.241 del 1990, deve ritenersi vincolante, unitamente alla sua declinazione immediata (lo stesso principio di imparzialità è invece compreso nei principi enunciati dall'articolo 27 del codice, tra i principi relativi ai contratti esclusi).

A tal fine rileva che l'art. 30 si inserisce nell'ottica di una progressiva assimilazione delle concessioni agli appalti, con l'obietti-

vo, di matrice europea, di vincolare i soggetti aggiudicatori a rispettare anche nelle procedure di affidamento delle prime i principi dell'evidenza pubblica comunitaria, tra i quali i canoni di trasparenza invalsi nelle seconde attraverso una procedura tipica di gara, nella quale si impone l'esigenza che il confronto competitivo sia effettivo e leale, pena altrimenti la vanificazione delle finalità stesse del procedimento selettivo di stampo concorsuale.

Stante la tendenziale assimilazione delle diverse fattispecie, almeno sotto il profilo del procedimento di scelta dell'altro contraente, dal punto di vista sistematico, il mancato rinvio da parte della legge di gara non può quindi ritenersi decisivo al fine di escludere l'operatività di precetti che dovessero ritenersi, proprio per la loro natura di derivazione diretta da principi generali, norme imperative, espressive di principi generali e consolidati della materia e quindi come tali, in grado di integrare e sovrapporsi alla *lex specialis*.

Deve ritenersi, conclude il Consiglio di Stato, che le regole, quali quelle contenute nell'art. 84 sui "tempi" della formazione e sulla "regolare composizione" di un organo amministrativo (tali regole aventi natura sostanziale e non ogni diversa disposizione procedurale) siano un predicato dei principi di trasparenza e di imparzialità, per cui le disposizioni di cui ai commi 4 e 10 devono ritenersi espressione di principio generale del codice e, pertanto, applicabile, ai sensi dello stesso articolo 30, anche alle concessioni di servizi pubblici.

Infatti, se pure è vero che l'art. 30 del decreto legislativo n. 163 del 2006, nell'individuare il regime giuridico delle assegnazioni delle concessioni di servizi, disegna un sistema particolare, rendendolo in gran parte libero e comunque avulso dalle disposizioni che regolano i contratti di appalto, lo stesso non si pone contro i principi generali che regolano i procedimenti di affidamento dei servizi pubblici, per cui sia che si tratti di appalto che di concessioni, i principi generali che regolano il modo

di essere delle pubbliche amministrazioni sono i medesimi.

La regola per cui la nomina della commissione giudicatrice deve avere luogo dopo che è spirato il termine per la presentazione delle offerte tende (almeno astrattamente) ad evitare che vi possano essere, con la preventiva conoscenza dei nominativi dei commissari, inaccettabili contatti e collusioni dei candidati con gli stessi commissari, per cui la medesima regola assurge a preventiva salvaguardia della regolarità del procedimento e non può essere considerata come una privativa degli appalti, non essendovi alcuna differenza in ordine all'esame delle offerte con la concessione; anzi, la concessione di servizi, per la maggiore informalità del suo procedimento, presenta, se si vuole, aspetti ancora più evidenti di mancanza di garanzie procedurali.

Da ciò la considerazione in ordine al fatto che, al di là di una specifica normativa che ricomprenda anche le concessioni di servizi nell'ambito della regolamentazione degli appalti, l'art. 30 del decreto legislativo n. 163 del 2006, pur derogando, relativamente alle concessioni di servizi, alle altre disposizioni del medesimo provvedimento, non tocchi di quel medesimo provvedimento quelli che possono individuarsi come principi generali di un giusto procedimento, e tra essi vi è quello della nomina della commissione dopo che è scaduto il termine per la presentazione delle offerte (cfr. Consiglio di Stato, Sez. V, 23 maggio 2011, n. 3086).

D'altronde, anche se è indiscutibile che non ogni disposizione di cui all'art. 84 del d.lgs. n. 163/2006 trovi applicazione a procedure di concessione (mentre l'intero articolo è espressamente richiamato dall'art. 206 del codice dei contratti), ugualmente pacifico è che il complesso disposto dell'art. 84 in plurime parti è il precipitato di principi generali di evidenza pubblica, come tali validi anche nelle procedure di cui all'art. 30 del d.lgs. n. 163/2006 (cfr. TAR Piemonte n. 738/12).

Tanto vale sia per la composizione dispa-

ri della commissione, sia per la preferenza per i commissari interni all'amministrazione (che non garantiscono solo un risparmio economico e procedimentale, ma anche una fisiologica e strutturale terzietà propria della pubblica amministrazione nel suo complesso), sia ancora per modalità quantomeno comparative di scelta dei commissari esterni.

Sul tema lo stesso Consiglio di Stato, Sez. V, 25.7.2011, n. 4450 ha osservato che: *"deve innanzitutto rilevarsi che le disposizioni contenute nel citato articolo 84 del D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, sono espressione di un principio di carattere generale riguardante tutte le gare di appalto di lavori, servizi e forniture, tese a dare concreta attuazione ai principi di imparzialità e buona amministrazione predicati all'articolo 97 della Costituzione: in particolare, esse si sforzano di conciliare i principi di economicità, di semplificazione e di snellimento dell'azione amministrativa con quelli di trasparenza, efficacia ed adeguatezza, obiettivizzando, per quanto possibile, la scelta dei componenti delle commissioni cui è demandata l'individuazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa e così sottraendola a possibili elementi di eccessiva discrezionalità o di arbitrio dell'amministrazione aggiudicatrice che possano pregiudicarne proprio la trasparenza e l'imparzialità. Né può sostenersi che l'applicabilità di tali disposizioni sarebbe esclusa in concreto dal fatto che la gara di cui si tratta riguarda un contratto dei c.d. settori speciali, atteso che l'articolo 206 del ricordato decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, dichiara espressamente applicabili anche per tali contratti alcuni articoli del codice dei contratti, tra cui proprio l'articolo 84; né vale ad escludere l'applicabilità di tale normativa la circostanza che nel caso di specie non si verterebbe in tema di appalto di lavori, servizi e forniture, ma di una concessione di pubblico servizio, giacché nelle delibere di indizione gara e nella stessa determina di nomina della commissione si fa più volte richiamo al citato esame"*.

