

ISSN 1723-9338

Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma - Trib. Viterbo n.393 del 13/04/93 Anno 51 - N° 9/10 Settembre-Ottobre 2013  
In caso di mancato recapito inviare al CMP Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.**Michele Lo Squadro**

La comprova dei requisiti  
in vista della BDN  
dei Contratti Pubblici

**Interviste di TEME**

Prodotti per l'assorbenza:  
la traspirabilità può fare  
la differenza?

**Alberto Riccio**

Imprese controllate  
e collegate

**Davide Croce**

La leadership come  
strumento di formazione  
e governance



Questa è una clinica.



Dove serve, quando serve, a misura di ogni esigenza.



### Mobile Medical System.

Strutture Sanitarie su ruote o in container, subito operative dove necessarie. Progettate da professionisti per garantire ai pazienti il massimo comfort durante la fruizione. Dotate delle migliori tecnologie per assicurare ai medici e al personale di bordo gli strumenti migliori al fine di erogare servizi qualitativamente conformi.

Tel. 0331 969260 • Fax 0331 969148 • [www.gnodiservice.it](http://www.gnodiservice.it)





In copertina:  
foto archivio di redazione

## 9/10.13 | sommario

### teme

Tecnica e metodologia economica  
Mensile di tecnica ed economia sanitaria  
fondato nel 1962 per l'aggiornamento professionale  
degli economisti e provveditori della Sanità.

ISSN 1723-9338  
Spedizione in abbonamento postale - 70% - Roma  
Trib. Viterbo n. 393 del 13/04/93  
Anno 51 - Settembre-Ottobre 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 - tucciomesina@virgilio.it

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

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

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

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

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

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

Diritti Riservati



ASSOCIATO ALL'U.S.P.I.  
UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA

Chiuso in tipografia il 28 ottobre 2013

### 3 editoriale

Al via i costi Standard nelle Regioni

Aldo Corea

### 4 banca dati contratti pubblici

La comprova dei requisiti in vista della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici

Michele Lo Squadro

### 7 le interviste di tema

Prodotti per l'assorbimento: la traspirabilità può fare la differenza?

Enza Colagrosso

### 9 normazione

Imprese controllate e collegate

Alberto Riccio

### 14 normazione

Orientamenti in materia di utile nelle gare d'appalto

Filippo Martinez, Davide Moscuza

### 18 leadership

La leadership come strumento di formazione e governance

Davide Croce

### 22 firma elettronica

Grafometria e Firma Elettronica Avanzata: il Garante della privacy si pronuncia positivamente

Luigi Foglia

### 26 le interviste di Teme

L'affidamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari

### 28 hanno scritto di noi

Dal sole 24 ORE Sanità, settembre 2013

### 30 hanno scritto di noi

Dal sole 24 ORE Sanità, ottobre 2013

### 32 normazione

Nuova Tabella obblighi/facoltà per gli acquisti di beni e servizi aggiornata ad ottobre 2013

### 36 avcp

Osservatorio dei Contratti Pubblici - Analisi e studio dei mercati

### 38 dalle associazioni

In ricordo di Crescenzo Mannarelli

### 40 gli esperti rispondono

### 42 juris aula

### 43 elenco fornitori

PAOLO DE ANGELIS

# L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI: TRA ESIGENZE SPECIFICHE E VINCOLI NORMATIVI

Prefazione di  
Carlo Bottari e Rafael Barranco Vela



Volume acquistabile presso:



Bononia University Press  
Via Farini 37, 40124 Bologna  
tel. (+39) 051 232 882  
fax (+39) 051 221 019

[www.buonline.com](http://www.buonline.com)  
[info@buonline.com](mailto:info@buonline.com)

# Al via i costi Standard nelle Regioni

**Aldo Corea**  
presidente AEL

Il 2014 sarà l'anno dell'applicazione a regime dei costi standard, a patto però che ci sia l'approvazione del decreto che individua le 5 regioni benchmark. Si comincerà ad applicarli negli ultimi due mesi del 2013, in forma sperimentale, avendo a modello 5 Regioni : Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Marche e Umbria poi, nel 2014, si andrà a regime pieno. Lo hanno deciso i governatori delle Regioni italiane che vogliono con questo attuare la vera manovra del Servizio sanitario nazionale. «Sottoporremo al ministro - ha detto Vasco Errani, presidente dei governatori - una proposta innovativa per migliorare ulteriormente la definizione dei costi standard e la loro applicazione». I costi standard saranno applicati all'erogazione di tutti i servizi sanitari che le Regioni offrono ai loro cittadini. Per stabilire il prezzo sono state scelte alcune realtà locali con i bilanci più sani e lo scopo è quello di suddividere il fondo sanitario nazionale tra le varie Regioni in base al numero degli abitanti, della loro età ecc. Fabbisogni e costi standard dovranno essere definiti annualmente da Saluteed Economia d'intesa con Stato-Regioni e dovranno fare riferimento alle informazioni del Nsis. L'applicazione dei costi standard può considerarsi una svolta storica volta al risanamento del buco della sanità italiana. Un'azione tesa alla ricostruzione di una nuova sanità virtuosa. La scelta dei costi standard è una delle azioni del nuovo Patto della salute che comprenderebbe altri punti importantissimi: dal taglio di migliaia di posti letto, alla chiusura ed alla riconversione dei piccoli ospedali, dalla revisione del prontuario farmaceutico alla rivalutazione della possibilità del medico di famiglia disponibile h24, per cercare di rendere meno affollati i pronto soccorso. Il Fondo sanitario nazionale, che prossimamente impegnerà le Regioni per il riparto può contare, per il 2014, su 109,9 miliardi di euro. L'applicazione dei costi standard ha visto il fronteggiarsi delle Regioni del nord, che avrebbero voluto la loro applicazione sin da subito, e quelle del sud, in difficoltà e soggette a piani di rientro dal deficit sanitario, che avrebbero voluto prender tempo. Lombardia, Veneto e Piemonte, in particolare, ne avevano fatto una questione di principio ed avevano minacciato l'uscita dalla Conferenza delle Regioni se i costi standard non fossero stati introdotti subito.

# La comprova dei requisiti in vista della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici

**Michele Lo Squadro**  
Avvocato Amministrativista

L'art. 40, comma 1, del DPR n. 445/2000, che in materia di documentazione amministrativa è applicabile alla materia degli appalti pubblici per espresso richiamo del D.Lgs. 163/06, nella novella di cui all'art. 15 della legge 183/2011, stabilisce che *"Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47"*; il successivo articolo 43, comma 1, anch'esso novellato, precisa che: *"Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato"*.

Alla luce della sopra citata normativa Il Consiglio di Stato (sentenza n. 4785/13) ha stabilito che gli accertamenti d'ufficio disciplinati dall'art. 43, comma 1, D.P.R. 445/2000, modificato dal citato art. 15 della l. 183/2011, riguardano *"tutte le ipotesi di informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R."*, dal momento che gli artt. 41 e 42 del Codice dei Contratti

Pubblici consentono ai concorrenti di utilizzare tali dichiarazioni per comprovare i requisiti tecnico-organizzativi ed economico-professionali, salvo verifica successiva da parte della Stazione Appaltante, ai sensi dell'art. 48 commi 1 e 3, D. Lgs. 163/06, *"senza che possa in alcun modo rilevare la "specialità" della disciplina dei contratti pubblici"*.

Sempre secondo la sopra citata sentenza, la previsione di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 163/06, introdotto dal D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, relativa all'istituzione della Banca dati istituita presso l'AVCP, cui le Stazioni Appaltanti dovranno attingere per verificare il possesso dei requisiti di partecipazione autodichiarati in gara dai concorrenti, non consentirebbe di rinviare l'applicazione della nuova disciplina.

La norma, infatti, contiene una disciplina transitoria secondo cui, fino alla data di avvio della Banca dati, le Stazioni Appaltanti e gli Enti aggiudicatori devono verificare il possesso dei requisiti *"secondo le modalità previste dalla normativa vigente"* ( comma 5).

Il riferimento alla *"normativa vigente"* non può che includere anche la novella disciplina degli artt. 43 e 47 del D.P.R. 445/2000, in vigore dal 1° gennaio 2012.

Ciò, porta a ritenere, conclude il Supremo Consesso, che:

- 1) fino all'attivazione della Banca dati, le Stazioni Appaltanti dovranno procedere d'ufficio tramite contatti con le Amministrazioni interessate alla verifica dei requisiti autodichiarati dai concor-

renti, secondo quanto dispongono gli artt. 43 e 47 DPR 445/2000;

2) dopo l'attivazione della Banca dati, i controlli d'ufficio diventeranno centralizzati attraverso il riferimento diretto a tale strumento pubblicistico di coordinamento e raccolta dati.

Tale impostazione, confligge, tuttavia, con quanto stabilito dall'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP) nella determina n. 4/12 (sul cosiddetto "bando tipo"), in cui la stessa AVCP, con riferimento alle modifiche al DPR n. 445/2000 apportate dall'art. 15 della l. 12 novembre 2011, n. 183 (legge di stabilità 2012), ha precisato che *"L'art. 48 del Codice prevede che la richiesta della documentazione probatoria sia rivolta direttamente all'interessato anziché acquisita d'ufficio dall'amministrazione o dall'ente pubblico certificante. Secondo l'orientamento sino ad oggi espresso dall'Autorità, fatto proprio dalla giurisprudenza, si tratta di una norma speciale che comporta, rispetto alla disciplina generale del d.P.R. n. 445/2000, oneri aggiuntivi a carico dei concorrenti giustificati in virtù del particolare rapporto di tipo negoziale cui la presentazione della documentazione è preordinata e dall'esigenza di assicurare la serietà dell'offerta, unitamente alla celerità della conclusione del procedimento di verifica (cfr. Cons. St., sez. III, ordinanza n. 2226/2012). Quindi, anche alla luce delle modifiche apportate dal citato art. 15 della l. n.183/2011, rimangono in vigore le modalità di comprova del possesso dei requisiti previste dall'art. 48"*.

Ad avviso di chi scrive, tuttavia, l'orientamento dettato dal Supremo Consesso nella recentissima statuizione (n. 4785/13) sopra richiamata, non solo tiene giustamente conto dell'espressa volontà del Legislatore affinché le S. A. procedano, fino all'attivazione della Banca Dati, mediante la verifica del possesso dei requisiti "secondo le modalità previste dalla normativa vigente", e quindi richiama il DPR 445/00, ma bene interpreta la ratio delle modifiche legislative apportate al DPR di cui sopra dalla "Legge di Stabilità", intese a rafforzare il principio della inutilizzabilità dei certificati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, nonché l'obbligo, per

La Legge n. 125 del 30 ottobre 2013, di conversione del D.L. 101/13, ha disposto che la verifica dei requisiti dichiarati in una gara di appalto debba essere effettuata dalle S A obbligatoriamente e in via esclusiva attraverso la Banca Dati Nazionale sui Contratti Pubblici vietando così la verifica attraverso la richiesta di documenti ai concorrenti e anche quella effettuata presso le singole Amministrazioni

quest'ultima, di acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000.

D'altronde, se l'intento del legislatore è quello di sollevare l'operatore economico partecipante ad una selezione pubblica da inutili adempimenti burocratici, sarebbe auspicabile che le Amministrazioni coinvolte, nelle more dell'avvio di un sistema centralizzato di raccolta dati presso l'AVCP, comincino a dialogare tra loro, lasciando che l'operatore economico concentri le proprie energie sulla predisposizione dell'offerta, a beneficio dell'interesse pubblico e nel rispetto del principio di speditezza del procedimento.

Comunque, a tagliare la testa al toro è intervenuta la recentissima Legge n. 125 del 30 ottobre 2013, di conversione del D.L. 101/13 (noto come decreto sulle stabilizzazioni) che ha finalmente messo un punto fermo sulla vicenda e fatto chiarezza, disponendo che la verifica dei requisiti dichiarati in una gara di appalto debba essere effettuata dalle Stazioni Appaltanti obbligatoriamente e in via esclusiva attraverso la Banca Dati Nazionale sui Contratti Pubblici (Bdncp), vietando così, implicitamente, la verifica attraverso la richiesta di documenti ai concorrenti, ma anche, all'evidenza, quella effettuata presso le singole Amministrazioni. Il provvedimento all'articolo 2, comma 13-sexies, modificando l'articolo 6-bis, comma 1, del Codice dei Contratti Pubblici ha rafforzato l'obbligo di acquisizione dei documenti necessari alla verifica dei requisiti economico-finanziari e tecnico-organizzativi dichiarati in sede di gara (oggi, infatti, la norma recita "acquisita presso", mentre la novella di cui alla Legge n. 125 prevede che vengano acquisiti "esclusivamente attraverso la Banca dati nazionale sui contratti pubblici").

In sostanza si ribadisce l'operatività di quanto stabilito dall'Autorità per la vigilanza sui Contratti Pubblici con l'obbligo di iscrizione al sistema dell'AVCPass, lo strumento messo a disposizione di Stazioni Appaltanti e operatori economici per la verifica dei requisiti. Ora, posto che la Delibera dell'AVCP n. 111/12 ha espressamente stabilito che a far data dal 1° gennaio 2014 tutti gli appalti superiori a 40.000,00 saranno soggetti all'obbligo di verifica mediante BDNCP, appare evidente che, a breve, le Stazioni appaltanti saranno costrette a passare attraverso l'Autorità per accertare la regolarità di quanto dichiarato, con una notevole semplificazione per gli operatori privati.

La legge 125 ribadisce questo percorso vincolato e abroga, per maggiore chiarezza, l'articolo 49-ter del decreto-legge del fare (69/2013 convertito nella legge n. 90/2013) che non risultava coerente con il sistema delineato dal Codice dei contratti, visto che prevedeva l'obbligo di acquisizione della documentazione a comprova dei requisiti tramite la Bdncp per i contratti di appalto "sottoscritti" dalle Amministrazioni a partire dai tre mesi successivi alla data di conversione del decreto. Ciò ha generato non poca confusione visto che la verifica dei requisiti avviene, come noto, molto prima della sottoscrizione del contratto (si pensi al sorteggio durante la gara), senza contare che, così facendo, si sarebbe anticipata la scadenza dell'obbligo a metà novembre, rispetto al termine del primo gennaio 2014 fissato inderogabilmente dall'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici. Staremo a vedere se l'AVCP sarà in grado di rispettare le tempistiche dettate dalla normativa. Stavolta, tuttavia, eventuali ritardi nell'approntamento del sistema potrebbero generare, visto il vincolo normativo perentorio, un *black out* del sistema dei controlli.

# Prodotti per l'assorbenza: la traspirabilità può fare la differenza?

**Intervista a Leonardo Celleno, Dermatologo presso l'Università Cattolica di Roma e responsabile della Dermatologia del complesso integrato Columbus - Roma**

L'incontinenza urinaria è un problema largamente diffuso. L'aumento della durata della vita e patologie importanti portano, in Italia, circa il 14% delle donne, di età superiore ai 40 anni, e circa il 16% degli uomini, con età superiore ai 50 anni, a convivere con l'incontinenza. A Roma, durante il VI Convegno Nazionale dell'AIDECO- Associazione Italiana di Dermatologia e Cosmetica-, sono stati presentati in anteprima i risultati di uno studio, portato avanti dal Presidente dell'Associazione, Leonardo Celleno, che ha voluto testare l'importanza di ciò che dovrebbe determinare la differenza nella valutazione delle performance di un pannolone, cioè della traspirabilità. Negli ultimi anni si è infatti data molta importanza a questa proprietà dei prodotti assorbenti tanto da considerarla il vero valore aggiunto rispetto a quelli che fino ad oggi erano considerati i due unici requisiti: il potere assorbente e la tollerabilità cutanea. Al professor Celleno, abbiamo chiesto di spiegarci meglio l'importanza della traspirabilità nei pannoloni.