# Digitalizzazione: fusioni e scissioni possono essere pubblicate anche sul sito aziendale

**Nina Preite**  
Digital & Law Department  
Studio Legale Lisi

La digitalizzazione coinvolge aspetti sempre più numerosi nella gestione di aziende pubbliche e private e il sito web sta assumendo, nello specifico, un peso via via crescente come strumento di comunicazione delle attività aziendali a cui è necessario dare evidenza pubblica. A tal proposito il Decreto Legislativo n. 123 del 2012, emanato in recepimento della direttiva 2009/109/CE, ha stabilito che in caso di fusioni e scissioni societarie si può ottemperare all'obbligo di pubblicità legale della documentazione relativa a queste operazioni sul sito web aziendale, in alternativa al Registro imprese, dando comunque alla pubblicazione efficacia giuridica<sup>1</sup>.

La pubblicazione sul sito dei progetti di fusione e di scissione può comunque avvenire solo nei casi in cui vengano soddisfatte le garanzie di sicurezza del sito web e di autenticità dei documenti.

Le disposizioni della Direttiva si iscrivono nella generale intenzione di ridurre i costi a carico delle società, aumentandone la competitività, e semplificare gli oneri amministrativi a cui esse sono sottoposte. Di fatto alcuni problemi rimangono però insoluti: come garantire gli effetti di pubblicità legale rispettando i requisiti di sicurezza e autenticità dei documenti pubblicati? Come assicurare certezza della data di pubblicazione, dal momento che il Decreto non contiene un chiaro riferimento alle regole tecniche da seguire per rendere i dati pubblicati sicuri e certi nel tempo?

A questo proposito appare opportuno fare riferimento alla normativa vigente in materia di pubblicità legale per i siti web delle PA, che definisce i principi generali per la pubblicazione dei documenti aventi effetto di pubblicità legale. È inevitabile,

al riguardo, porre in evidenza che i siti web aziendali non possono essere paragonati ai siti web istituzionali, in quanto non hanno l'obbligo di rispettare gli stessi requisiti tecnici previsti dalla normativa in materia di accessibilità, non sono censiti e, quindi, non sono resi pubblici nel registro delle imprese al momento dell'iscrizione. In particolare, nonostante un generico riferimento alla sicurezza, autenticità e certezza dei documenti pubblicati, non è chiaro se le stesse caratteristiche debbano essere garantite anche dal sito Internet in cui questi documenti vengono resi pubblici, in considerazione pure del fatto che con l'entrata in vigore di questo decreto legislativo il sito non è più soltanto un canale di informazione, che prevede la divulgazione di dati relativi alla società in forma facoltativa (e solo in pochissimi casi obbligatoria), ma diventa il luogo privilegiato attraverso il quale rendere pubblici ai soci e ai terzi interessati le copie informatiche dei documenti depositati presso la sede sociale o il registro imprese, documenti che qualora disponibili sul sito e scaricabili con download non dovranno essere trasmessi per altre vie.

Di caratteristiche dei siti si occupa pure il CAD che, all'art.53, ne contempla sinteticamente le principali: accessibilità, elevata usabilità, reperibilità, completezza di informazioni, chiarezza del linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità ed interoperabilità.

Le suddette dovrebbero essere estese anche ai siti web aziendali al fine di rendere il sito stesso il canale privilegiato per la pubblicazione di documenti aventi effetto di pubblicità legale.

Difatti utilizzare la pubblicazione sul sito

con il conseguente decorrere dei termini di legge presuppone l'obbligo di rendere sicuri e certi non solo i documenti pubblicati, ma anche il sito stesso, che deve garantire accessibilità e usabilità. Tale necessaria accessibilità andrebbe intesa sia secondo quanto previsto dalla Legge Stanca (Legge 4/2004), che definisce applicativi specifici per l'accesso ai documenti da parte dei diversamente abili, sia nell'utilizzo di determinati contenuti e formati, portando così il valore probatorio dei documenti informatici pubblicati allo stesso livello di quelli cartacei depositati presso il Registro delle imprese.

È utile ricordare che il procedimento di pubblicazione dei documenti informatici costituisce un processo indipendente rispetto alla loro formazione, in quanto la pubblicità legale connessa a questi documenti deve garantire autenticità, validità giuridica e inalterabilità, preservazione del valore giuridico e probatorio e conservazione nel tempo dei documenti pubblicati<sup>2--</sup>, analogamente a quanto previsto per le pubblicazioni istituzionali sull'Albo Pretorio on-line. Diventa pertanto emblematica anche un'altra figura, obbligatoria per i siti web istituzionali, ma non ancora per quelli aziendali: il Responsabile del procedimento di pubblicazione che assume la responsabilità non solo dei contenuti del sito, ma anche e soprattutto si accerta dei tempi stabiliti dalla legge per i documenti messi in pubblicazione, verificando formati e modalità anche secondo quanto previsto dal provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 24 giugno 2010, in base al quale le informazioni pubblicate devono garantire integrità e utilizzo di procedu-

re tali da non permetterne la modifica. I documenti, quindi, devono essere disponibili in formati aperti, accessibili e firmati digitalmente per assicurare paternità e autenticità al documento (che dovrà, quindi, avere l'estensione .p7m, l'unica in grado di supportare la firma digitale di chi ha generato il documento), e dovrà essere associata al documento pubblicato anche una marca temporale, al fine di verificarne la data di creazione. Si dovrà prestare attenzione, inoltre, alla data di pubblicazione, come unico dato in grado di attivare, in termini di decorrenza con effetto legale, il procedimento che il documento stesso presuppone<sup>3</sup>.