**Da cosa nasce il nuovo interesse che c'è oggi intorno ai prodotti per l'assorbenza?**

L'incontinenza coinvolge una parte importante della popolazione, e ovviamente l'aumentare dell'età media di vita fa sì che questo "stato" si renda sempre più frequente. Ci sono anche gli individui, in età non anziana, che per cause mediche, come ad esempio interventi chirurgici, possono andare incontro a questo problema. Indubbiamente la medicina volge il suo interesse verso problematiche e priorità più cogenti ma oggi il problema della prestazione dei pannoloni viene sentito come importante

proprio perché sono aumentati gli utilizzatori che ne hanno evidenziato tutte le criticità che possono nascere da l'utilizzo di dispositivi assorbenti non adeguati. È aumentato il numero di case di riposo o case per anziani e sono sempre maggiori le persone costrette a vivere e gestire la propria vecchiaia in solitudine, anche per questo l'uso di pannoloni che assolvono male al loro compito, di gestione dei liquidi biologici, può risultare molto dannoso perché si può creare un micro ambiente in cui queste sostanze, restano a contatto con la pelle. Ciò produce, l'alterazione della cute che si traduce spessissimo in irritazioni o peggio, nel caso in cui si sovrappongano dei funghi o batteri si arriva addirittura a delle vere e proprie malattie cutanee (fino alla comparsa di piaghe da decubito). Le malattie cutanee richiedono soluzioni sanitarie più complesse, di difficile gestione e spesso più costose per le persone e il sistema nazionale Sanitario.

**Quali sono le caratteristiche che dovrebbe avere un pannolone capace di garantire un funzionamento tale da prevenire le criticità che lei ha menzionato?**

Oggi i pannoloni cercano di assolvere a più di una funzione: non lasciano filtrare i cattivi odori, vestono bene l'individuo in modo che possano esser nascosti sotto gli indumenti, ma ciò che di loro resta fondamentale è però la loro parte centrale, il core, destinato ad assorbire. Se la parte interna del pannolone, quella che assorbe, sarà in grado di impregnarsi senza poi rilasciare quanto raccolto e preservare la cute, solo così sarà protetta la pelle del paziente dall'umido continuo dato da sostanze alcalide che ne altererebbero il PH

**Enza Colagrosso**  
Giornalista

predisponendola alle irritazioni e alle infezioni. In pratica il pannolone deve esser costruito in maniera tale da permettere un rapido passaggio, alla parte centrale assorbente, di liquidi, senza che ci sia poi un rilascio di quanto è stato assorbito.

**Nel Convegno AIDECO sono stati presentati i primi dati di uno studio sull'importanza della traspirabilità dei pannoloni. Quali sono le caratteristiche dei prodotti oggi presenti sul mercato?**

Abbiamo fatto diversi studi proprio per la rilevanza che oggi questi prodotti hanno assunto, cercando di andare a testare la loro efficienza. Abbiamo constatato che esistono degli ottimi prodotti sul mercato, capaci di garantire anche ai pazienti, che purtroppo sono allettati, e quindi in condizioni igienico sanitarie difficilissime, di non subire l'azione dei liquidi che possono bagnare il corpo. Possiamo così affermare che esistono pannoloni ben fatti che trattengono a distanza dalla cute, quanto assorbito.

**Riguardo alla traspirabilità a quali conclusioni siete giunti? È fondamentale? È veramente il valore aggiunto all'assorbenza?**

La ricerca fatta ha messo a confronto più tipi di pannoloni. Tra questi anche tipi di pannoloni traspiranti a diverso livello di traspirabilità e pannoloni non traspiranti. In realtà l'effetto da noi testato sulla cute non è variato in base al grado di traspirabilità dichiarato. Infatti i valori strumentali di corneometria, sebbene significativamente differenti, risultavano compresi nel range di una cute sana (per lo strumento da noi utilizzato, Corneometer CM 825, valori superiori a 30 unità corneometriche sono espressione di una cute sufficientemente idratata), dimostrando come l'impatto dei tre pannoloni sulla pelle non differisca, a dispetto della diversa traspirabilità. In conclusione, sebbene i nostri studi abbiano misurato delle differenze analitiche tra i prodotti traspiranti e quelli non traspiranti, tali differenze non hanno valenza

clinica perché di entità non sufficientemente grande. Infatti se la traspirabilità è quanto fuoriesce dal pannolone verso l'esterno e si disperde nell'ambiente sotto forma di vapore acqueo, abbiamo constatato che questa è una parte davvero modesta rispetto alla quantità di liquidi che viene assorbito dal materassino assorbente del prodotto. Per testare ciò, abbiamo condotto uno studio che ha previsto anche il peso dei pannoloni prima e dopo l'uso, cercando di verificare le eventuali differenze rilevabili tra un pannolone dichiarato traspirante ed uno non traspirante. Sia i pannoloni traspiranti che quelli non traspiranti hanno la capacità di assorbire elevate quantità di urina (oltre 1 litro). Quindi il concetto di traspirabilità non è, alla luce del nostro studio, né così importante né fondamentale perché il liquido assorbito resta praticamente tutto all'interno del pannolone. Non ho dubbi pertanto nell'affermare che ciò che rimane fondamentale, in un buon prodotto per incontinenza è la capacità del suo materassino assorbente/core di trattenere quanto assorbito e di non rimmetterlo a contatto con la cute.

**Quindi, per concludere, secondo il suo studio, un dispositivo assorbente valido può essere quello dotato anche solo di una buona assorbenza, piuttosto che quello accessoriatto di assorbenza e traspirabilità?**

Sì, il pannolone deve avere un ottimo grado di assorbenza e la capacità di non rilasciare il liquido assorbito garantendo così una cute quanto più asciutta possibile. Le faccio un esempio: se prendiamo un batuffolo di normale cotone idrofilo e lo bagniamo, il bagnato sarà comunque a contatto con la nostra pelle. Se invece utilizziamo un prodotto costruito in modo tale che, attraverso i diversi strati e materiali del materassino assorbente permetta di catturare e bloccare i liquidi al suo interno, tanto da non renderli disponibile a successivi contatti, siamo davanti al prodotto che fa la differenza sul rispetto della salute della pelle.

# Imprese controllate e collegate

Come è noto il D. Lgs 12/04/2006 n. 163 (Codice degli appalti) ha subito numerosi cambiamenti, e tra questi l'art. 38 – requisiti di ordine generale – è tra quelli che ne ha subiti in maggior misura.

L'attuale testo dell'art. 38, comma 1, lett. m-quater, prevede l'esclusione dalla gara dell'impresa che "si trovi, rispetto ad un altro partecipante alla medesima gara, in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale".

Il successivo comma 2 disciplina le dichiarazioni che la ditta concorrente deve produrre e conclude "la stazione appaltante esclude i concorrenti per i quali accerta che le relative offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale, sulla base di univoci elementi: La verifica e l'eventuale esclusione sono disposte dopo l'apertura delle buste contenenti l'offerta economica".

L'art 2359 del codice civile, a cui il codice degli appalti rinvia, recita testualmente: "sono considerate società controllate:

- 1) le società in cui un'altra società dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria;
- 2) le società in cui un'altra società dispone di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria;

3) le società che sono sotto influenza dominante di un'altra società in virtù di particolari vincoli contrattuali con essa. Ai fini dell'applicazione dei nn. 1 e 2 del primo comma si computano anche i voti spettanti, a società fiduciarie e a interposta persona; non si contano i voti spettanti per conto di terzi. Sono considerate collegate le società sulle quali un'altra società esercita un'influenza notevole. L'influenza si presume quando nell'assemblea ordinaria può essere esercitato almeno un quinto dei voti ovvero un decimo se la società ha azioni quotate in borsa".

L'attuale versione dell'articolo 38, comma 1, lett. m-quater, è stata introdotta per adeguarsi alla, sentenza 19.5.2009 n°C-538/07, della Corte di Giustizia UE. Sez. IV, che aveva enunciato questo principio: "contrasta con il diritto comunitario a una norma nazionale che stabilisca un divieto assolu-

L'attuale versione dell'articolo 38, comma 1, lett. m-quater, è stata introdotta per adeguarsi alla sentenza 19.5.2009 n°C-538/07, della Corte di Giustizia UE. Sez. IV, che aveva contrastato il divieto assoluto di esclusione alla gare di imprese controllate e collegate

**Alberto Riccio**

dottore commercialista  
membro consiglio direttivo APE

to, a carico di operatori economici in situazioni di controllo o collegamento, di partecipare alla stessa gara d'appalto, senza lasciare loro la possibilità di dimostrare che il rapporto suddetto non ha influito sul loro rispettivo comportamento nell'ambito di tale gara". Pertanto il diritto comunitario osta ad una disposizione nazionale che stabilisca un divieto assoluto di esclusione alla gare di imprese controllate e collegate. In buona sostanza alla stazione appaltante è inibita l'esclusione automatica, senza lasciare la possibilità al concorrente di dimostrare che tale rapporto di controllo o collegamento non influisca sul rispettivo comportamento nell'ambito della procedura di gara.

A questo punto l'elemento centrale e discriminante diventa lo stabilire se "le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale", valutazione che spesso si presenta ardua.

Infatti si comprende, come, in tutti

Dalla lettura della giurisprudenza formatasi dopo la modifica, sul punto in questione emerge un filone di prassi che prevede la sussistenza di un collegamento sostanziale e quindi un unico centro decisionale, solo laddove gli elementi a disposizione non lasciano margini di dubbio sulla sua concreta esistenza; tali elementi possono esser anche di natura indiziaria, purché oggettivi, univoci, plurimi e concordanti

quei casi in cui non ci sono meccanismi automatici di esclusione, l'indagine discrezionale, in molte circostanze, si presenta complessa.

E questa sensazione si ricava anche dall'esame di recenti sentenze di giurisprudenza, dove per talune fattispecie portate alla valutazione dei giudici, che in apparenza sembravano possedere caratteristiche abbastanza simili, abbiamo portato a pronunce non univoche.

Passiamo a rappresentare, in estrema sintesi, le principali motivazioni di alcune sentenze.

Hanno ritenuto sussistere il collegamento sostanziale fra imprese e la presenza di un unico centro decisionale:

- Sentenza Consiglio di Stato (sez. V), n. 10031/2009 Reg. Ric. – del 23/10/2012, depositata il 02/05/2013 – motivazioni : "...le offerte evidenziavano analoghe modalità di presentazione e dichiarazione –il versamento di € 20, è stato eseguito in successione presso lo stesso sportello postale – le dichiarazioni di presentazione delle rispettive offerte sono identiche e redatte con la medesima forma e strumento – la sede legale della.... Corrisponde all'indirizzo di residenza e domicilio di entrambi gli amministratori...in buona sostanza, entrambe le ditte hanno la sede legale nel medesimo indirizzo, che coincide con quello di residenza di entrambi gli amministratori tra loro coniugati...".
- Sentenza Consiglio di Stato (sez. VI), n. 02661/2011 Reg. Ric. del 16/11/2012, depositata il 22/02/2013 – motivazioni: "intrecci personali tra gli assetti societari delle imprese" in buona sostanza i parenti stretti erano amministratori e soci rilevanti delle imprese partecipanti – "circostan-

ze di tempo e di luogo di spedizione delle domande di partecipazione e degli elementi formali connotanti i documenti di gara, ... non possono sussistere dubbi in ordine alla riconducibilità delle offerte in questione a un medesimo centro di interessi...".

- Sentenza Consiglio di Stato (sez. V) n. 4189 del 18/07/12 – motivazioni – ribassi particolarmente elevati e tra loro particolarmente ravvicinati offerti tra le prime cinque classificate, con un notevole margine di differenza rispetto alle altre partecipanti della stessa regione; la provenienza geografica, avendo tre ditte sede legale nello stesso comune e la quarta in comune limitrofo; l'iscrizione al casellario informatico dell'Autorità di Vigilanza di alcune di esse per una precedente esclusione per sostanziale collegamento e dichiarazioni non veritiere; la contemporanea ricezione a mezzo corriere dei plichi di tre ditte indicanti nel frontespizio dati riepilogativi dell'appalto, peraltro non richiesti nel bando, molto simili tra di loro.
- Sentenza TAR Lazio (sez. Terza ter) n. 6696 reg. gen.7361/2008 Reg. Ric., del 16/07/2009, dep. Il 13/04/2010 – motivazione "*rapporto di stretta parentela, comprovata dalla comunanza di cognome, di luogo di nascita e di residenza, fra il direttore tecnico dell'impresa ricorrente e il rappresentante legale, amministratore unico e direttore tecnico dell'altra impresa concorrente, trattandosi di elemento che già da solo è sufficiente a comprovare un effettivo collegamento sostanziale fra le due imprese e l'esistenza di un unico centro decisionale..... tale conclusione appare raffor-*

*zata dalla contemporanea presenza degli altri indici rilevatori sopra considerati"* (ambidue le imprese hanno sede legale nella stessa località – i titolare delle due imprese hanno la residenza nel medesimo comune e nella medesima via – la polizza fideiussoria è stata rilasciata dal medesimo intermediario con sottoscrizione autenticata dal medesimo notaio)

- Sentenza Consiglio di Stato (sez. V) n. 848 del 16/02/2009 – motivazione: "*circostanza che la gara fosse divisa in cinque distinti lotti e che ognuna delle imprese collegate abbia presentato domanda per uno solo dei lotti diverso da quello delle altre.....evidenzia una desistenza frutto di una presumibile scelta strategica unitaria.....se ne ricava che proprio la concentrazione di ognuna delle ditte collegate a lotti differenti costituisce l'espressione di quel centro decisionale unitario che la normativa primaria e speciale intendono evitare...."*

Non hanno ritenuto sussistere il collegamento sostanziale tra imprese:

- Sentenza Consiglio di Stato (sez. III), n. 05948/2012 Reg. Ric. – del 11/01/2013, dep. Il 15/03/2013 – in merito ai collegamenti tra imprese costituenti il Consorzio aggiudicatario a di una gara d'appalto, il collegio, ai fini dell'esclusione dalla partecipazione dell'appalto, ritiene che non è sufficiente documentare l'esistenza di proprietà incrociate tra le imprese, costituendo esso solo un mero indizio che impone all'ente accertamenti più scrupolosi diretti ad evidenziare i diretti rapporti d'influenza tra le imprese di cui si è ipotizzato il collegamento e all'uopo l'effettiva provenienza delle offerte

da un unico centro decisionale.. nella fattispecie, la quota di partecipazione al Consorzio da parte dell'impresa, non è tale da far supporre la sussistenza di effettive vicende di collegamento in grado di influenzare le scelte e le strategie operative del Consorzio tali da giustificare l'esclusione

- Sentenza Consiglio di Stato (sez. VI) n. 844 del 17/02/2012 – motivazione: il collegio ha osservato che la mancata verifica delle offerte proposte dalle imprese (operazione essenziale nella prospettiva comunitaria della riferibilità di entrambe ad un unico centro decisionale) non potesse condurre all'esclusione delle stesse – difettano elementi univoci per ritenere sicuramente sussistente un collegamento sostanziale tra le due società – *"aspetti esteriori delle offerte, vale a dire i caratteri tipografici, il tipo di buste, l'ufficio di spedizione. La scrittura di redazione, l'identità del fideiussore, la data del rilascio dei certificati*

Alla stazione appaltante è inibita l'esclusione automatica, senza lasciare la possibilità al concorrente di dimostrare che il rapporto di controllo o collegamento non influisca sul rispettivo comportamento nell'ambito della procedura di gara. Elemento centrale e discriminante diventa lo stabilire se "le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale"

*penali, e inoltre i legami di parentela tra i soci e gli amministratori delle due società..... la sola somiglianza della veste formale delle offerte non dimostra l'identità del centro decisionale, che invece postula una somiglianza del contenuto sostanziale delle offerte...."* eventuali comunanze a livello strutturale sono di per se insufficienti, essendo necessario verificare se tale comunanza abbia avuto un impatto concreto sul rispettivo comportamento nell'ambito della gara, con l'effetto di determinare la presentazione di offerte riconducibili ad un unico centro decisionale (Con. Stato, VI, 25 gennaio 2010 n. 247; 16 febbraio 2010 n. 1120; 8 giugno 2010 n. 3637)"

- Sentenza TAR Lazio (sez. seconda) n. 32435 del 24/09/2010 – motivazione: la presentazione di una relazione tecnica identica nei contenuti e nella impostazione grafica a quelle presentate da altre due ditte partecipanti alla gara, non è sufficiente per dimostrare l'esistenza di un collegamento funzionale e sostanziale tra le ditte medesime
- Sentenza Consiglio di Stato (sezione sesta) n. 02578/2009 Reg. Ric., del 1/12/2009, dep. Il 25/01/2010 – motivazione: *"nel caso di specie, non risulta che l'amministrazione abbia attivato un subprocedimento in contraddittorio con le imprese al fine di accertare che le stesse erano reciprocamente condizionate nella formulazione dell'offerta; non risulta accertato, in altri termini, che il collegamento, dimostrato a livello strutturale, abbia poi avuto un impatto concreto sul loro rispettivo comportamento nell'ambito della gara, con l'effetto di determinare la presentazione di offerte ricondu-*

*cibili ad un unico centro decisionale"*

- Sentenza TAR Puglia – Lecce (sez. III) n. 530 del 19/02/2008 – motivazione caso abbastanza complesso, partecipazioni in società terza, identità soggettiva di persone che ricoprivano cariche nelle società, notevole identità grafica delle dichiarazioni allegate alle offerte, ai ns fini interessa che non può dirsi che vi sia un unico centro decisionale, quando la presunta comunanza riguarda partecipazioni azionarie in società terze e non vi sia una situazione di reciprocità (nel senso che anche l'impresa terza detiene partecipazioni nelle altre imprese, di modo che si abbia un intreccio di quote azionarie)

Dalla lettura anche della giurisprudenza formatasi dopo la modifica, sul punto in questione del codice degli appalti, sta emergendo un filone di prassi che prevede la sussistenza di un collegamento sostanziale e quindi un unico centro decisionale, solo laddove gli elementi a disposizione non lasciano margini di dubbio sulla sua concreta esistenza; tali elementi possono essere anche di natura indiziaria, purché oggettivi, univoci, plurimi e concordanti (vedasi i criteri di presunzione fissati dall'art. 2729 del C.C. "presunzioni semplici")

Da ultimo si vuole segnalare altresì la delibera 26 ottobre 2013 dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, che è una sorta di vademecum per le stazioni appaltanti.

Secondo l'Antitrust, i fenomeni anti-concorrenziali si presentano soprattutto in particolari contesti di mercato e tra questi comprende i "segnali di allarme nelle modalità di partecipazione all'asta"

Recita sul punto la delibera: "*può accadere che gli aderenti ad un cartello presentino le domande di partecipazione all'asta con modalità tali da tradire la comune formulazione.*

*È questo il caso di:*

- 1) *comuni errori di battitura;*
- 2) *stessa grafia;*
- 3) *riferimento a domanda di altri partecipanti alla medesima gara;*
- 4) *analoghe stime o errori di calcolo; consegna contemporanea da parte di un soggetto, di più offerte per conto di differenti partecipanti alla medesima procedura di gara."*

La delibera poi invita le stazioni appaltanti a segnalare tali fatti alla stessa AGCM per le valutazioni del caso.

In conclusione, come si può notare, è estremamente complessa la valutazione del collegamento sostanziale tra imprese negli appalti pubblici, da parte della stazione appaltante e l'interprete deve esaminare con moltissima attenzione tutti i vari elementi che provengono dalla documentazione agli atti, prima della decisione.

Come si può notare, la valutazione del collegamento sostanziale tra imprese negli appalti pubblici è estremamente complessa da parte della stazione appaltante e l'interprete deve esaminare con moltissima attenzione tutti i vari elementi che provengono dalla documentazione agli atti, prima della decisione

# Orientamenti in materia di utile nelle gare d'appalto

**Filippo Martinez**  
**Davide Moscuza**  
Martinez & Partners  
Studio legale associato

Alcune recenti pronunce giurisprudenziali dei Tribunali Amministrativi Regionali e del Consiglio di Stato hanno riportato l'interesse sul tema dell'indicazione del margine di utile di impresa nelle gare di appalto, questione che riveste particolare rilevanza sia per le Stazioni appaltanti sia per le imprese concorrenti.

In primo luogo rileva la sentenza del Consiglio di Stato, sez. V, 15 aprile 2013, n. 2063, la quale ha recentemente riaffermato il principio giurisprudenziale secondo cui *"negli appalti pubblici l'utile non può ridursi ad una cifra meramente simbolica, ma essi devono pur sempre essere affidati ad un prezzo che consenta un adeguato margine di guadagno per le imprese, giacché le acquisizioni in perdita porterebbero inevitabilmente gli affidatari ad una negligente esecuzione, oltre che ad un probabile contenzioso"*. Con tale decisione è stata dunque ritenuta incongrua e inaffidabile un'offerta che prevedeva un utile di impresa pari ad appena l'1% dell'importo complessivo dell'appalto. A questo riguardo, il collegio ha avuto modo di evidenziare che *"va comunque considerata anomala l'offerta della concorrente che permetta un simbolico margine di utile, come quello pari all'1%, posto che le acquisizioni in perdita alterano il sistema di libera concorrenza del mercato e consentono la sopravvivenza alle sole imprese fornite di maggiori risorse economiche, in grado di permettersi contratti in perdita"*.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto dunque che le offerte con indicazione di un utile meramente simbolico siano da un lato inidonee a fondare un affidamento da parte della Pubblica Amministrazione in relazione al concreto svolgimento del servizio affidato e, dall'altro, alterino la libera concorrenza sul mercato.

A questo riguardo si segnala anche la sentenza n. 1781 del 20 maggio 2013 resa dalla Prima Sezione del T.A.R. Puglia, la quale ha ribadito il principio secondo cui è vietato presentare offerte prive di un congruo utile di impresa, in quanto non affidabili e serie, e ha esteso la sua applicazione anche al caso della partecipazione alle gare da parte di Onlus.

In forza di tali principi, la sentenza in commento è giunta ad escludere la possibilità di formulare offerte pari a zero anche nel peculiare caso delle ONLUS, soggetti che non sono tenuti a ripartire un utile tra i soci.

Su questo tema si registrano anche alcune pronunce di segno diverso; in primo luogo la recente sentenza n. 936 del 25 luglio 2013, resa dalla Prima Sezione del TAR Piemonte. Con tale decisione il collegio piemontese afferma di rifarsi al *"consolidato orientamento giurisprudenziale secondo il quale l'esiguità dell'utile non è di per sé sintomo della inaffidabilità della offerta, che comunque va valutata nella sua globalità"*.

Nel caso di specie si trattava di un raggruppamento temporaneo di imprese che aveva indicato in offerta un utile atteso di "circa 10.000,00 euro all'anno per ciascuna delle due imprese".

Il collegio ha affermato che si era in presenza di "una somma risibile se valutata in misura percentuale ma non trascurabile se considerata in sé e per sé."

Il TAR Piemonte ha sposato dunque l'avviso secondo cui, ai fini della valutazione di anomalia delle offerte presentate nelle gare di appalto, non può essere fissata una quota rigida di utile al di sotto della quale l'offerta debba considerarsi per definizione incongrua (nello stesso senso Consiglio di Stato, sez. IV, 23 luglio 2012 n. 4206). Occorre infatti valutare la serietà della proposta contrattuale nel suo complesso ai fini di esaminarne la congruità, risultando in sé ingiustificabile solo un utile pari a zero. Ciò in quanto anche un utile apparentemente modesto potrebbe comportare un vantaggio importante per l'impresa, ad esempio in termini di qualificazione e pubblicità.

In questo senso si pone anche la recente sentenza TAR Umbria, I, 6 agosto 2013, n. 427, resa nel caso di un'offerta formulata da una Cooperativa sociale con un utile di impresa pari ad appena lo 0,19% dell'importo a base di gara.

In tale ultimo caso, oltre a ribadire l'impossibilità di individuare una soglia minima di utile che renda di per sé inaffidabile l'offerta e la necessità di analiz-

zarne complessivamente la congruità, il collegio ha formulato un'ulteriore considerazione relativa alla attuale "straordinaria situazione di crisi congiunturale, la quale ben può indurre gli operatori economici a partecipare a gare d'appalto con utile assai ridotto pur di realizzare fatturato, conservare il potenziale produttivo e garantire la stessa persistenza economica dell'attività si da rendere quasi fisiologico il fenomeno della conclusione di contratti d'appalto con utile d'impresa anche esiguo".

Anche con riguardo al peculiare profilo relativo alle ONLUS occorre evidenziare una decisione opposta rispetto a quella di cui si è prima dato conto.

Si tratta della sentenza, 2 aprile 2013, n. 963, resa dal TAR Sicilia, Sede di Catania, e che riguarda il caso di una ONLUS

Il TAR Piemonte ha sposato l'avviso secondo cui, ai fini della valutazione di anomalia delle offerte presentate nelle gare di appalto non può essere fissata una quota rigida di utile al di sotto della quale l'offerta debba considerarsi per definizione incongrua (nello stesso senso Consiglio di Stato, sez. IV, 23 luglio 2012 n. 4206)

che aveva praticato in gara un ribasso del 100%, con conseguente totale azzeramento dell'utile di impresa. A questo proposito il TAR ha ritenuto non manifestamente irragionevole la scelta dell'Amministrazione di non provvedere alla verifica di anomalia dell'offerta, in quanto l'offerta economicamente più vantaggiosa si connota *"non solo per il prezzo, ma anche per il complesso degli elementi indicati dall'art. 83 D.Lgs. n. 163/2006"* ed *"è evidente che, nel coacervo di essi, la totale assenza dell'utile di impresa non può, di per sé, denotare una palese inaffidabilità dell'offerta."* In questo senso la possibilità di offrire un ribasso estremo come quello in esame si fonderebbe sulla natura del soggetto quale ente non profit *"per il quale è ammessa la possibilità di operare senza perseguire utili"*.

Ad avviso di chi scrive, di fronte all'incertezza giurisprudenziale, la questione deve essere affrontata e risolta alla luce

Una delle finalità che le regole di evidenza pubblica perseguono è quella di individuare, anche attraverso la tutela della concorrenza, un soggetto serio e affidabile con il quale stipulare il contratto pubblico e il concorrente, per questa ragione, deve dare prova di essere effettivamente in grado di eseguire e portare a termine il contratto che gli verrà affidato

dei principi di efficienza ed efficacia dell'agire amministrativo e del principio di concorrenza.

A questo proposito, proprio l'applicazione di tali principi induce a ritenere necessaria la previsione di un congruo utile nell'offerta presentata in gara.

Infatti, una delle finalità che le regole di evidenza pubblica perseguono è quella di individuare, anche attraverso la tutela della concorrenza, un soggetto serio e affidabile con il quale stipulare il contratto pubblico e il concorrente, per questa ragione, deve dare prova di essere effettivamente in grado di eseguire e portare a termine il contratto che gli verrà affidato. L'interesse pubblico impone dunque di scongiurare il rischio che l'aggiudicatario, non percependo alcun utile, possa poi rendersi inadempiente; in questa ottica, non può quindi assumere alcun rilievo l'eventuale interesse del privato ad eseguire la prestazione anche in perdita.

Del resto, in casi - come quelli visti - di offerte con indicazione di utili pari allo 0,19% o all'1% del valore dell'appalto, risulta del tutto evidente come la concreta gestione del servizio possa essere a rischio. Basterebbe infatti un qualunque imprevisto per assorbire l'irrisorio utile dichiarato in gara e rendere l'esecuzione del contratto in perdita, a discapito della affidabilità del contraente e, ciò che più importa, della effettiva gestione del servizio o esecuzione del lavoro.

A ciò si aggiunga che, anche nel caso in cui l'impresa attingesse a risorse reperite diversamente per far fronte ad eventuali imprevisti nella gestione dell'appalto, essa violerebbe il principio di concorrenza.

Infatti, uno degli effetti di consentire la

presentazione di offerte con indicazione di un utile meramente simbolico, sarebbe quello di avvantaggiare gli operatori economici dotati di una dimensione tale da poter agevolmente sopportare la gestione in perdita di alcuni appalti, a discapito delle piccole imprese e della leale concorrenza.

Tale pratica anticoncorrenziale è nota come *dumping* e si sostanzia nel sostenere, da parte dell'impresa che presenta una struttura adeguata, condizioni di prezzo sfavorevoli al fine di eliminare dal mercato le imprese che non sono in grado di fare altrettanto.

L'applicazione di tale prassi nei contratti pubblici appalti consiste nel praticare offerte in perdita al fine di aggiudicarsi la gara, per poi sostenerne l'esecuzione con risorse altrimenti reperite, con evidente violazione del principio di leale concorrenza comunitario. In questo senso, pare possibile ravvisare anche la connessa violazione della *par condicio competitorum*, esplicazione del medesimo principio; infatti, se si consentisse ad un'impresa di operare in questo modo, si concederebbe alla stessa un vantaggio indebito rispetto agli altri concorrenti.

Tali principi trovano applicazione anche nel peculiare caso delle offerte presentate da una ONLUS o da un soggetto privo di scopo di lucro.

Ciò risulta del tutto evidente se si considera che tali soggetti, pur non distribuendo dividendi fra i soci, devono comunque presentare un'offerta con un adeguato margine di utile al fine di qualificarsi debitamente quali contraenti affidabili per il soggetto pubblico. Come evidenziato anche dalla Quinta Sezione del Consiglio di Stato con l'ordinanza n. 4807 del 2012, "il predetto

*principio debba ritenersi applicabile anche nei confronti di organizzazioni non lucrative, giacché esso è posto a presidio dell'affidabilità dell'offerta, mentre la destinazione del margine attivo derivante dall'esecuzione del contratto (come profitto del capitale investito o reimpiego per finalità di utilità sociale) è problema successivo".* Non pare dunque condivisibile consentire a tali enti di praticare in gara ribassi pari addirittura al 100%, come ritenuto dalla sopra citata sentenza del TAR Sicilia.

In conclusione, tra i vari orientamenti, ad avviso di chi scrive risulta preferibile quello secondo cui le offerte debbono sempre recare un adeguato margine di utile a garanzia della serietà e affidabilità del contraente e della sua capacità di portare a termine l'esecuzione del contratto, in quanto maggiormente conforme ai principi di efficienza e efficacia dell'agire amministrativo e al principio di concorrenza.

In conclusione, tra i vari orientamenti, risulta preferibile quello secondo cui le offerte debbono sempre recare un adeguato margine di utile a garanzia della serietà e affidabilità del contraente e della sua capacità di portare a termine l'esecuzione del contratto, in quanto maggiormente conforme ai principi di efficienza e efficacia dell'agire amministrativo e al principio di concorrenza

# La leadership come strumento di formazione e governance<sup>1</sup>

**Davide Croce**

Direttore CREMS  
Centro di Ricerca in Economia e  
Management  
in Sanità e nel Sociale della LIUC  
Università Cattaneo  
di Castellanza (VA)

**R**ecentemente si osservano nel Servizio Sanitario Nazionale aspetti di demotivazione del personale e burocratizzazione delle azioni amministrative, con una azione di governo da parte dello Stato e delle Regioni che è legata al blocco della spesa, più che al suo contenimento.