Anche il nuovo Dlgs 123/2012 sottolinea come presupposti necessari la sicurez-

1.

*Dlgs 123/2012, art.1, comma 1, lettera a), che modifica l'art.2501-ter c.c.*

2.

*Circolare del Ministero degli Interni n.13 del 21 Aprile 2011*

3.

*Linee guida per i siti web della PA – Vademecum – Modalità di pubblicazione dei documenti nell'Albo on-line (versione 2011).*

Una figura, obbligatoria per i siti web istituzionali, ma non ancora per quelli aziendali è il Responsabile del procedimento di pubblicazione che assume la responsabilità non solo dei contenuti del sito, ma anche e soprattutto si accerta dei tempi stabiliti dalla legge per i documenti messi in pubblicazione, verificando formati e modalità anche secondo quanto previsto dal provvedimento del Garante

za del sito, l'autenticità del documento e la certezza della data di pubblicazione - quest'ultima diventa fondamentale per il decorrere dei trenta giorni dai quali dipende la decisione dei soci in ordine alla fusione o scissione - senza rimandare a precise regole tecniche e procedurali che stabiliscano in che modo garantire questi requisiti.

L'obiettivo di sollevare le imprese da tutti gli oneri connessi agli obblighi di pubblicazione è sicuramente un obiettivo virtuoso da perseguire all'interno di un processo di semplificazione amministrativa, ma senza regole precise sulle modalità tecniche con le quali raggiungere risultati giuridicamente rilevanti, si rischia di avere ripercussioni negative sugli effetti legali e comunicativi che un sito avente queste funzioni dovrebbe provocare.

Per quanto riguarda i siti web istituzionali abbiamo ormai un minimo di basi normative a supporto degli obblighi che una PA deve rispettare per pubblicare nella sezione "Albo on-line" i documenti aventi effetto di pubblicità legale (si ricordano in proposito le Linee Guida per i siti web della PA, Vademecum sulle modalità di pubblicazione dell'albo on-line, sviluppate da DigitPA nel 2011).

Inoltre, di recente, il Decreto Trasparenza

(D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33) ha aggiornato e ordinato la materia relativa alla PA, definendo ulteriori obblighi di pubblicazione per le Pubbliche Amministrazioni nel rispetto del principio alla trasparenza "come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche". Gli obblighi sanciti da questo decreto impongono alle PPAA di rendere pubbliche e "trasparenti" molte informazioni concernenti il loro operato.

Nessuna norma attualmente impone di osservare le stesse disposizioni per i siti aziendali, ma sarebbe auspicabile che questi stessi concetti venissero ad essi estesi, con le dovute proporzioni.

Si spera, inoltre, che in un tempo molto prossimo vengano emanate delle specifiche regole tecniche che dettino le modalità di pubblicazione per l'Albo on-line della PA, regole che potrebbero essere estese anche ai siti aziendali o fornire comunque degli spunti, pur trattando tipologie di documenti diversi ma che necessitano in entrambi i casi di pubblicità legale. A tal proposito A.N.O.R.C. (Associazione Nazionale per Operatori e Responsabili della Conservazione digitale) ha prodotto nel 2010 una proposta di D.P.C.M. - frutto dello studio di un gruppo di lavoro interno appositamente istituito - sulle regole tecniche per l'Albo on-line, in cui vengono proposte delle procedure e delle modalità da rispettare nella pubblicazione di documenti aventi effetto di pubblicità legale<sup>4</sup>.

Resta da augurarsi, quindi, non solo che la normativa sui siti web della PA venga completata quanto prima dalle regole tecniche ma anche che i siti aziendali si omologhino sempre di più a quelli delle pubbliche amministrazioni, abbandonando la natura di siti vetrina per diventare canali comunicativi che ottemperano alle esigenze di accessibilità, trasparenza, privacy e qualità

## 4.

Documento acquisibile sul sito di ANORC - [www.anorc.it](http://www.anorc.it/documenti/AOL%20-%20DPCM%20bozza%201.0%2020%20dicembre%202010%20FINALE.PDF-A-1a.pdf) alla pagina <http://www.anorc.it/documenti/AOL%20-%20DPCM%20bozza%201.0%2020%20dicembre%202010%20FINALE.PDF-A-1a.pdf>

il Decreto Trasparenza (D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33) ha aggiornato e ordinato la materia relativa alla PA, definendo ulteriori obblighi di pubblicazione per le Pubbliche Amministrazioni nel rispetto del principio alla trasparenza. Le PA dovranno ora rendere pubbliche e "trasparenti" molte informazioni concernenti il loro operato

## Medtronic: Nuovi Neurostimolatori, per la terapia del dolore, schermati per risonanze Full Body

Fabio Grisoni, Business Manager-Neuromodulation e Simone Salazzari, Marketing Manager, di Medtronic Italia, ci spiegano le caratteristiche di questo nuovo dispositivo medico.

Si apre una nuova stagione per i pazienti affetti da dolore cronico che decidono di far ricorso ai dispositivi medici impiantabili. La Medtronic, ha presentato in questi giorni, la nuova generazione di neurostimolatori ed elettrocatereteri SureAcan che permettono, ai soggetti sottoposti a questo tipo di terapia impiantabile, di ampliare l'accesso alla diagnostica per immagini, in particolare agli esami di Risonanza Magnetica. Fino ad ora, i portatori di sistemi impiantabili, per la cura del dolore, dovevano accettare il grosso limite che, nel caso si fossero trovati nella condizione di doversi sottoporre ad una risonanza magnetica, per effettuare degli accertamenti diagnostici spesso correlati alla loro patologia avrebbero dovuto prima espianare il neuro stimolatore, per poi reimpiantarli. I due passaggi, obbligatori, venivano fatti con intervento chirurgico, per non incorrere in potenziali rischi per il paziente e danni al dispositivo generati dall'azione dei campi magnetici. Fabio Grisoni, Business Manager- Neuromodulation-

Medtronic Italia, ci ha spiegato le caratteristiche specifiche di questo dispositivo medico innovativo:

"Medtronic, dopo una lunga ricerca, è oggi in grado di offrire ai malati affetti di dolore cronico, un nuovo device, capace delle stesse performance di quello già presente sul mercato, ma con in più una schermatura e degli accorgimenti innovativi di natura tecnologia, all'interno dello stimolatore, che rendono possibile la diagnostica per immagini sotto determinate condizioni di settaggio dell'esame, con macchine fino a 1,5 Tesla di campo magnetico statico quando il dispositivo è impiantato. Il portatore di questi device riceve delle istruzioni ed un sistema di programmazione, fatto esclusivamente per lui, che lo mettono in condizione, nel momento che dovesse essere sottoposto a risonanza magnetica, di informare il radiologo, in maniera autonoma, della propria condizione d'impianto e di fornirgli, attraverso il programmatore che comunica con lo stimolatore, tutte le informazioni

per procedere in sicurezza, all'esame diagnostico".

Un prodotto questo, veramente innovativo, frutto del nuovo trend della ricerca che si sta ormai orientando verso sistemi impiantabili attivi, per la neuromodulazione, più sicuri per il paziente e meno invasivi per la sua vita clinica. La nuova tendenza pone infatti l'attenzione a minimizzare le interazioni dei dispositivi medici impiantabili con le altre prescrizioni di cui i pazienti hanno bisogno, tenendo conto che si stima che circa il 70% dei soggetti sottoposti a terapia di neurostimolazione midollare avranno bisogno di sottoporsi a una risonanza magnetica. Oggi grazie a questo nuovo neurostimolatore si può procedere con la risonanza magnetica full-body alle condizioni approvate senza alcuna controindicazione.

**Cosa cambia per il paziente portatore del nuovo dispositivo?**

Nulla, dal punto di vista terapeutico. Questa piattaforma è stata applicata a tutti gli stimolatori di ultima gene-

**Enza Colagrosso**  
Caporedattore di Teme



razione, ma non è orientata, lo ribadisco, ad un miglioramento delle performance della terapia del dolore, ma semplicemente a rendere assolutamente libero il portatore di accedere a qualsiasi forma di diagnostica per immagini utile al protocollo di cura della patologia che lo caratterizzano. Libertà di accertamenti significa altresì che il paziente vittima, ad esempio, di un malore improvviso importante, con il conseguente ricovero in ospedale possa essere, dai medici che dovranno analizzare l'episodio che potrebbe essere legato a disturbi cerebrali, sottoposto a una risonanza d'emergenza. Con il vecchio dispositivo ciò non sarebbe stato possibile perché un'indagine diagnostica avrebbe addirittura potuto comportare un rischio per la sicurezza del paziente.

**Un sistema così innovativo presenterà sicuramente un prezzo molto "ritoccato" rispetto a quello che ha portato sul mercato i neurostimolatori di vecchia generazione?**

Il costo non ha ricevuto alcun ritocco. Questo per una scelta strategica di mercato, fatta da Medtronic, anche in considerazione del difficile momento che l'Italia, in modo particolare, sta attraversando. Quindi nessuna maggiorazione, neanche di un euro, sia per il Servizio sanitario nazionale che per i pazienti privati,

nonostante i costi elevatissimi della ricerca che ha permesso di mettere a punto questo prodotto. Basti pensare che Medtronic, solo per la validazione del prodotto, ha eseguito almeno 100milioni di simulazioni di risonanza magnetica, su tre apparecchiature diverse, di tre diversi produttori. Considerando il costo minimo di un esame di risonanza si può immaginare di stabilire, almeno in parte, l'impegno economico sostenuto. Nonostante ciò si è scelto di portare il nuovo prodotto sul mercato con lo stesso prezzo dei vecchi neurostimolatori tanto che, dove questi dispositivi erano già in uso, è stato fatto un semplice affiancamento.

Simone Salazzari, Marketing Manager Medtronic Italia ha poi aggiunto: "La nostra esperienza ci dice che i neurostimolatori per la terapia del dolore, si trovano in questo momento penalizzati e sotto utilizzati, un po' come tutte le terapie che non vengono considerate come salva vita ma semplicemente finalizzate al miglioramento della qualità di vita del paziente. Per questo l'utilizzo dei neurostimolatori, per la terapia del dolore, è ancora abbastanza circoscritto nonostante l'interesse che incontriamo ogni volta che presentiamo il prodotto.

**In quali centri vengono già utilizzati i nuovi Neurostimolatori?**

I primi impianti di neurostimolatori di nuova generazione, sono stati eseguiti alle Molinette di Torino, in terapia antalgica, e sono stati fatti su pazienti che, oltre a presentare la sintomatologia dolorosa, erano portatori di patologie che fino ad oggi li avrebbero fatti escludere dall'impianto di devices, perché soggetti a controlli periodici, obbligatori, con risonanza magnetica.

**La tecnologia utilizzata su questi nuovi dispositivi trovano applicazione solo per quelli utilizzati nella terapia del dolore?**

Con il nuovo prodotto stiamo cercando di raggiungere nuovi interlocutori, che fino ad ora non contattavamo. Mi spiego meglio: fino a ieri avevamo rapporti soprattutto con i terapisti del dolore e con coloro che operativamente impiantava questo tipo di dispositivi. Ora abbiamo avviato un approccio importante con i radiologi, e con tutti gli impiantatori, perché questa nuova tecnologia va incontro anche alla loro esigenza, che è quella di poter fare diagnostica per immagini, in totale sicurezza, anche sui portatori di dispositivi impiantati. Ci stiamo poi rivolgendo alle amministrazioni ospedaliere per metterli a conoscenza delle nuove tecnologie che da questo momento possono offrire ai pazienti.

# AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI MODENA

Ai sensi degli artt.6 della L.67/1987 e 16 della L.50/94, si pubblicano i seguenti dati relativi al Bilancio d'esercizio 2012, di cui alla delibera del Direttore Generale nr. 56 del 24 Aprile 2013

## STATO PATRIMONIALE

### ATTIVO

### PASSIVO

Immobilizzazioni immateriali	4.986.563	Contributi c/capitale	242.330.879
Terreni	1.502.506	Fondo di dotazione	- 5.501.162
Fabbricati	283.451.552	Contributo ripiano perdite	0
Impianti e macchinari	1.443.505	Perdite a nuovo	-128.344.351
Attrezzature sanitarie	11.834.850	Utile esercizio 2012	32.557
Mobili e arredi	865.334	<b>Totale patrimonio netto</b>	<b>108.517.923</b>
Automezzi	506.687	Fondi rischi ed oneri	23.201.648
Altri beni	1.897.598	Premio operosità medici Sumai	9.443.722
Immobilizzazioni in corso	63.431.370	Debiti	546.465.559
Immobilizzazioni fin. Partecipaz.	7.268.881	Ratei e risconti passivi	26.862.336
Immobilizzazioni fin. Crediti	48.684	<b>TOTALE PASSIVO</b>	<b>714.491.188</b>
Scorte sanitarie e non sanit.	18.593.699	Conti d'ordine	756.603
Crediti	317.948.370		
Cassa	48.240		
Conto corrente postale	44.379		
Ratei e risconti attivi	618.970		
<b>TOTALE ATTIVO</b>	<b>714.491.188</b>		
Conti d'ordine	756.603		

## CONTO ECONOMICO

Contributi conto esercizio	1.152.093.889	Acquisto beni	138.032.499
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.872.884	Acquisto servizi	776.097.394
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	5.536.354	Manutenzione e riparazione	20.049.405
Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria	74.459.316	Godimento di beni di terzi	6.730.374
Concorsi, recuperi e rimborsi	28.880.193	Personale	296.625.618
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	19.395.103	Oneri diversi di gestione	1.910.029
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	16.776.607	Ammortamenti e svalutazioni	24.846.218
Altri ricavi e proventi	3.853.784	Variazione rimanenze	-890.841
<b>Totale valore della produzione</b>	<b>1.298.122.362</b>	Accantonamenti	13.367.842
		<b>Totale costi della produzione</b>	<b>1.276.768.538</b>
		Differenza tra valore e costi della produzione	21.353.824
		Proventi ed oneri finanziari	-4.492.105
		Proventi ed oneri straordinari	3.533.730
		Imposte e tasse	20.362.892
		<b>Utile dell'esercizio</b>	<b>32.557</b>

IL DIRETTORE GENERALE  
(DR.SSA MARTINI MARIELLA)

## Sull'apertura delle buste nella procedura negoziata

**Monica Plovi**  
**Piero Fidanza**  
PA Consultant

*Un nostro lettore chiede di sapere se il principio di pubblicità dell'apertura delle buste contenenti l'offerta tecnica ed economica valga anche nelle procedure negoziate (e, in particolare, per il cottimo fiduciario).*

Quanto ai profili normativi, occorre ricordare che l'art. 283 del Regolamento di esecuzione ed attuazione del D. Lgs. n. 163/2006, il D.P.R. n. 207/2010, rubricato "Selezione delle offerte" stabilisce che: "La commissione apre in seduta pubblica i plichi contenenti le offerte tecniche al fine di procedere alla verifica della presenza dei documenti prodotti". Tale disposizione, inserita dal legislatore dopo una lunga e travagliata vicenda giurisprudenziale, conclusasi con la nota sentenza dell'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato del luglio del 2011, sancisce espressamente un principio di carattere generale, rappresentato dalla necessità che i plichi contenenti le offerte tecniche siano aperti in seduta pubblica. Tale principio è posto a tutela sia della parità di trattamento dei concorrenti (a cui deve essere consentito di effettuare gli opportuni riscontri sulla regolarità formale degli atti prodotti e di avere, in tal modo, la garanzia che non siano successivamente intervenute indebite alterazioni) sia dell'interesse pubblico alla trasparenza e all'imparzialità dell'azione amministrativa (v. Cons. di Stato, sez. III, n. 5866, 4.11.2011: "...la pubblicità delle sedute di gara risponde all'es-

igenza di tutela non solo della parità di trattamento dei concorrenti, cui deve essere consentito di effettuare gli opportuni riscontri sulla regolarità formale degli atti prodotti e di avere, in tal modo, la garanzia che non siano successivamente intervenute indebite alterazioni, ma anche dell'interesse pubblico alla trasparenza ed imparzialità dell'azione amministrativa...").

Il problema, ora, è di stabilire se questo principio valga anche nelle procedure negoziate (e dunque anche per il cottimo fiduciario, che ne rappresenta una particolare declinazione). La risposta è fornita dalla giurisprudenza. In particolare, un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale ha ritenuto che il principio della pubblicità delle sedute della verifica dell'integrità dei plichi e alla disamina del loro contenuto (documentazione amministrativa, offerta tecnica ed economica) è un principio inderogabile da applicarsi in ogni tipo di gara, ivi comprese anche le procedure negoziate.

La portata del principio di pubblicità è stata precisata dalla giurisprudenza più recente anche con riferimento alle procedure negoziate senza previo bando. L'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato,

in particolare, con la decisione n. 31 del 31.07.12 ha affermato che la necessità della tutela dei principi di trasparenza e *par condicio* posta a fondamento del principio di pubblicità dell'apertura delle buste si pone anche per le procedure negoziate (in tal senso anche Cons. di Stato, Sez. V, 07.01.2013, n. 8).

Tale conclusione è stata anche confermata da una recentissima sentenza (v. T.A.R. Basilicata, sez. I, 17.4.2013, n. 186), relativa ad una procedura in economia. In particolare, il T.A.R. della Basilicata, chiamato a decidere sulla legittimità dell'affidamento in cottimo fiduciario di un servizio di refezione scolastica avvenuto tramite apertura delle offerte tecniche in seduta riservata, piuttosto che in udienza pubblica, ha ritenuto la procedura illegittima. In particolare ha ribadito che "anche laddove si tratti di procedure negoziate, con o senza previo bando, l'apertura delle buste contenenti le offerte e la verifica dei documenti in esse contenuti (verifica preliminare alle successive valutazioni tecniche ed economiche delle medesime offerte) devono essere effettuate in seduta pubblica".

## Sentenza

in collaborazione con

**A.MENARINI**  
diagnostics  
*Valori sostenibili, nel tempo.*

Il Consiglio di Stato "confermando l'indirizzo già seguito dalla Sezione su analoghi argomenti (cfr. Cons. St., III, 4 novembre 2011 n. 5866; id., 20 giugno 2012 n. 3604)" ritiene che "sussiste un obbligo di pubblicità, per alcune operazioni nell'ambito della procedura di gara, in ordine all'apertura dei plichi contenenti le offerte (operazione preliminare), cosa, questa, diversa dalla valutazione del contenuto di queste ultime (operazione di giudizio tecnico), per lo svolgimento della quale non v'è necessità di presenza dei concorrenti. Dal canto suo, il DPR 5 ottobre 2010 n. 207, in continuità con il DPR 554/1999, mira a garantire la pubblicità per tutte le operazioni di gara, compresa la comunicazione dell'eventuale anomalia dell'offerta (art. 121), e prevede la seduta riservata per le valutazioni di natura tecnica. Sicché la funzione di garanzia, cui è preordinata detta pubblicità, sembra essere non solo immanente nell'ordinamento, ma immediatamente leggibile pure nel diritto positivo, con conseguente sua naturale inserzione nel regolamento di ciascuna gara, aldilà d'ogni espressa, o no, previsione al riguardo".

(cfr. art. 2 comma 1 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e art. 120 comma 2 DPR 5 ottobre 2010, n. 207)

*Tratta da Consiglio di Stato, Sez. III, 19 novembre 2012, n. 5864, Agenzia Umbria Sanità – AUS contro Vodafone Omnitel s.p.a. e nei confronti di Telecom Italia s.p.a.*

Alfa ha indetto una procedura aperta, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, per l'aggiudicazione del servizio di telefonia mobile a favore delle Aziende ospedaliere e delle Aziende sanitarie. In esito a detta gara è risultata aggiudicataria definitiva Beta. Gamma ha quindi proposto ricorso davanti al competente Tar, deducendo, tra le varie censure, anche quella dell'apertura delle buste contenenti l'offerta tecnica in sede riservata, anziché in quella pubblica, nonostante che tale adempimento non fosse previsto in modo specifico dalla *lex specialis* di gara. Il Tar ha accolto quindi il ricorso con riguardo a tale motivo disponendo il conseguente annullamento dell'intera procedura di gara.

Alfa ha poi proposto appello al Consiglio di Stato contestando l'interpretazione resa dal Tar che aveva risolto la questione sulla base della pronuncia del Consiglio di Stato, Adunanza plenaria, 28 luglio 2011 n. 13, che aveva affermato come la verifica dell'integrità dei plichi «... non esaurisce la

sua funzione nella constatazione che gli stessi non hanno subito manomissioni o alterazioni, ma è destinata a garantire che il materiale documentario trovi correttamente ingresso nella procedura di gara...», perché «... la pubblicità delle sedute risponde all'esigenza di tutela non solo della parità di trattamento dei concorrenti (...), ma anche dell'interesse pubblico alla trasparenza ed all'imparzialità dell'azione amministrativa, le cui conseguenze negative sono difficilmente apprezzabili ex post una volta rotti i sigilli ed aperti i plichi, in mancanza di un riscontro immediato».

Il Collegio, "confermando l'indirizzo già seguito dalla Sezione su analoghi argomenti (cfr. Cons. St., III, 4 novembre 2011 n. 5866; id., 20 giugno 2012 n. 3604), non reputa che sussistano ragioni per disattendere detta pronuncia e, di conseguenza, per riformare sul punto quanto deciso dal TAR. Invero, sussiste un obbligo di pubblicità, per alcune operazioni nell'ambito della procedura di gara, in ordine all'apertura dei plichi contenenti le offerte (operazione preliminare), cosa, questa, diversa dalla valutazione del contenuto di queste ultime (operazione di giudizio tecnico), per lo svolgimento della quale non v'è necessità di presenza dei concorrenti. Dal



canto suo, il DPR 5 ottobre 2010 n. 207, in continuità con il DPR 554/1999, mira a garantire la pubblicità per tutte le operazioni di gara, compresa la comunicazione dell'eventuale anomalia dell'offerta (art. 121), e prevede la seduta riservata per le valutazioni di natura tecnica. Sicché la funzione di garanzia, cui è preordinata detta pubblicità, sembra essere non solo immanente nell'ordinamento, ma immediatamente leggibile pure nel diritto positivo, con conseguente sua naturale inserzione nel regolamento di ciascuna gara, aldilà d'ogni espressa, o no, previsione al riguardo".

Peraltro, prosegue il Consiglio di Stato, "pur non essendovi alcuna disposizione sulla pubblicità nel disciplinare di gara, non per ciò solo recede il principio dell'Adunanza plenaria ribadito dal TAR, giacché non è ragionevolmente possibile un trattamento differente solo per i plichi delle offerte tecniche, come se queste ultime non fossero parti necessarie dell'intero complesso dell'offerta. Neppure occorre la prova di un'effettiva manipolazione della documentazione prodotta, che si trasformerebbe in una petizione di principio, essendo impossibile dimostrare un fatto (*id est*, l'alterazione dei plichi) verificabile solo mercè il rispetto della formalità sostanziale omessa, cioè, l'apertura

pubblica delle buste".