Il fenomeno è comune anche ad altre Nazioni, e la Gran Bretagna ha affrontato i delicati temi con la struttura nazionale del NHS, che si occupa di formazione, costituendo la *Leadership Academy*<sup>2</sup>.

Il concetto di fondo della proposta inglese riguarda la prospettiva organizzativa della Sanità: anche senza ancorarsi al modello del medico *manager* (adottato in Italia), le tecniche gestionali non riescono a cogliere l'essenza della complessità gestionale del servizio sanitario e l'unico aspetto che aiuta efficacemente l'organizzazione è la *leadership* del singolo. Quindi ben vengano le tecniche gestionali, ma l'essenza della formazione (per i gestori) deve essere indirizzata verso il singolo operatore come persona fisica che indirizza e motiva i collaboratori.

Tradotto nella realtà italiana del 2013, il concetto si esplicita attraverso la necessità di individuare e promuovere non *manager* burocrati (ben remunerati ma lontani dall'agire come reali dirigenti) ma motivatori, nella convinzione che in un'azienda sanitaria l'alta dirigenza (capi dipartimento, direttori del personale, responsabili del controllo di gestione, direttori del provveditorato, responsabili dell'ingegneria clinica, ecc.) rappresenti il fattore che pro-

duce la differenza tra aziende efficienti e aziende non efficienti. Anche in presenza di una mediocre direzione strategica, se i dirigenti sono di elevata capacità e motivano adeguatamente i professionisti, l'azienda ha un'organizzazione efficace e produce buoni *outcome*.

Quindi non un solo *leader* nell'azienda sanitaria (a volte il ruolo del Direttore Generale è stato mitizzato: come è possibile attribuire ad una sola persona le efficienze o le inefficienze di un'intera azienda composta da migliaia di dipendenti?) ma una *leadership* diffusa, formata da molti dirigenti, capaci di dare indicazioni di direzione strategica ai dipendenti per motivarli professionalmente.

Per seguire queste indicazioni osserviamo inizialmente il modello di *leadership* proposto dalla *Leadership Academy* inglese.

## **Leadership in Sanità**

È stato sviluppato in Gran Bretagna un modello di *leadership* dall'*Academy del National Health Service* (NHS) a cui fare riferimento nella pratica quotidiana (e ovviamente di formazione), che di seguito presentiamo. Il modello vuole essere una linea guida per il singolo professionista nell'esercizio della sua funzione gestionale e viene qui collegato alla programmazione delle attività (e quindi alla *clinical governance*) in chiave di comportamento aziendale ideale per l'individuo.

La figura seguente riporta la struttura del modello di *leadership* sviluppato a seguito di numerosi studi nel 2011 dal NHS (dopo

1.

Il presente contributo è in parte tratto da "La leadership diffusa in Sanità" a cura del CREMS (Sanità Pubblica e Privata, 06/2013) e "Cultura organizzativa e leadership: una nuova sfida per la Clinical Governance" di Vanzago A., Porazzi E., Garagiola E. e Logias F. (Sanità Pubblica e Privata, 05/2013), ai quali si rimanda per eventuali approfondimenti.

2.

<http://www.leadershipacademy.nhs.uk/>

circa 10 anni di ricerche e sperimentazioni). Esso descrive le qualità personali che dovrebbero possedere i *leader* ad ogni livello, i domini di competenza a cui dovrebbero aspirare e la cornice prospettica cui deve fare riferimento.

economica e cambiamento nella Sanità) e per questo ha sviluppato un programma, differenziato per profili professionali, di corsi di formazione per fornire a tutto il personale un percorso di sviluppo (accreditato secondo logiche di rivalidazione



Figura 1 - Lo schema del modello di leadership del Servizio Sanitario inglese  
Fonte: NHS Leadership Academy

Lo schema vuole aiutare le persone allo sviluppo personale (nella declinazione delle conoscenze, competenze e abilità), dei loro *team* e delle loro organizzazioni sanitarie nel loro complesso. Il modello è suddiviso in livelli dipendenti dall'anzianità di inserimento in ruolo e dalla complessità del ruolo stesso, con una leggera diversità rispetto al Servizio Sanitario italiano.

Ricordiamo che il NHS ha lavorato a sostegno dell'attuale importante cambiamento richiesto alla dirigenza (e.g. crisi

professionale) alla *leadership* ad ogni livello e per ogni professione. Il modello di *leadership* fornisce un approccio coerente per lo sviluppo della stessa *leadership* per tutto il personale sanitario indipendentemente dalla disciplina, dal ruolo, dal datore di lavoro (pubblico o privato), dalla funzione o dall'anzianità, e rappresenta lo *standard* per i comportamenti di *leadership* (e di *management*) ai quali tutto il personale dovrebbe aspirare.

Fondamentale per lo sviluppo della *leadership* così intesa è il desiderio di creare

un unico quadro di riferimento generale per tutto il personale sanitario, avente come *focus* la cura del paziente e il paziente stesso come persona, basata sulle migliori prassi *standard* per lo sviluppo della *leadership*. Il modello si basa sul concetto fondamentale (poco riconosciuto nel nostro Paese) che la funzione di guida non è limitata alle persone che ricoprono ruoli di gestione formalizzata secondo modelli tradizionali nell'organigramma, ma in realtà l'organizzazione (complessa) funziona meglio ovunque ci sia una responsabilità condivisa per il successo dell'organizzazione, dei servizi o della presa in carico del paziente. La metodologia sviluppata è quindi definita come *leadership* condivisa (o diffusa), ed è particolarmente adatta nei contesti in cui i compiti sono altamente complessi e specificatamente interdipendenti, come ad esempio nel settore sanitario o in quello dell'istruzione. Lo schema prevede due dimensioni di indirizzo dell'attività o servizio (*vision* e strategia), due dimensioni basate sulla persona (sviluppo delle proprie capacità e lavoro in gruppo) e tre dimensioni di gestione *i)* gestisci il servizio, *ii)* miglioralo continuamente e *iii)* governalo verso i bisogni). La presentazione è forzosamente breve nell'esposizione e completa le logiche della *clinical governance* (*focus* sull'organizzazione) attraverso una focalizzazione sul paziente e sull'individuo.

### Le tre basi per *leadership* diffusa

Secondo il modello sviluppato e proposto nel testo *Towards a New Model of Leadership for the NHS* del 2013<sup>3</sup>, tre sono gli elementi base della *leadership* diffusa, così come mostrato dalle evidenze della letteratura:

1. fornire un chiaro senso di indirizzo e diffondere il contributo individuale;
2. motivare le squadre e gli individui a lavorare efficacemente;

3. *focus* sul miglioramento del sistema delle *performance* generali.

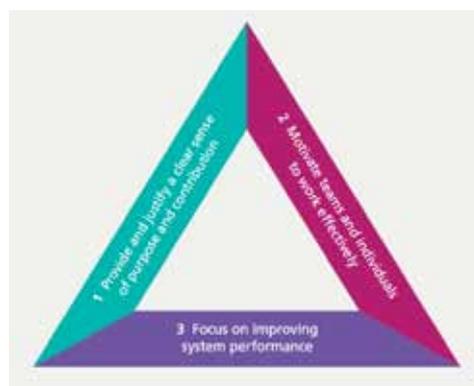


Figura 2 - Le tre basi teoriche della *leadership* diffusa per il NHS del Regno Unito  
Fonte: *Towards a New Model of Leadership for the NHS*, 2013

Nel primo punto le più importanti evidenze riguardano la necessità/opportunità di concentrarsi esplicitamente sui bisogni e sulle esperienze del servizio da parte degli utenti, rafforzando continuamente il contributo sociale dell'organizzazione o anche della singola Unità Operativa o servizio, contributo che può essere espresso anche in termini di qualità del servizio offerto (collegato alla *clinical governance*). Inoltre è importante interpretare l'ambiente di riferimento dell'organizzazione, portando le richieste dell'ambiente nella pratica attraverso i sistemi di responsabilità (come ad esempio il *performance management*), compresa la necessità di lavorare in più stretta collaborazione con altre organizzazioni (si pensi al collegamento con il sociosanitario e il sociale, ma anche con ASL o altri *providers* privati). Nel secondo caso è essenziale definire gli obiettivi del gruppo, costruendo l'impegno della squadra con clima e toni emotivi positivi, ricordando che si è valutati sia tra gli utenti sia tra il personale, prestando attenzione al benessere del gruppo. Occorre inoltre perseguire il coinvolgimento e l'impegno del personale, incoraggiando l'autonomia all'interno di un quadro di valori e obiettivi incentrati sui bisogni degli utenti. La pro-

3.

Disponibile al link: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/Towards-a-New-Model-of-Leadership-2013.pdf>

gettazione organizzativa di tutte le unità e singole posizioni di lavoro è opportuna per motivare le squadre e gli individui a lavorare efficacemente, utilizzando correttamente i sistemi di gestione delle Risorse Umane affinché diano sviluppo al personale garantendo le ricompense. Altro elemento indicato è la gestione per il miglioramento delle prestazioni, invece che la sola amministrazione, con attenzione alle prospettive sulla *performance* e sulla cosiddetta "intelligenza *soft*", piuttosto che concentrarsi su una serie ristretta di obiettivi/indicatori imposti gerarchicamente. Infine, come ultima indicazione, attivare la funzione di ascolto del personale e di risposta alle loro esigenze ed emozioni - anche negative - evocate dall'esperienza di presa in carico, piuttosto che negare le difficoltà.

Nella terza dimensione si dichiara che è opportuno adottare e incoraggiare la pratica del miglioramento servizio, con i casi modello e con piani di cura (PDT) per un cambiamento basato sulle evidenze. Si richiede inoltre di affrontare i problemi del sistema-azienda e inseguire l'innovazione, avviando nuovi processi e trovando il modo di intervenire informalmente negli schemi di pensiero e di azione. Infine, per il *focus* sul miglioramento del sistema delle *performance* generali, importante è il modello di apprendimento di nuovi comportamenti (*learning organization*): individuare nuove modalità di lavoro adeguato per le mutevoli circostanze dell'ambiente, insieme alla volontà di riconoscere gli errori e mettersi in discussione.

### Il modello di formazione alla *leadership* diffusa

Sulle premesse sopra indicate, l'*Academy* inglese ha tradotto un modello di formazione che prevede 7 dimensioni, che sono:

1. dimostra le tue qualità personali (migliora

la consapevolezza di te stesso, sviluppa la tua persona, agisci con integrità, gestisci te stesso e le tue emozioni);

2. lavora con gli altri (impara a lavorare in *team*, incoraggia i contributi, sviluppa le relazioni e il *network*);

3. gestisci i servizi (gestisci le *performance*, le persone, le risorse e pianifica le attività);

4. migliora i servizi (facilita il cambiamento, incoraggia l'innovazione, valuta criticamente e persegui la sicurezza del paziente);

5. indica la direzione (valuta l'impatto, prendi decisioni, applica conoscenze ed evidenze, identifica il contesto del cambiamento);

6. struttura la *vision* (costruisci e comunica la *vision*, prova a influenzare il servizio sanitario e sviluppa la *vision* dell'organizzazione);

7. sviluppa la strategia (costruisci la strategia, implementala e sviluppala).

Questa è la struttura dei corsi di formazione proposti per le differenti figure professionali del servizio sanitario, e quindi con diversi gradi di approfondimento.

La differenza con il modello italiano sviluppato negli anni 2000 è ormai notevole: dalla tecnica (il *management*), alle persone (la *leadership*).

Qualche riflessione è opportuna.

È stato sviluppato in Gran Bretagna un modello di *leadership* dall'*Academy* del National Health Service (NHS) a cui fare riferimento nella pratica quotidiana. Il modello vuole essere una linea guida per il singolo professionista nell'esercizio della sua funzione gestionale

# Grafometria e Firma Elettronica Avanzata: il Garante della privacy si pronuncia positivamente

**Luigi Foglia**  
Digital & Law Department  
Studio Legale Lisi

Con il provvedimento n. 396 del 12 settembre 2013, il Garante Privacy si è ancora una volta pronunciato sul tema "Dati biometrici e processi di sottoscrizione elettronica".

Anche in questo caso, il Garante è intervenuto in risposta a una richiesta di verifica preliminare (art. 17 del Codice Privacy) avanzata da un istituto bancario ma, a differenza degli altri due provvedimenti precedenti (n. 36 e 37 del 31 gennaio 2013) già ampiamente commentati<sup>1</sup>, stavolta il caso sottoposto a verifica vede i dati biometrici utilizzati come parte integrante del processo di sottoscrizione e non solo per la corretta identificazione e l'attivazione di un certificato di firma digitale da remoto.

Se, infatti, nei provvedimenti del gennaio 2013 il processo di autenticazione era "autonomo e distinto rispetto alle procedure di firma delle disposizioni bancarie e/o di sottoscrizione di contratti" e l'apposizione della firma sul tablet costituiva semplicemente la condizione di avvio di un processo di autenticazione prodromico al processo di firma digitale remota, nel provvedimento del 12 settembre, invece, viene esaminato un processo "in grado di consentire la sottoscrizione in forma elettronica di atti, contratti e altri documenti relativi a prodotti e servizi offerti dalla banca attraverso [...] l'utilizzo combinato di firme elettroni-

che e [...] la raccolta di dati biometrici comportamentali desunti dalla firma apposta dai clienti su appositi tablet in dotazione ai medesimi promotori".

Siamo di fronte, quindi, alla prima pronuncia del Garante in tema di FEA grafometrica, ovvero di FEA realizzata anche mediante l'utilizzo di dati biometrico/comportamentali legati alla fase di sottoscrizione.

Il processo di sottoscrizione, così come descritto dalla Banca proponente la verifica preliminare, prevede che a seguito di informativa e acquisizione del consenso all'utilizzo della procedura (e dei dati biometrici necessari), il cliente, visualizzato il contratto in formato elettronico, lo sottoscriva mediante un apposito tablet opportunamente configurato e in grado di acquisire i valori fondamentali (pressione, accelerazione, ritmo, velocità e movimento) legati al comportamento del sottoscrittore. I dati acquisiti grazie al tablet vengono immediatamente cifrati mediante un certificato simmetrico (così da impedirne fin da subito la loro leggibilità in chiaro) e successivamente ulteriormente cifrati tramite una chiave pubblica relativa a un certificato digitale denominato "certificato di protezione". I dati cifrati e incorporati nel documento vengono poi "cancellati e sovrascritti dalla memoria (ram) del computer utilizzato" così da rendere inaccessi-

1.

*Analisi dei dati globali del siste.  
[http://www.studiolegalelisi.it/notizia.php?titolo\\_mod=490\\_Via\\_libera\\_del\\_Garante\\_al\\_trattamento\\_dei\\_dati\\_grafometrici.html](http://www.studiolegalelisi.it/notizia.php?titolo_mod=490_Via_libera_del_Garante_al_trattamento_dei_dati_grafometrici.html)*

sibile il dato biometrico in chiaro. Il certificato privato corrispondente alla chiave pubblica utilizzata (senza il quale risulta pressoché impossibile decifrare i dati biometrici) viene conservato da un Certificatore accreditato per il rilascio di certificati di firma digitale, che risulta essere anche il fornitore dell'intera soluzione di FEA grafometrica. I "codici di sblocco" di tale chiave privata vengono, invece, rilasciati alla sola Banca proponente: sarà quindi necessario l'apporto di entrambi i soggetti per procedere alla decifrazione dei dati biometrici legati al documento sottoscritto.

Al contrario, invece, la procedura e gli accordi tra le parti prevedono che la decifrazione dei dati biometrici e il relativo accesso "in chiaro" siano consentiti "esclusivamente nei casi previsti dalla legge, su richiesta delle Autorità competenti" mediante un applicativo reso disponibile dal fornitore della soluzione e specificamente realizzato per permettere le varie analisi forensi necessarie alla corretta verifica della firma.