Il Collegio richiama, quindi, a supporto "una recente pronuncia della Sezione (cfr. Cons. St., III, 12 settembre 2012 n. 4830), non foss'altro per questo illuminante passaggio secondo il quale «... ad avviso del Collegio,... le operazioni di custodia dei plichi e di successiva apertura delle buste contenenti l'offerta tecnica in questa procedura di gara si sono svolte con modalità concrete idonee a realizzare egualmente il risultato di tutela dell'interesse pubblico alla trasparenza per il cui perseguimento l'Adunanza Plenaria... ha indicato lo strumento della seduta pubblica...», vicenda, questa, da cui consegue il rigetto dell'appello proposto<sup>1</sup>.

*modificato dalla legge di conversione 6 luglio 2012 n. 94, ha modificato l'art. 120 comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 "Regolamento di esecuzione ed attuazione del Codice dei Contratti pubblici" stabilendo che "La commissione, anche per le gare in corso ove i plichi contenenti le offerte tecniche non siano stati ancora aperti alla data del 9 maggio 2012, apre in seduta pubblica i plichi contenenti le offerte tecniche al fine di procedere alla verifica della presenza dei documenti prodotti. In una o più sedute riservate, la commissione valuta le offerte tecniche e procede alla assegnazione dei relativi punteggi applicando i criteri e le formule indicati nel bando o nella lettera di invito secondo quanto previsto nell'allegato G. Successivamente, in seduta pubblica, la commissione dà lettura dei punteggi attribuiti alle singole offerte tecniche, procede alla apertura delle buste contenenti le offerte economiche e, data lettura dei ribassi espressi in lettere e delle riduzioni di ciascuna di esse, procede secondo quanto previsto dall'articolo 121". Ritiene il Collegio che i principi oggi affermati dal legislatore e dall'Adunanza Plenaria non siano innovativi, poiché già per le gare bandite ed espletate in precedenza, il principio della pubblicità delle sedute concernenti l'apertura dei plichi contenenti le offerte tecniche era desumibile dai principi di pubblicità e trasparenza negli affidamenti di appalti pubblici codificati dall'art. 2 Codice contratti pubblici e di chiara derivazione comunitaria (artt. 2 e 10 Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) come sostenuto da questa Sezione (ex plurimis sent. n. 244 del 2 febbraio 2010)".*

1. cfr., in merito, anche Tar Puglia-Bari, 27 settembre 2012, n. 1695, che sottolinea come sul punto sia "poi definitivamente intervenuto il legislatore con l'articolo 12 del D.L. 7 maggio 2012 n. 52, il quale nel testo

## 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 antinfiamma omologati in classe-uno-l-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



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](http://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/it/mobile-medical-system/](http://www.gnodiservice.it/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.**  
Ristorazione, Bar e Vending  
Cap. sociale € 12.240.000,00

SERVIZI RISTORAZIONE S.p.A.  
I Ristoratori Italiani

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

3

**apparecchiature elettromedicali**



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

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

- la fornitura di gas medicinali e tecnici; I servizi ospedalieri legati alla gestione del gas medicinali e tecnici; la progettazione e la realizzazione di impianti di distribuzione del 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](http://www.airliquidesanita.it)



**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.bbitalia.com](http://www.bbitalia.com)



**Forniture Ospedaliere**

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

**EIDOMEDICA S.r.l.** Via Aurelia, 678 - 00165 ROMA

Tel. 06 6650291 r.a. - Fax 06 66502953 - [info@eldomedica.it](mailto:info@eldomedica.it) - [www.eldomedica.it](http://www.eldomedica.it)



- 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](http://www.esaote.com)

GE Healthcare



**GE Healthcare** fornisce tecnologie e servizi medici progettati per rispondere alla necessità di un maggiore accesso alle cure, e una migliore qualità e accessibilità delle stesse in tutto il mondo. GE (NYSE: GE) si occupa di cose che contano - grandi persone e grandi tecnologie che affrontano sfide difficili. Attraverso l'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, nel miglioramento delle prestazioni cliniche, GE Healthcare sta aiutando i professionisti della medicina ad offrire migliori cure ai loro pazienti.

Per maggiori informazioni su GE Healthcare visitare [www.gehealthcare.com](http://www.gehealthcare.com).

**GE Healthcare** via Galeno, 36 - 20126 Milano - tel 02 26001111 - fax 02 26001119  
[www.gehealthcare.com](http://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 - sapio@sapio.it - www.grupposapio.it

### TOSHIBA

**Sistemi Ecografici digitali** con Doppler Pulsato, Continuo e Color Doppler per applicazioni addominali, ostetrico-ginecologico, periferico-vascolare, cardiologico, urologico. **Sonde** specialistiche, intraoperatorie, laparoscopiche e per biopsia.

**Sistemi di Tomografia Computerizzata Volumetrica/Spirale - Multislice - Risonanza Magnetica - Radiologia Polifunzionale Computerizzata - Angiografia Digitale-Sistemi per Emodinamica ed Angioplastica - Mammografia.**

#### Toshiba Medical System S.r.l. Via Cantoni, 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.bbrazil.it

## 5

### apparecchiature radiologiche ed accessori

### AGFA HealthCare

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

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

### Carestream Health

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

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

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



Attrezzature diagnostica per immagini

#### Trade Art 2000

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

## 6

### arredamento | mobilio

#### + Favero Health Projects

Favero Health Projects S.p.A.

Via Schiavonesca Priula, 20  
31030 Bledene 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, rasoi per tricatomia, 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** **Bioteecnologie 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 01 11
- Biblioteca	Tel. 02 98 01 57 61
- Ufficio Gare	Tel. 02 98 01 65 78
- Customer Service Hospital numero verde	Tel. 800 33 42 98
- Customer Service Hospital numero verde	Fax. 800 30 23 50
- Responsabile relazioni Istituzionali	Tel. 02 98 01 53 84

**Boston Scientific**

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

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

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

**B BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**Divisione Aesculap:** Suture - Protesi vascolari - Filtri per vena cava - Sistemi totalmente impiantabili - Sostituti durali - Reti chirurgiche - Drenaggi post-operatori - Emostatici - Strumentario per chirurgia mininvasiva - Strumentario chirurgico specialistico e di base - Protesca 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 idrofilii 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.bbitalia.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 Colabroli, 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

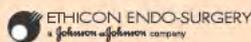
**Distrex** **Partner in chirurgia**  
SUTURE CHIRURGICHE E MONOUSO SPECIALISTICO  
PARTNER IN CHIRURGIA

**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 proteggitipi - 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 Ospedaliere 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 "Bianco"
- 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



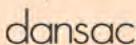
Dispositivi medici monouso sterili in TNT per sala operatoria (teli, set, camici, kit procedurali, guanti chirurgici, cotone radiopaco), strumentario in acciaio monouso, medicazione classica e avanzata, bende di fissaggio, supporto ed elastocompressione, guanti da esplorazione, ausili assorbenti per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

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



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

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



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

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



### DIVISIONE 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, Emofiltrari, Circuiti, Scambiatori di calore, Elettrodi stimolatori, Pompa Centrifuga, Circuito CEC miniaturizzato. È leader nel campo del supporto cardiocircolatorio e polmonare (ECMO) con i sistemi PLS e Cardiohelp.

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

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

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

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



Prodotti per anestesia, rianimazione, cure intensive, cardiologia.

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



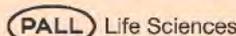
Produzione e commercializzazione di sistemi biomedicali all'avanguardia per il trattamento delle malattie croniche.

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

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



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



**Pall Corporation** è Leader nella Filtrazione di Fluidi nel Settore Industriale, Farmaceutico e Medico. La Filtrazione è una sofisticata tecnologia che permette la purificazione da particelle e microrganismi di olii, aria, vapore, fluidi

complessi e acqua. Pall Lifesciences comprende la Divisione Farmaceutica dedicata alla filtrazione e validazione nella produzione di farmaci e la Divisione Medical dedicata all'area Sanitaria.

### Divisione Life Sciences

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

### Laboratori Life Sciences

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

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



Servizi Sanitari Territoriali

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

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

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

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

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

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



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

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

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'efficacia 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

Valori sostenibili, nel tempo.

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



Sistemi originali ONETOUGH® Ultra®, ONETOUGH® Ultra\*2, ONETOUGH® UltraSmart™ e ONETOUGH UltraEasy™

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



**Il Gruppo Roche**

Con sede centrale a Basilea, Svizzera, Roche è leader nell'area salute in cui opera nei settori farmaceutico e diagnostico con un forte orientamento alla ricerca. Roche è la più grande azienda di biotecnologie al mondo, con farmaci innovativi nelle aree oncologia, virologia, malattie infiammatorie, metabolismo e sistema nervoso centrale. È leader mondiale nella diagnostica in vitro, nella diagnostica istologica del cancro ed è all'avanguardia nella gestione del diabete.

Fornire farmaci e strumenti diagnostici che permettano miglioramenti tangibili della salute, della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti è la strategia di Roche nella Medicina Personalizzata.

**Roche Italia**

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

**Roche Diagnostics S.p.A.** - È leader della diagnostica in vitro, con un portafoglio prodotti unico. Grazie all'attività svolta da più di 600 collaboratori tra dipendenti ed agenti fornisce un ampio 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**

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

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

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

Siemens Healthcare Diagnostics S.r.l. Viale Piero e Alberto Pirelli, 10 - 20126 Milano  
Tel. 02 243 67 593 - Fax 02 243 67 599

9

cancelleria | macchine per ufficio | tipografie



**OFFSET - TIPOGRAFIA**  
**RILIEVO - SERIGRAFIA**

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

10

detersivi | detergenti | disinfettanti

**B | BRAUN**

SHARING EXPERTISE

Divisione OPM

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

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

11

lavanderia | noleggio | accessori  
| attrezzature



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

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



Servizi 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.Iva 01701300855  
Info@pfespa.it - www.pfespa.it

## elenco fornitori

13

medicazioni

**ARTSANA**

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

ARTSANA S.p.A.

Sede Sociale: Via Saldarini Catelli, 2 - 22070 Grandate Como (Italia)

Sede secondaria: Via Mentana, 21/B - 22100 Como (Italia)

Tel. 031 382111 (ric. aut.) - Fax 031 382400 - Telex 380253



**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 impieghiamo 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 Silicene**, l'ultimo arrivato in casa Biatain, combina l'Assorbimento Superiore della schiuma Biatain con la delicatezza di un adesivo in Silicene 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 Europol 1957-2007, n° 9 - Edificio F - 40127 Bologna

Tel. 800.018.537 chiam@coloplast.it



Materiale per medicazione in garza e TNT, sterili e non sterili. 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 salviette umidificate per bambini. Assorbenti igienici per signora. Salviette umidificate milleusi e per igiene intima.

SILC S.p.A. Divisione Ospedallera

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

www.silcitalia.com

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

Div. Ospedallera: Tel. 0373 271256 - Fax 0373 273922 - Istituzionale@silc.it

**smith&nephew**

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

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

Smith & Nephew S.r.l.

Via De Capitani, 2a - 20864 Agrate Brianza (MB)

Tel. 039 60941 - Fax 039 6056931

14

gestioni in service | logistica

**CAMPOVERDE**

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

Via Quintiliano, 30 - 20138 MILANO

Servizi: Tel. 02 58039020 - Fax 02 58039075

Prodotti: Tel. 02 58039042 - Fax 02 58039075

Logistica: Tel. 02 58039030 - Fax 02 58039029

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

**microdisegno** 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

**NCC**  
medical spa

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

NGC Medical S.p.A.

Strada Provinciale Novedratese, 35 - 22060 Novedrate (CO)

Tel. 031 794 111 - Fax 031 792 130

ngc@ngc.it - www.ngc.it

15

varie



**EXPOSANTITA'**

Mostra Internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

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

È una manifestazione fieristica di:

**senaf**

Via di Corticella, 181/3 - 40128 Bologna

Tel. 051 325511 - Fax 051 324647

info.bo@senaf.it - www.senaf.it

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