Il processo si conclude con la conservazione a norma (D.Lgs 82/2005 e Delib. CNIPA 11/04) dei documenti così formati che verranno mantenuti, nei limiti delle finalità indicate, per il periodo di tempo stabilito dalle disposizioni vigenti (art. 2220 cod. civ.; art. 119 del d.lgs. n. 385/1993), fatta salva l'esigenza

di una loro ulteriore conservazione in ragione di eventuali contestazioni in sede giudiziaria.

Il Garante, esaminato il processo di firma, ha preliminarmente riaffermato quanto sostenuto dal Gruppo per la tutela dei dati personali ex art. 29 della direttiva 95/46/Ce, il quale ritiene che l'utilizzo di sistemi basati sull'impiego di dispositivi in grado di rilevare le caratteristiche "dinamiche" della firma determini un trattamento di dati biometrici di natura comportamentale e come tale riconducibile nell'ambito di applicazione della disciplina di tutela dei dati personali (cfr. documento di lavoro sulla biometria del 1° agosto 2003, Wp 80; cfr. altresì Parere 3/2012 sugli sviluppi nelle tecnologie biometriche del 27 aprile 2012, WP 193; v. anche Provv. Garante 31 gennaio 2013, cit.).

Il Garante, poi, afferma la liceità del trattamento posto in essere dalla banca sottolineando sia il fatto che tale trat-

**Il Garante, esaminato il processo di firma, ha affermato la liceità del trattamento posto in essere dalla banca sottolineando che tale trattamento "non risulta connotato, ancorché effettuato con strumenti elettronici, da specifici ed evidenti rischi per gli interessati"**

tamento "non risulta connotato, ancorché effettuato con strumenti elettronici, da specifici ed evidenti rischi per gli interessati" (anche in ragione delle misure di sicurezza dichiarate dal titolare e dei rigidi protocolli operativi previsti per legge in capo all'organismo certificatore), sia che il recente D.P.C.M. 22 febbraio 2013 (Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali) contempla espressamente i dati biometrici legati al comportamento del firmatario tra gli elementi utilizzabili ai fini della generazione della firma elettronica avanzata (art. 56).

Oltre a essere lecito, il trattamento oggetto di verifica, effettuato esclusivamente previa acquisizione del libero consenso informato dei firmatari (artt. 13 e 23 del Codice) e per il perseguimento di legittime finalità rese note agli interessati (artt. 11, comma 1,

lett. b), del Codice), può efficacemente contribuire - attraverso la garanzia di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente - a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici intercorrenti con gli utenti/interessati.

Per quanto attiene, poi, all'osservanza dei principi di necessità e proporzionalità (artt. 3 e 11, comma 1, lett. d) del Codice), il sistema descritto, nelle modalità di configurazione indicate - tali cioè, secondo la società, da non consentire, in nessun caso, l'acquisizione di informazioni relative allo stato di salute degli interessati -, risulta predisposto per raccogliere un numero circoscritto di informazioni (tassativamente indicate ne: l'immagine della firma, il ritmo, la velocità, la pressione, l'accelerazione, il movimento), allo stato non eccedenti o ultronee rispetto alle finalità dichiarate dalla società. Inoltre, i dati biometrici non saranno accessibili "in chiaro" al titolare se non nei casi previsti e su espressa richiesta dell'autorità giudiziaria.

Sotto il profilo della sicurezza dei dati trattati, il Garante ritiene che l'insieme degli accorgimenti adottati nell'intero processo di gestione dei dati biometrici degli interessati costituiscano, nel complesso, misure di sicurezza che, sulla base delle attuali conoscenze, possono essere ritenute idonee, anche in considerazione del fatto che il sistema risulta conforme alle "specifiche tecniche" stabilite dall'ISO - nel caso di specie relative ai requisiti previsti per la gestione della sicurezza informatica: ISO/IEC27001:2005 -, già ritenute rilevanti dal Garante anche sotto il profilo

Proprio in tema di sicurezza del processo, il Garante considera adeguato che la società deputata all'emissione dei certificati di firma e di cifratura sia un ente certificatore accreditato presso AgID ex art. 29 CAD e che la chiave privata e il relativo codice di sblocco associati al certificato di sicurezza Fineco siano sempre tenuti separati, scongiurando così la possibilità di procedere alla decifratura del dato biometrico

della disciplina di protezione dei dati personali (cfr. provv. 14 luglio 2011, doc. web n.1836335; provv. 26 maggio 2011, doc. web n. 1832558; provv. 2 dicembre 2010, doc. web n. 1779678).

Proprio in tema di sicurezza del processo, il Garante considera adeguato che la società deputata all'emissione dei certificati di firma e di cifratura sia un ente certificatore accreditato presso AgID ex art. 29 CAD e che la chiave privata e il relativo codice di sblocco associati al certificato di sicurezza Fineco, utilizzato per la cifratura dei dati biometrici, siano sempre tenuti separati, scongiurando così la possibilità di procedere alla decifratura del dato biometrico se non nei casi in cui si renda necessaria una perizia disposta dall'Autorità giudiziaria.

Accanto alle misure già implementate il Garante richiede, però, che sia prestata sempre la massima attenzione al corretto utilizzo, da parte dei soli utenti abilitati, dei dispositivi per la raccolta dei dati biometrici. A tale proposito, il Garante prescrive l'adozione, ove non siano ancora previste, di idonee misure volte a ridurre i rischi di installazione abusiva di software o di modificazione della configurazione dei dispositivi in dotazione ai promotori, adottando altresì ogni accorgimento utile a contrastare l'azione di eventuali agenti malevoli (malware).

Inoltre il Garante ritiene necessaria l'adozione di un sistema di gestione dei dispositivi impiegati nei trattamenti grafometrici basato su certificazioni digitali e policy di sicurezza che disciplinino, sulla base di criteri predeterminati, le condizioni di loro utilizzo sicuro:

in particolare, dovranno risultare disponibili funzionalità di remote wiping nei casi di smarrimento o sottrazione dei dispositivi. La banca dovrà altresì prevedere adeguate policy per la gestione degli incidenti di sicurezza nell'ambito delle diverse fasi del processo biometrico/grafometrico.

Infine, il Garante ricorda che in base alla regola n. 25 del disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza, la Banca dovrà farsi rilasciare dall'installatore il previsto attestato di conformità, da conservarsi a cura del titolare medesimo.

Il commentato provvedimento del Garante dà, quindi, il via libera a una specifica soluzione di FEA basata su dati biometrici, lasciando ben sperare quanti stanno implementando soluzioni simili e sono ancora in attesa di richiedere la verifica al Garante. In ragione, poi, del fatto che molte richieste di verifica di procedimenti simili sono già giunte e che probabilmente, dopo il provvedimento del 12 settembre, saranno seguite da numerose altre, il Garante ha manifestato, almeno informalmente, l'intenzione di produrre un provvedimento generale in materia. In attesa, però, di tale provvedimento generale e secondo quanto disposto dal Codice Privacy (soprattutto alla luce delle considerazioni del gruppo di lavoro europeo sopra riportate), tutti coloro che hanno intenzione di utilizzare un processo di FEA basato su dati biometrici dovranno predisporre una specifica richiesta di verifica in quanto i provvedimenti conseguenti alla verifica sono immediatamente applicabili solo alla particolare situazione in oggetto.

# “L'affidamento dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari”

Breve intervista a Paolo De Angelis autore del libro

**Redazionale** **P**aolo De Angelis, dipendente dell'Alma Mater Studiorum di Bologna, ha appena pubblicato un volume dal titolo: “L’Affidamento dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari: tra esigenze specifiche e vincoli normativi”. Lo abbiamo incontrato, affinché fosse proprio lui a spiegarci le motivazioni che lo hanno spinto a trattare un argomento così distintivo nella normativa vigente. Nel testo l'autore, con il supporto di un ampio corredo giurisprudenziale, tratta la tipologia del servizio e il sistema di affidamento in modo da proporre, agli attori della filiera degli acquisti sanitari, un quadro chiaro per muoversi tra l'espressione delle esigenze e i vincoli normativi.

**Un volume sull'affidamento dei servizi sanitari, da cosa nasce la scelta di trattare tale argomento?**

Capire come l'erogazione dei servizi sanitari sia organizzata, risulta utile per comprendere

Capire come l'erogazione dei servizi sanitari sia organizzata, risulta utile per comprendere non solo come il fondo sanitario nazionale sia utilizzato, ma anche per conoscerne il grado di efficienza. Il settore sanitario rappresenta oggi circa il 10% del prodotto interno lordo degli Stati dell'Unione europea

re non solo come il fondo sanitario nazionale sia utilizzato, ma anche per conoscerne il grado di efficienza. Il settore sanitario rappresenta oggi circa il 10% del prodotto interno lordo degli Stati dell'Unione europea. C'è poi da non dimenticare che la salute non può essere considerata solo come un valore, perché essa rappresenta un importante fattore di crescita economica alla luce del dato che solo una popolazione sana può conseguire appieno il proprio potenziale sociale.

**Il volume come procede nell'indagine di tale tematica?**

Nella tensione che si registra tra le specifiche esigenze del diritto alla salute e i vincoli normativi posti a tutela del diritto alla libera iniziativa economica e alla libera concorrenza, si pone la questione inerente l'affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari: l'equilibrio tra questi elementi costituisce l'oggetto della ricerca contenuta nel libro. Il volume ha una connotazione giuridica che tende ad evidenziare le differenze esistenti tra l'affidamento dei servizi in generale e quello dei servizi sanitari e socio-sanitari. Viene poi valutato se tali differenze siano giustificate in virtù delle peculiarità dei servizi sanitari e se gli strumenti derogatori, prescelti dall'ordinamento italiano, siano conformi ai principi generali. L'affidamento dei servizi sanitari è oggi al centro della discussione tra due diritti garantiti sia nella Costituzione italiana sia nei Trattati comunitari. Il diritto alla salute impone infatti, che le prestazioni sanitarie

siano erogate con una attenzione e una cura maggiore rispetto a quella utilizzata in altri servizi pubblici. Il diritto alla libertà d'iniziativa economica e di libera concorrenza, impongono che qualunque soggetto possa intraprendere una attività economica e abbia diritto a procedure trasparenti e non discriminatorie qualora nello svolgimento di tale attività economica intenda partecipare a gare bandite da soggetti pubblici.

#### **Cosa ritiene sia emerso dalla sua ricerca?**

Dopo aver circoscritto l'utilizzo degli strumenti derogatori rispetto all'intero spettro dell'attività contrattuale posta in essere dalle Aziende sanitarie e a seguito di una lettura il più semplificata possibile del sistema di erogazione delle prestazioni, ho esaminato brevemente le ragioni per le quali l'ordinamento, comunitario e nazionale, consente un sistema di deroghe così ampio. Con la disamina giuridica successiva ho cercato poi di verificare se le modalità di affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari previste nell'ordinamento italiano siano compatibili con la normativa comunitaria e nazionale, distinguendo l'accreditamento istituzionale e le sperimentazioni gestionali dall'affidamento ai soggetti del terzo settore. Il lavoro ha poi evidenziato come i sistemi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie sono presenti in tutte le Nazioni industrializzate ma che l'accreditamento istituzionale, così come regolamentato in Italia, costituisce uno strumento del tutto peculiare nell'ambito internazionale. È mia personale opinione sull'evoluzione

che potrebbe esserci negli anni a venire che l'evoluzione normativa comunitaria porterà, prima o poi, alla individuazione di politiche sanitarie maggiormente coese all'interno dell'UE, con la necessaria conseguenza che dovranno essere individuate forme di concorrenza amministrata comuni a tutti gli Stati membri.

#### **A chi è destinato il libro?**

A tutti coloro che vogliono approfondire la tematica affrontata, spesso ritenuta ostica da approcciare. Ho lavorato scegliendo un linguaggio semplice e molteplici citazioni bibliografiche e giurisprudenziali che spero rendano il testo estremamente fruibile sia per il lettore poco esperto, che voglia acquisire informazioni sull'argomento, sia per il professionista del settore che necessiti di approfondimenti specifici.

Ho esaminato le ragioni per le quali l'ordinamento, comunitario e nazionale, consente un sistema di deroghe così ampio. Con la disamina giuridica successiva ho cercato poi di verificare se le modalità di affidamento dei servizi sanitari e socio-sanitari previste nell'ordinamento italiano siano compatibili con la normativa comunitaria e nazionale



FARE/ Alla IV edizione del Forum di Palermo il follow up a un anno dalla spending review

## In gara vanno solo i farmaci

Poca dinamicità, troppa aggregazione - Esperienze locali sotto la lente

**D**inamicità va' cercata". Volendo semplificare potrebbe essere questo lo slogan di chiusura del IV Forum nazionale Fare, tenuto il 12 settembre a Palermo dalla Federazione degli economisti e provveditori della Sanità pubblica. Tieni sotto la lente, la gestione degli acquisti in Sanità, l'impeto sulla farmaceutica, il follow up a un anno dall'avvento della spending review e il disagio - condiviso da aziende e operatori - alle prese con l'avvento forzato dell'e-procurement. Ogni-uno di riguardo il sistema dinamico di acquisizione portato in dote dal Codice degli appalti, teoricamente limitato a beni e servizi "tipizzati e standardizzati di uso corrente" e tuttavia gettonatissimo da provveditori e stazioni appaltatrici, proprio per le gare farmaceutiche, a partire dal 2010. Torno che i dati di una ricerca presentata a Palermo da **Claudio Amoroso** (direttore Fare) dimostrano che oltre l'86% delle gare svolte dagli enti del Ssn riguarda i medicinali (si veda in queste pagine).

Grande successo dell'aggregazione telematica? Sì, ma solo in parte. Come ricordano dall'avvocato **Stefano Cassanmaggli** (Milano), i giudici amministrativi non hanno esitato a spolarizzare la bacca ai rilievi dovuti alle norme avanzate dalle aziende produttrici sui listini Avcp nei vincolanti alla spending review. Ma anche tra gli operatori pubblici si segnalano disagio e perplessità. «In Sanità è necessario intervenire con proposte coerenti anche se improprie», dice **Francesco De Nardo** (presidente Fare). «La crisi non è solo economi-

ca, ma soprattutto morale: le razionalizzazioni sono necessarie. Bisogna rivedere i concetti dell'economia, le leggi aberranti come la spending review non servono a nulla».

Laci e ombre del sistema emergono con chiarezza dalle esperienze più significative effettuate finora a livello nazionale. Prima testimonianza in pista quella riferita alla gara unica siciliana, fresca di risultati, che ha avuto come capofila l'Azienda sanitaria provinciale di Catania e come responsabile unico del procedimento il vice-presidente Fare, **Franco Astorina**. Fulcro delle attività un data base di tutto rispetto: la fornitura triennale di

prodotti inclusi nel Pior per tutta l'isola: 2.600 lotti e un valore presunto di spesa di 500 milioni l'anno. Peculiarità dell'operazione la suddivisione in due tronconi: circa 1.200 lotti per i quali sono presenti sul mercato più competitor, in gara con procedura aperta e aggiudicazione con offerta sovrasta a ribasso d'asta; altri 1.400 lotti di prodotti esclusivi o sotto brevetto, con un solo competitor inseriti in un sistema di procedura negoziata diretta on-to-one, ovvero trattando con ogni singola casa farmaceutica. Un lavoro ponderoso e con criticità intrinseche fin dalle premesse. «È stato necessario reperire i fabbisogni di 20 aziende (Asl, Av-

viso) e avviare un percorso a tappe per riconciliare aziende e operatori del Ssn con l'effetto spending, soprattutto dopo i rilievi presentati dalle aziende per l'annullamento della lista dei prezzi di riferimento alle condizioni di maggior efficienza, pubblicata dall'Avcp nel luglio 2012».

In una prima fase - ha spiegato Saccà - sono state effettuate le ricognizioni delle informazioni riguardanti le classi di farmaci, già inviate, per le quali, dal confronto con i dati Avcp è risultata evidente l'urgenza di revisionare il prezzo.

La fase due ha invece previsto l'analisi delle principali eterogeneità tra le aziende sanitarie nelle scelte delle tipologie di far-

maci e il confronto tra i prezzi pagati dalle singole stazioni appaltatrici per prodotti simili o equivalenti.

Un percorso "propedeutico" alla realizzazione del progetto più ambizioso, che si articola in due obiettivi: proporre un approccio metodologico condiviso con le Regioni e stabile nel tempo per l'individuazione di quei beni e servizi aperti i quali sia conveniente e opportuna l'identificazione di prezzi di riferimento. E lavorare sul fronte della domanda proattivamente: «un riassetto strategico che rispetti la concorrenza e tuteli gli investimenti delle aziende produttrici, ma senza favorire monopoli, cartelli e opportunità di sistema».



maci, acquistati in tutte le adozioni, riportare le diverse scadenze delle gare precedenti a un'unica scadenza contrattuale, con un importo di aggiudicazione annuo pari a 32 milioni (98,4 nel troncone). «Abbiamo vinto la scommessa», conclude Astorina, «spero che il consuntivo ci dia ragione».

Scommessa con criticità anche quella della Asl di Mantova, capofila dell'unione regionale d'acquisto che ha aderito al sistema dinamico di acquisizione per la Pa (SdPa) da 12 miliardi, di durata triennale, isoleto da Consip per le forniture farmaceutiche. Su un importo a base d'asta di 51,2 miliardi per un totale di 503 lotti, ne è stato aggiudicato poco più del 50% ed è stato negoziato circa l'81% del valore per un ribasso complessivo del 15%. Un risultato egregio. «Le procedure telematiche sono un'opportunità sia per la Pa che per le imprese», dicono **Davide Fal-**

litta), acquistati in tutte le adozioni, riportare le diverse scadenze delle gare precedenti a un'unica scadenza contrattuale, con un importo di aggiudicazione annuo pari a 32 milioni (98,4 nel troncone). «Abbiamo vinto la scommessa», conclude Astorina, «spero che il consuntivo ci dia ragione».

Scommessa con criticità anche quella della Asl di Mantova, capofila dell'unione regionale d'acquisto che ha aderito al sistema dinamico di acquisizione per la Pa (SdPa) da 12 miliardi, di durata triennale, isoleto da Consip per le forniture farmaceutiche. Su un importo a base d'asta di 51,2 miliardi per un totale di 503 lotti, ne è stato aggiudicato poco più del 50% ed è stato negoziato circa l'81% del valore per un ribasso complessivo del 15%. Un risultato egregio. «Le procedure telematiche sono un'opportunità sia per la Pa che per le imprese», dicono **Davide Fal-**

litta), acquistati in tutte le adozioni, riportare le diverse scadenze delle gare precedenti a un'unica scadenza contrattuale, con un importo di aggiudicazione annuo pari a 32 milioni (98,4 nel troncone). «Abbiamo vinto la scommessa», conclude Astorina, «spero che il consuntivo ci dia ragione».

Resparmi e problemi anche in Sardegna, dove la Asl 1 di Sassari ha aggregato i fabbisogni di tutte le Asl dell'area Nord in te-

### ANALISI SUL MERCATO DEI BENI E SERVIZI IN 140 BANDI

## Centrali acquisto poco inclini a diversificare: l'86% delle procedure fa rotta sui medicinali

**G**li economisti insegnano che per realizzare delle economie di scala occorre creare una massa critica di prodotti da aggregare. In generale si ritiene che sono potenzialmente aggregabili i beni caratterizzati da un alto volume di spesa e un basso livello di complessità. Se trasferiamo questi concetti all'aggregazione dei farmaci vediamo che questa massa critica c'è: parliamo infatti di gare composte da migliaia di lotti, non resta che verificare il grado di complessità nell'acquisto.

Tale grado è riconducibile a quattro fattori che, calati nella valutazione dei farmaci, si portano alle seguenti considerazioni:

1. I farmaci risultano già standardizzati con l'indicazione del principio attivo, alcuni problemi sorgono relativamente ai farmaci biologici;

2. l'influenza del personale sanitario nelle decisioni di acquisto risulta determinante sia nelle indicazioni di scelta del clinico alla dimissione ospedaliera che nelle prescrizioni dei

medici di famiglia sul territorio, ma tale influenza è contrattata alla libertà di scelta della cura, costituzionalmente garantita, alla quale fa da contrappeso la responsabilità professionale del medico stesso;

3. il grado di programmabilità trova una limitazione nella imprevedibilità del consumo dei farmaci, ma nel contempo si dispone di strumenti, quali il Pior, che definiscono i principi attivi da porre in gara e gli studi epidemiologici che forniscono una previsione sul fabbisogno di farmaci;

4. la concorrenzialità del mercato può essere in parte governata dalla stazione appaltante attraverso una composizione di lotti semplici, strutturati in modo da non creare sbarramenti all'accesso da parte delle imprese e quindi condizionare e ridimensionare le dinamiche del mercato competitivo, come in tal senso si sono espressi sia l'Avcp che l'Agem (Antitrust).

A partire da queste premesse ho realizzato una ricerca sull'aggregazione della domanda nelle procedu-

re di acquisto dei farmaci rispetto ad altri beni e servizi sanitari, per verificare verso quali settori merceologici è stato rivolto l'interesse delle centrali d'acquisto ad aggregare la domanda.

Lo studio è stato sviluppato sull'intero territorio nazionale, ovvero sui centrali d'acquisto distribuiti in modo uniforme nel territorio nazionale: Arca-Regione Lombardia; Ser Piemonte; Intervent Er - Regione Emilia Romagna; Easv Nord Ovest - Regione Toscana; So-Re-Sa - Regione Campania; Ssa - Regione Calabria e due Asl capofila di gare regionali, Abruzzo e Sicilia.

Il campione analizzato ha riguardato gare esperte a livello regionale e per Aree vaste. Il parere dei prodotti esaminati è risultato composto da beni e servizi sanitari, oggetto di contratti di somministrazione, con esclusione delle attrezzature perché trattasi di acquisti spot. Inoltre, al fine di non influenzare il campione, sono state escluse - seppur rilevate - le gare per acquisto di energia e tele-

fonia, trattandosi di fabbisogni che afferiscono senza distinzione a tutti gli Enti pubblici e non sono esclusivi del Ssn.

La rilevazione ha riguardato ben 140 bandi, oltre ai programmi annuali di acquisto delle diverse Regioni, in particolare i piani operativi delle Regioni sottoposte a piani di rientro.

Le difficoltà incontrate nella ricerca sono state dovute principalmente alla dispersione delle pubblicazioni dei bandi tra vari siti, aziendali, regionali, o piattaforme telematiche messe a disposizione da organismi pubblici (Consip) o da privati. Inoltre, in assenza di una Centrale di acquisti, è stato prima necessario individuare la Asl capofila e poi verificare il sito se aziendale o regionale (della Sanità o indistinto della Regione).

Quella che a prima vista poteva rappresentare una criticità - la mancata omogeneizzazione della durata dei contratti - è servita in realtà a individuare le strategie di scelta da parte delle Stazioni appaltatrici di ciascun prodotto in ordine a una diversa durata contrattuale (perché tra prodotti è stata applicata una differente durata contrattuale e con quali logiche).

I risultati hanno innanzitutto dimostrato - come era prevedibile, ma a tutt'oggi ancora non documentato -

che l'aggregazione dei farmaci rispetto ad altri beni e servizi ha una incidenza percentuale molto elevata, come rilevabile nella figura n. 1.

La media si attesta su una percentuale dell'86,50%, con picchi nelle Centrali di acquisto dell'Ente Nord Ovest, Ser Piemonte e della Regione Sicilia.

Una percentuale elevata sta a significare che la Centrale acquisti ha poco diversificato le categorie merceologiche da aggregare e ha puntato tutto sui farmaci. Su un dato pari a cento soltanto il 14% è stato finalizzato alla centralizzazione di altri beni e servizi.

Come si sono comportate di fatto le Regioni esaminate e quali sono le motivazioni generali e particolari che hanno determinato le differenze?

Partendo dalle motivazioni generali si può ritenere che:

- in primis i piani di rientro: al loro interno è stato previsto come in un "format" l'obbligo di indicazione di gare farmacia a livello regionale in Unione di acquisto tra le varie Aziende sanitarie, niente si ritrova per quanto riguarda altri beni e servizi;
- servizi: risultano complessi e molto differenziati tra di loro per le diverse esigenze da soddisfare;
- beni, in particolare i dispositivi medici: risulta difficile creare delle

24-30 settembre 2013

Sanità

SPECIALE 15



ma di farmaci ospedalieri e farmaci per la distribuzione diretta, nonché quelli di tutte le Asl regionali in tema di farmaci destinati alla distribuzione per conto. «Tra maggio e ottobre 2012 sono andati in gara 2.219 lotti per un valore a base d'asta di 628 milioni», riferisce **Maria Elena Serafini**, responsabile del servizio appalti della Asl sassarese. «Su un aggiudicato di 418 milioni di euro abbiamo ottenuto un risparmio medio superiore al 30%». Ma le criticità - almeno sul fronte dell'aggregazione - non sono certo mancate. La vicenda riguarda 28 lotti messi in gara a Sassari rivolgendosi assieme farmaci biotecnologici e biosimilari; il ricorso vinto da una azienda fornitrice ha indotto la Regione a superare la scelta dei bandi con lotti separati. Scenario ribattuto un anno dopo: la Asl di Cagliari mette a bando lotti separati: nuovo ricorso aziendale; la Regione ripresenta il lotto unico. «La spending dice che deve essere l'Aifa a decidere? Bene, lo faccia. Noi siamo

contesi», conclude la Serafini. «Servirebbe un Hta a livello nazionale. Ma intanto io cosa metto in gara?».

Insomma non è tutto oro quello che luccica come non mancano di segnalare le imprese. Più che mai concordati infatti i rilievi avanzati da **Farmindustria** e **Assogenerici**, separati in casa solo dalla frontiera dei biosimilari. Lamentela frontale, la carenza di dinamicità (la possibilità di espletare i cosiddetti "bandini" nei 4 anni dello Sda è rimasta lettera morta) e la crescente aggregazione degli acquirenti; le gare vengono bandite nella stragrande maggioranza dei casi su base regionale per un massimo di 36 mesi.

Così - dicono le imprese - «il rischio di una riduzione dei concorrenti resta dietro l'angolo mentre la qualità dei bandi non migliora, ma l'indeterminatezza dei quantitativi, possibilità di acquistare da soggetti diversi dall'aggiudicatario, clausole in materia di tempi di pagamento contrarie alla legge oltre a equivalenze

pre e post gara. Il percorso da fare è ancora lungo, e forse varrebbe la pena di sperimentare anche gli altri istituti introdotti dal Codice degli appalti - suggeriscono le farmaceutiche - . A esempio l'Accordo quadro, che potrà garantire una maggiore concorrenza in altri settori merceologici».

A richiamare gli uni e gli altri a logiche compatibili con la struttura del mercato è **Antonio Purpura** (ordinario di Economia industriale all'Università di Palermo). «Ben venga la centralizzazione - dice - ma non si dica che il risultato ottenuto chiude la partita. Perché le riduzioni non sono estese».

Il consiglio: «Le centrali di committenza devono reinventare il proprio ruolo nel marketing della competenza e le politiche devono pensare anche all'impatto sulle imprese. Altrimenti non ci saranno nuovi passi avanti per il Sns».

Sara Todaro

© RICERCA DI ECONOMIA

Figura 1 - Incidenza dei farmaci per centrale d'acquisto (%)

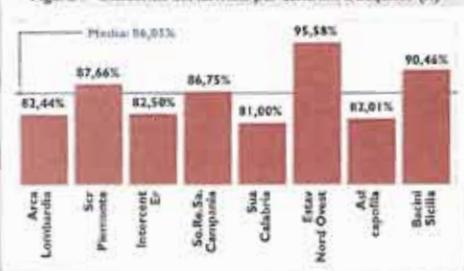
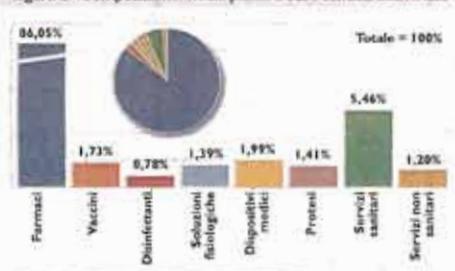


Figura 2 - Composizione media paniere delle centrali esaminate



categorie merceologiche omogenee, basti pensare alle censure sui prezzi di riferimento da parte del Tar. Spesso la omogeneizzazione di tali prodotti e servizi incontra serie difficoltà e contrasti all'interno dei gruppi di lavoro preposti a tale compito mentre per i farmaci tale percorso è superato dalla presenza dei Ptor che individuano già la composizione dei lotti sulla base dei principi attivi. Ciò ha comportato che frequentemente le gare regionali per i servizi hanno rappresentato spesso una sommatoria di lotti che individuavano le singole aziende, quindi un'apparente

centralizzazione. La conferma a questa teoria può essere rintracciata da ultimo nel recente decreto del «Fare», che ha ribadito la necessità di suddividere la gara in lotti per favorire la partecipazione delle piccole e medie imprese;

- nel caso dei farmaci esistono delle strutture verticistiche a livello regionale (Servizi farmaceutici) che «regolano» a livello centrale l'articolazione dei principi da porre in gara;
- difficoltà nella quantificazione della spesa per beni, diversi dai farmaci, e servizi: ritroviamo questi costi tutti ricompresi nei consuntivi interme-

di, mentre per i farmaci possiamo disporre della spesa specifica.

Andando nello specifico di quelle Regioni che sono al di sopra della media, va precisato che la percentuale elevata per l'Esav Nord Ovest è riconducibile al fatto che, al di fuori delle gare farmaci e di altre minori, la Centrale sviluppa un'aggregazione intensa verso procedure a livello aziendale e infraregionale; per Ser Piemonte sono assenti i servizi che in genere presentano un alto valore a base d'asta; per la Sicilia le gare centralizzate di valore elevato, oltre i farmaci, sono state indirizzate a gare

specifiche non oggetto di valutazione, quali eliosoccorso, rete radio 118 e consulenza direzionale.

Altro approfondimento va fatto relativamente alla composizione del paniere dei beni e servizi diversi dai farmaci. Come rilevabile dalla figura 2, all'interno dei servizi sanitari che totalizzano circa il 5,50%, le restanti voci non raggiungono il 2 per cento.

Dopo i farmaci la voce più ricorrente è rappresentata dai vaccini, presenti in tutte le centrali e Asl capofila rilevate, seguono i disinfettanti, i dispositivi medici, in particolare materiali di medicazione e per emodinamica e protesi, compresi gli assisti per incontinenza. Risulta apprezzabile il lavoro svolto da parte di alcune stazioni appaltatrici che hanno dato buona prova nell'affrontare procedure complesse, quali quelle per emodinamica e per protesi ortopediche.

Ultima considerazione, fermo il rispetto delle autonomie regionali, manca un coordinamento a livello nazionale che indirizzi le stazioni appaltatrici su quali tipologie merceologiche orientarsi nell'indizione delle gare.

Con le dovute limitazioni sul campione esaminato possono essere tralasciati i risultati della ricerca sui dati pubblicati nella relazione della Corte dei conti sulla gestione finanziaria delle Regioni 2011. A fronte del valore della spesa per farmaci a livello nazionale, pari all'8,25% (con una contrazione percentuale del 7,3 nel 2012), si espletano gare per il 30% mentre per i consumi intermedi con una spesa percentuale di circa il 30% (con un aumento del 2,4% nel 2012) si espletano gare per il 14 per cento.

Sorge spontanea la domanda: «Ma perché si insiste solo sui farmaci?».

Antonio Amoroso  
Direttore Fare

© RICERCA DI ECONOMIA

# Dal sole 24 ORE Sanità, ottobre 2013



REPORT CITTADINANZATTIVA-FARE/ Stop all'economicismo fai-da-te: serve una norma nazionale

## Biosimilari, roulette regionale

Mercato globale a 2,44 miliardi - Boom di scadenze brevettuali in arrivo

«N» alla tentazione di scegliere le cure su criteri di risparmio economico serve una norma di rango superiore, valida a livello nazionale, che mantenga saldamente nelle mani del medico la decisione sulla prescrizione dei biologici e dei biosimilari, impedendo lo switch automatico e garantendo la continuità terapeutica ai pazienti.

A lanciare l'allarme su "fai-da-te" regionale in tema di biosimilari è Cittadinanzattiva, nel primo rapporto nazionale su «Farmaci biologici e biosimilari. L'acquisto e l'accesso nelle Regioni», curato da Maria Teresa Bressi (responsabile del progetto) e Tonino Aceti (Coordinatore nazionale del Tam e delle associazioni dei medici cronici - Cransc), in collaborazione con Claudio Amaro (direttore Fare - Federazione degli arcioni e preveditori del Sez), presentato a Montecitorio con la partecipazione di un folto gruppo di esperti, rappresentanti del mondo scientifico e istituzionale e parlamentari.

Obiettivo ritrovare la bussola del diritto alla salute uguale per tutti su un tema le cui criticità restano immense, proprio alla vigilia di un cambiamento epocale per il settore, determinato dalla scadenza tra il 2014 e il 2018 delle

Regione	Lotto unico farmaci originator o biosimilari	Lotti distinti originator o biosimilari	Continuità terapeutica	Utilizzo prezzi gara per continuità	Nuovo confronto per continuità
Abruzzo	Si		Si	Si	
Basilicata (1)	No		No		
Calabria (2)		Si			
Campania		Si	Si		
Emilia-R.	Si		Si		Si
Friuli V.G.		Si dopo astensione	Si		Si
Lazio	Si		Si		Si
Liguria		Si			
Lombardia (3)	Si		Si		Si
Marche	Si				
Molise	Si		Si	Si	
Piemonte	Si		Si	Si	
Pa Bolzano	Si				
Pa Trento	Si		Si		Si
Puglia	Si dopo astensione		Si	Si	
Sardegna	Si		Si		
Sicilia		Si	Si		
Toscana	Si		Si	Si	
Umbria	Si		Si		Si
Vale d'Aosta		Si			
Veneto	Si		Si		

(1) È stato recepito il prezzo in Dpc dei biosimilari ma non lotto unico  
(2) Nella gara per continuo ospedaliere è presente un lotto unico: non sono previsti biologici, soltanto in Pte  
(3) Differenzia a livello regionale  
Fonte: Fare (Federazione associazioni regionali preveditori-economici della Sanità) - agosto 2013 - Ansa C.

Procedura utilizzata	2010	2011	2012	2013
Tradizionale (cartaceo)	1	4	1	1
Asta elettronica (Dpr 181/2001)	4	5	3	-
Sda	-	2	13	11
Scdpa	-	-	1	8
Accordo quadro	-	-	1	-
Parzialmente telematica	-	-	-	1
<b>Totale procedure</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>19</b>

Fonte: Fare (Federazione associazioni regionali preveditori-economici della Sanità) - Agosto 2013 - Ansa C.

Descrizione	Valori
N. medio lotti per gara	1,917
Importi medi (milioni di euro) per gara	929
Durata media della fornitura in mesi	36

Fonte: Fare (Federazione associazioni regionali preveditori-economici della Sanità) - agosto 2013 - Ansa C.

coperture brevettuali di alcuni tra i farmaci biologici più utilizzati.

«Si stima che nel 2013 il mercato dei farmaci biosimilari raggiungerà un valore di 2,44 miliardi di dollari, pari a circa il 2% del mercato complessivo dei farmaci biologici, con una crescita di oltre il 20% rispetto al 2012» - spiega Aceti - «In Italia il mercato dei biosimilari è ancora ridotto rispetto ad altri Paesi, ma le prospettive di ampliamento sono ampie. Tra i farmaci biosimilari presto disponibili ci saranno più di 12 anticorpi monoclonali utilizzati nelle cure oncologiche, per la leucemia, il diabete, le malattie autoimmuni. Il

**L'EMA E L'AIFA**

Il concetto di "medicinale biologico simile" è stato introdotto nella legislazione dell'Ue con la direttiva 2001/83/CE, recepita in Italia con il Dgs 219/2006. Le linee guida generali dell'EMA del 2005 fissano i requisiti minimi dei prodotti biosimilari e linee guida specifiche per diverse classi terapeutiche, elaborando un approccio basato sulla dimostrazione della comparabilità (comparability exercise) ossia della similarità del biosimilare con l'originatore in termini di qualità, sicurezza ed efficacia. I primi due biosimilari sono stati approvati nel 2006: al 2012 ne risultavano autorizzati 14 per 3 sostanze: somatostatina, epomina alla zeta, filgrastim. Le linee guida dell'EMA - sulla cui revisione è in corso e sta per concludersi il processo di consultazione pubblica - non prevedono l'intercambiabilità tra biosimilari e lasciano la decisione circa il farmaco da utilizzare (se originatore o biosimilare) al personale qualificato. Molti Paesi Ue hanno adottato norme che impediscono al farmacia ospedaliera di sostituire l'originatore prescritto dal medico con un biosimilare.

**L'AIFA**

Nel position paper ufficializzato a maggio l'Aifa ribadisce che un biosimilare è il suo prodotto di riferimento, essendo ottenuto con modalità differenti, non sono identici, ma essenzialmente simili in qualità, sicurezza ed efficacia e che «la decisione sulla scelta prescrittiva va affidata al personale qualificato».

L'Aifa precisa anche che nei biosimilari le diverse indicazioni dell'originatore devono essere confermate o, se necessario, dimostrate separatamente per ogni singola indicazione e che l'eventuale utilizzo off label autorizzato per l'originatore verrà valutato caso per caso dalla Cia nei biosimilari. Si specifica inoltre che i pazienti "naïve" sono quelli non esposti a terapia o per i quali le precedenti esposizioni sono sufficientemente distanti a giudizio del clinico. L'agenzia si riserva comunque di valutare caso per caso l'applicabilità dei principi generali nonché quello di modificare le proprie posizioni sui singoli prodotti allo sulle singole categorie terapeutiche con l'evolversi delle conoscenze in materia.

**LYAN**

La pronuncia dei giudici amministrativi sono circa una decina. Tar Emilia Romagna (2009) respinge il ricorso contro il bando della Ad di Bologna che compariva in base al prezzo biologico con principi attivi diversi considerati equivalenti.

Tar Toscana (2010) conferma la necessità di confronti comparativi, continuità terapeutica e libera scelta del medico.

Tar Lombardia (2011): differenzia il concetto di equivalenza terapeutica nei pazienti già in cura e nel "naïve" nei secondi originatore e biosimilare sono messi sullo stesso piano. Tar Sardegna (2011): la concorrenza biosimilare-originator va motivata in base alle esigenze cliniche (biologico). Tar Molise (2013) giudica illegittima la scelta di orientare l'aggiudicazione della gara verso i biosimilari esclusivamente su obiettivi di risparmio (costo terapia -40%). Tar Umbria (2013): «Stipulare l'equivalenza terapeutica tra i farmaci spetta solo all'Aifa». Tar Lazio (2013): «I biosimilari non possono essere in alcun modo considerati dei veri e propri farmaci equivalenti rispetto all'originatore».

Regione	Biosimilare per il paziente naive	Continuità terapeutica	Previdenza della prescrizione e necessità di relazione sulla prescrizione	Obiettivi economici e di risparmio o obiettivi per i cittadini generali
Basilicata	I pazienti "drug naïve" devono essere curati con farmaci biosimilari a parità di indicazioni terapeutiche e modalità di somministrazione dei farmaci biologici in commercio	In caso di inefficacia terapeutica, di non sufficiente risposta terapeutica o manifesta intolleranza al biosimilare al paziente va garantito il farmaco biologico		Inteso nel Documento annuale di budget
Calabria	Nessun problema nell'uso dei biosimilari in pazienti di nuova diagnosi e drug naïve: si raccomanda cautela soprattutto nel primo periodo di terapia	Continuità terapeutica su richiesta del clinico	Continuità terapeutica su richiesta del clinico	
Campania	Farmaco biosimilare da usare sempre nei pazienti naïve per tutte le indicazioni terapeutiche		Relazione trimestrale alla Regione	Conferma e riduzione dei costi prescritti Valutazione negativa e cura
Emilia-Romagna	Non ci sono ragioni regolatorie o etiche per privilegiare l'uso degli originator rispetto ai biosimilari	La sostituzione del farmaco è possibile previa elaborazione di documentazione tecnico-scientifica	Documentazione tecnico-scientifica per garantire continuità terapeutica	
Friuli V.G.				Incrementare la prescrizione dei biosimilari
Lazio	Seguire le autorizzazioni d'uso registrate dall'Aifa	Gli specialisti sono tenuti a prescrivere il farmaco rispondente al miglior rapporto costo-beneficio, garantendo la continuità terapeutica solo se ritenuta indispensabile		Si invitano gli specialisti a prescrivere il farmaco che presenti il miglior rapporto costo-beneficio
Liguria	Indifferente l'uso di originatore o biosimilare per pazienti che non abbiano iniziato il trattamento. Possono tuttavia esservi delle speciali condizioni cliniche che consigliano l'utilizzo di uno specifico trattamento	Garantire la continuità terapeutica a meno che siano emersi specifici inconvenienti che richiedano un cambiamento		
Lombardia	Uso dei biosimilari ai pazienti in decisione per pazienti di nuova diagnosi		Monitoraggio mensile sulle prescrizioni dei biosimilari	Obiettivo vincolante per AVG l'uso e prescrizione dei biosimilari ai pazienti drug naïve
Marche	Per i pazienti naïve si raccomanda l'utilizzo del farmaco più vantaggioso per il SSN			Risparmio stesso: 3 milioni di euro. È previsto un incremento dell'uso di farmaci (in Dc) biosimilari o/o dei componenti originatori (classi B01XA e L01AA) di almeno il 40% in Dcd a partire dal 2013



Piattaforme telematiche utilizzate nelle gare

Piattaforme telematiche utilizzate	N. Regioni
Sistemi propri delle Centrali di acquisto	3
Contajp	9
Sistemi telematici affidati a società esterne	8

Fonte: Fim (Federazione associazioni regionali previdenzionari della Sanità) - agosto 2013 - Anversa C.

Centralizzazione degli acquisti: il quadro nazionale

Centrali acquisto
• <b>Liguria:</b> Centrale regionale di acquisto per Sr
• <b>Piemonte:</b> Società di committenza Regione (So)
• <b>Lombardia:</b> Agenzia regionale normale acquisti (Arca)
• <b>Friuli Venezia Giulia:</b> Dipartimento sanità convegni (Dsc)
• <b>Toscane:</b> Etsa Nord-Ovest, Centro e Sud-Est
• <b>Emilia Romagna:</b> Intercent - EriArea Vasta (Aren-Avic-Avic)
• <b>Lazio:</b> Area centrale acquisti e crediti sanitari
• <b>Sardegna:</b> Centro acquisti territoriale (Cat)
• <b>Campania:</b> Società regionale per la Sanità (So.Ri.Sa.)
• <b>Puglia:</b> EriPula
• <b>Basilicata:</b> Dipartimento interregionale del Sr
• <b>Calabria:</b> Stazione unica appaltante (Sua)
• <b>Marche:</b> Suan Stazione unica appaltante Marche

Alti acquisti
• <b>Veneto:</b> Centro regionale acquisti per la Sanità (Cra)
• <b>Stiglia:</b> Bassino occidentale e bacino orientale
• <b>Abruzzo:</b> Ufficio unico degli acquisti

Alti unica regionali
• <b>Valle d'Aosta</b>
• <b>Molise (Arem)</b>
• <b>Azienda unica provinciale Regione Trentino Alto Adige</b>
• <b>Bolzano</b>
• <b>Trento</b>

Fonte: Fim (Federazione associazioni regionali previdenzionari della Sanità) - agosto 2013 - Anversa C.

I dieci principi guida da garantire a livello nazionale

- Sviluppare un mercato competitivo garantendo i pazienti
- Garantire che la scelta del farmaco resti una decisione clinica
- Evitare lo switch e garantire la continuità terapeutica
- Garantire la farmacovigilanza attiva e passiva e post marketing
- È fondamentale la tracciabilità del farmaco
- No all'estensione automatica di indicazioni terapeutiche
- Dare una informazione puntuale e indipendente degli operatori
- Garantire il consenso davvero informato da parte del paziente
- Strutturare i lotti di gara su fabbricgi
- Dare priorità alla sicurezza del paziente rispetto al risparmio

tutto in una cornice nazionale ancora indefinita, tanto che in più casi a decidere la terapia sono stati i giudici amministrativi. E le oltre 200 pagine del rapporto Cittadinanzattiva-Pare focalizzano proprio l'attenzione sul moltiplicarsi di interpretazioni e indirizzi diversi da parte delle Re-

gioni, sistematizzando le conoscenze e le informazioni a oggi esistenti, raccogliendo il punto di vista delle società scientifiche, delle aziende, dei provider e dei pazienti. E dando conto degli orientamenti giurisprudenziali in materia. «Le indicazioni dell'Ina e del-

le esplicitamente richiesta dal medico prescrivente e supportata da relazione tecnica, mentre per i pazienti "drug naive" viene previsto direttamente il Piano del biosimilare, convalida la Bressi. L'approccio economico, in ogni caso, è predominate in alcuni casi vengono indicati anche specifici obiettivi di consumo, come in Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige (incremento dei consumi di biosimilari del 20%) o in Veneto, dove si stabilisce che deve essere trattato con biosimilari almeno l'80% dei pazienti naive.

Sotto la lente - grazie all'analisi realizzata da Claudio Amoroso - anche la strutturazione delle gare. «Abbiamo analizzato la configurazione di tutte le centrali di acquisto regionali e i contratti di fornitura di farmaci di tutte le Regioni italiane ma il 2010 e l'agosto 2013, dedicando un focus specifico alle classifiche regionali relative a biologici e biosimilari, alla composizione dei lotti di gara e alla presenza di lotti specifici dedicati ai biosimilari, valutando le ricadute che tali forme aggregative hanno sui pazienti utilizzatori». Il monitoraggio ha riguardato i primi tre principi attivi i cui brevetti risultano scaduti, e, quindi, per i quali sono disponibili i biosimilari e precocemente: epoetin, filgrastim e somatostatina. «Nella maggior parte delle gare esaminate -

Sara Todaro  
di ANSA/ITALIA PRESS

IL CONSIGLIO DI STATO

Nel 2007 rispondendo a un quesito della Regione Molise il Cgs ha stabilito che ai lotti di gara dei prodotti biologici e biosimilari non devono mentonare il concetto di equivalenza, ma la composizione e le indicazioni terapeutiche del prodotto. È tornato a pronunciarsi in materia nel 2011, in merito alla concessione di una gara bandita in Toscana, affermando che sulla base delle opinioni espresse dalle autorità sanitarie, biosimilari e originario possono essere usati come se fossero equivalenti, con la scaturita, una volta iniziato il trattamento con un prodotto (non importa quale), di proseguirlo sempre con lo stesso prodotto. Nuovamente nel 2011 ha confermato le determinazioni del Tar Friuli e respinto il ricorso contro una circolare che non preclude la possibilità di utilizzare il farmaco biosimilare originario, ma la subordinata all'accertata efficacia o tossicità, nei singoli casi, del farmaco biosimilare e ha concluso sottolineando che, essendo un indirizzo giurisprudenziale che va emergendo, i farmaci biosimilari sono da assimilare a c.d. originari.

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Questi i punti concordati nei pareri su biologici e biosimilari di Alom, Fare, Flaco, Silo, Sim e Sir

- I biosimilari sono un'opportunità per l'accesso alle cure e alle nuove terapie innovative ma vanno utilizzati soprattutto in presenza di "drug naive" e con le adeguate cautele;
- la decisione sulla prescrizione di tutti i farmaci deve essere lasciata allo specialista che ne è responsabile;
- la sostituibilità automatica non è accettabile;
- è importante garantire la continuità terapeutica;
- è fondamentale garantire la farmacovigilanza attiva e passiva post marketing (monitoraggio costante su uso, effetti e reazioni avverse) e la tracciabilità del farmaco;
- ogni nuova indicazione terapeutica anfibrevi sottoposta a un proprio iter regolatorio;
- deve essere fornita una informazione puntuale e indipendente agli operatori sanitari e al paziente.

LE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Aspetti concordati da Amur, Anvic, Bianco Alcone, Forum Antidropatici e trapiantati, Similia e Walco

- ogni paziente ha una propria realtà clinica: vanno mantenuti i margini di sicurezza e di risposta acquisiti;
- il medico deve poter scegliere la terapia migliore senza limitazioni di carattere amministrativo;
- non deve essere praticata la sostituzione automatica;
- il paziente deve essere adeguatamente informato sulla terapia a cui viene sottoposto;
- il paziente naive e solo chi non ha mai assunto una determinata terapia;
- gli studi riguardanti ciascuna indicazione terapeutica devono essere condotti ex novo;
- farmacovigilanza e studi post marketing sono fondamentali;
- sicurezza dei processi produttivi e tracciabilità del farmaco vanno garantite a tal fine sarebbero utili appositi registri.

orientamenti regionali

Regione	Biosimilare per il paziente naive	Continuità terapeutica	Principali della prescrizione e necessità di riduzione delle prescrizioni	Obiettivi economici e di risparmio e obiettivi per i direttori generali
Molise	Biosimilari per i pazienti drug naive salvo diversa indicazione terapeutica o giudizio clinico	Switch verso farmaco biosimilare (se disponibile a minor prezzo) salvo diverso giudizio clinico e condizioni di complessità assistenziale, oggetto di specifica relazione tecnica. Continuità terapeutica per efficacia terapeutica, non sufficiente risposta o intolleranza al biosimilare	Realizzazione tecnica alla Cr (Commissione terapeutica regionale)	
Piemonte	Biosimilare consigliato per i pazienti naive	Consigliata la continuità terapeutica		
Puglia		Sostituibilità in assenza di esplicita indicazione di non sostituibilità o ricetta. Sostituzione nelle prime terapie e in quelle effettuate in intervalli di tempo. Sostituzione automatica sempre se il medico usa la denominazione comune (Dc) e con il nome commerciale	Per continuità terapeutica necessaria esplicita indicazione di non sostituibilità	
Sardegna	I drug naive devono essere trattati con il medicinale aggiudicato con procedura pubblica di acquisto	Switch non consigliato e di permesso del medico prescrivente, escluso ogni forma di sostituzione automatica	Realizzazione trimestrale delle direttive sanitarie alla commissione regionale appositamente costituita	
Stiglia	Trattamento con farmaco biosimilare per i pazienti naive	Garantire la continuità terapeutica		Nel rispetto del costo economicamente più vantaggioso per il Sr
Toscane	Utilizzare il prodotto aggiudicatario di gara salvo esplicita indicazione del medico prescrivente	Utilizzare il prodotto aggiudicatario di gara salvo esplicita indicazione del medico prescrivente	Se lo specialista prescrive un farmaco diverso da quello che ha aggiudicato la gara deve inviare una relazione alla direzione sanitaria di appartenenza	
Trentino Alto Adige				Si attende di incrementare l'utilizzo dei farmaci biosimilari di tre categorie terapeutiche (GGF, enteropatia e immunosopressori) di almeno il 20% a livello aziendale rispetto all'anno 2012
Veneto	Per i pazienti naive utilizzo del biosimilare salvo richiesta adeguatamente motivata	Continuità terapeutica per i pazienti cronici già in trattamento	Richiesta adeguatamente motivata per originario in pazienti naive	La percentuale di pazienti naive trattati con biosimilari non deve essere inferiore all'80%

Nota: nelle Regioni Abruzzo, Umbria e Valle d'Aosta non esistono indicazioni specifiche in materia

# Nuova Tabella obblighi/facoltà per gli acquisti di beni e servizi aggiornata ad ottobre 2013

In attuazione dell'art. 1, comma 158 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, è stato emanato il Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente l'individuazione delle categorie di beni e servizi, per le cui acquisizioni le Pubbliche Amministrazioni statali, fermi restando gli obblighi di ricorso agli strumenti di acquisto del Programma di razionalizzazione previsti dalla normativa vigente, sono tenute a procedere attraverso strumenti di acquisto informatici propri o messi a disposizione dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Lo scopo è quello di incrementare la trasparenza e l'economicità della gestione dei contratti pubblici attraverso la diffusione dell'utilizzo, tra le Pubbliche Amministrazioni statali, degli strumenti informatici per l'espletamento delle procedure di acquisizione di beni e servizi.

A partire dal sesto mese dall'entrata in vigore del decreto e fino a emanazione del successivo, le Pubbliche Amministrazioni statali sono tenute a procedere attraverso strumenti di acquisto informatici per l'acquisizione di alcune categorie di beni e servizi rientranti nell'ambito IT (secondo i CPV indicati nel decreto), nel caso in cui l'importo a base d'asta per le relative acquisizioni sia superiore alla soglia di 2,5 milioni di euro.

Consp con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha elaborato una tabella che vuole orientare e facilitare le pubbliche amministrazioni nell'acquisto di beni e servizi, ponendosi come agile strumento di consultazione. La tabella è consultabile ai link: [www.dag.mef.gov.it](http://www.dag.mef.gov.it); [www.acquistinretepa.it/tabella](http://www.acquistinretepa.it/tabella); [www.consp.it/tabella](http://www.consp.it/tabella)

**TABELLA OBBLIGO-FACOLTÀ DAL 1° GENNAIO 2013 Strumenti del Programma di razionalizzazione degli acquisti**

Merceologia	Importo	Amministrazioni statali	Amministrazioni regionali <sup>1</sup>	Enti del servizio sanitario nazionale <sup>2</sup>	Amministrazioni territoriali non regionali <sup>3</sup>	Scuole ed università	Altre Amministrazioni	Organismi di diritto pubblico (società a totale partecipazione pubblica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>energia elettrica</li> <li>gas</li> <li>carburanti rete ed extra-rete</li> <li>combustibili per riscaldamento</li> <li>telefonia fissa</li> <li>telefonia mobile</li> </ul>	Soprasoglia comunitaria	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp (oltre che ad AQ e gare su delega obbligatori individuati da apposito dm); in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp; oppure acquisti autonomi a condizioni e nei limiti di cui all'art. 1, comma 3 del d.l. 95/2012 <sup>4</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni o AQ di Consp o della CAT di riferimento, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>5</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni delle CAT di riferimento o, in mancanza, di Consp; in assenza di convenzioni, <b>obbligo</b> di ricorso a strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consp o dalla CAT di riferimento <sup>6</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni o AQ di Consp o della CAT di riferimento, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>7</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp; in caso di assenza <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp o a convenzioni o AQ della CAT di riferimento se applicabile, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento, se applicabile; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento se applicabile <sup>8</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni o AQ di Consp o della CAT di riferimento, se applicabile, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento, se applicabile; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento se applicabile <sup>9</sup> .	Obbligo per le società a totale partecipazione pubblica inserite nel conto ISTAT di ricorso a convenzioni o AQ di Consp o della CAT di riferimento, oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>10</sup> .
	Sottosoglia comunitaria	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp (oltre che ad AQ e gare su delega obbligatori, individuati da apposito dm) o al MePA; in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp, oppure a ulteriori sistemi telematici di negoziazione di Consp; oppure acquisti autonomi a condizioni e nei limiti di cui all'art. 1, comma 3 del d.l. 95/2012 <sup>11</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento) o al sistema telematico della CAT di riferimento ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp o a convenzioni o AQ della CAT di riferimento, oppure a ulteriori sistemi telematici di Consp oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>12</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni delle CAT di riferimento o, in mancanza, di Consp; in assenza di convenzioni, <b>obbligo</b> di ricorso a strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consp o dalla CAT di riferimento <sup>13</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento) o al sistema telematico della CAT di riferimento ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp o a convenzioni o AQ della CAT di riferimento; oppure a ulteriori sistemi telematici di Consp oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>14</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni Consp; o al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento se applicabile) o al sistema telematico della CAT di riferimento se applicabile e, con le modalità previste con DM MIUR; in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp o a convenzioni o AQ della CAT di riferimento se applicabile, oppure ad ulteriori sistemi telematici di Consp; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento se applicabile <sup>15</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento se applicabile) o al sistema telematico della CAT di riferimento se applicabile ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza, <b>obbligo</b> di ricorso ad AQ di Consp o a convenzioni o AQ della CAT di riferimento se applicabile, oppure ad ulteriori sistemi telematici di Consp; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento se applicabile <sup>16</sup> .	Obbligo per le società a totale partecipazione pubblica inserite nel conto ISTAT di ricorso a convenzioni o AQ di Consp o della CAT di riferimento; oppure a sistemi telematici di negoziazione di Consp o della CAT di riferimento; oppure <b>acquisti autonomi a corrispettivi inferiori</b> a quelli delle convenzioni Consp e della CAT di riferimento <sup>17</sup> .
Altre merceologie presenti in strumenti Consp o centrali di acquisto regionale	Soprasoglia comunitaria	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp (oltre che ad AQ obbligatori o gare su delega obbligatori individuati da apposito dm); in caso di assenza <b>facoltà</b> di ricorso ad AQ Consp o SDAPA <sup>19</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni regionali laddove previsto in norma regionale. Se assente, <b>facoltà</b> di utilizzo delle convenzioni, degli AQ di Consp e dello SDAPA (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>20</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni delle CAT di riferimento o, in mancanza, di Consp; in assenza di convenzioni, <b>obbligo</b> di ricorso a strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consp o dalla CAT di riferimento <sup>21</sup> .	<b>Facoltà</b> di utilizzo delle convenzioni, degli AQ e dei sistemi telematici di Consp o della CAT di riferimento (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>22</sup> .	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp; in caso di assenza <b>facoltà</b> di ricorso ad AQ Consp o SDAPA <sup>23</sup> .	<b>Facoltà</b> di utilizzo delle convenzioni, degli AQ Consp o dello SDAPA (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>24</sup> .	<b>Facoltà</b> di ricorso alle convenzioni Consp, agli AQ Consp e allo SDAPA <sup>25</sup> .
	Sottosoglia comunitaria	Obbligo di ricorso a convenzioni Consp (oltre che ad AQ e gare su delega obbligatori individuati da apposito dm) o al MePA; in caso di assenza <b>facoltà</b> di ricorso ad AQ Consp o SDAPA <sup>26</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento) o al sistema telematico della CAT di riferimento ovvero ricorso alle convenzioni Consp; <b>obbligo</b> di ricorso a convenzioni regionali laddove previsto in norma regionale; in caso di assenza, <b>facoltà</b> di utilizzo degli AQ Consp e dello SDAPA (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>27</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni delle CAT di riferimento o, in mancanza, di Consp; in assenza di convenzioni, <b>obbligo</b> di ricorso a strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consp o dalla CAT di riferimento <sup>28</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento) o al sistema telematico della CAT di riferimento ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza, <b>facoltà</b> di utilizzo degli AQ Consp e dello SDAPA (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>29</sup> .	Obbligo di ricorso alle convenzioni Consp; o al MePA o altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento se applicabile) o al sistema telematico della CAT di riferimento, ove applicabile, ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza <b>facoltà</b> di ricorso ad AQ Consp o SDAPA <sup>30</sup> .	Obbligo di ricorso al MePA o ad altri mercati elettronici (proprio o della CAT di riferimento, se applicabile) o al sistema telematico della CAT di riferimento, ove applicabile, ovvero ricorso alle convenzioni Consp; in caso di assenza <b>facoltà</b> di ricorso ad AQ Consp o SDAPA (con <b>obbligo</b> di rispetto del benchmark Consp) <sup>31</sup> .	<b>Facoltà</b> di ricorso al MePA, alle convenzioni Consp, agli AQ Consp, e allo SDAPA <sup>32</sup> .

## DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

### MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 23 maggio 2013.

**Individuazione delle categorie di beni e servizi per i quali le pubbliche amministrazioni sono tenute a procedere alle relative acquisizioni attraverso strumenti di acquisto informatici, ai sensi dell'articolo 1, comma 158, della legge 24 dicembre 2012, n. 228.**

#### IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e successive modificazioni e integrazioni, il quale prevede che il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica stipula, nel rispetto della vigente normativa in materia di procedure ad evidenza pubblica e di scelta del contraente, convenzioni per la fornitura di beni e servizi con le quali l'impresa prescelta si impegna ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima complessiva stabilita dalla convenzione ed ai prezzi e condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura deliberati dalle amministrazioni dello Stato, anche con il ricorso alla locazione finanziaria;

Visto il decreto ministeriale del 24 febbraio 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 10 marzo 2000, n. 58, con il quale il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica attribuisce alla Consip S.p.A. l'incarico di stipulare le convenzioni per l'acquisto di beni e servizi per conto delle amministrazioni dello Stato di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488 e successive modificazioni e integrazioni;

Visto l'art. 58, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, il quale dispone che le convenzioni di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, sono stipulate dalla Consip S.p.A. per conto del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, ovvero per conto delle altre pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'art. 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Visto il decreto ministeriale del 2 maggio 2001, con cui il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ha affidato alla Consip S.p.A. le iniziative ed attività di cui all'art. 58 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 ed ha previsto, in tale ambito, la stipula di un'apposita convenzione tra la predetta società e lo stesso Ministero per regolare i rapporti reciproci, fermo restando quanto già previsto dal citato decreto ministeriale del 24 febbraio 2000;

Visto l'art. 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni, il quale stabilisce che: tutte le amministrazioni statali centrali e periferiche, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni educative e le istituzioni

universitarie, sono tenute ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni quadro; le restanti amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni, possono ricorrere alle convenzioni di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, ovvero ne utilizzano i relativi parametri di prezzo - qualità come limiti massimi per la stipulazione dei contratti di acquisto di beni e servizi; gli enti del Servizio sanitario nazionale sono in ogni caso tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni quadro stipulate da Consip S.p.A.;

Visto l'art. 1, comma 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni e integrazioni, il quale stabilisce che: le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e delle scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, per gli acquisti di beni e servizi al di sotto della soglia di rilievo comunitario, sono tenute a fare ricorso al mercato elettronico della pubblica amministrazione di cui all'art. 328, comma 1, del regolamento di cui al D.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207; fermi restando gli obblighi e le facoltà previsti al comma 449 del medesimo art. 1, le restanti amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia di rilievo comunitario sono tenute a fare ricorso al mercato elettronico della pubblica amministrazione ovvero ad altri mercati elettronici istituiti ai sensi del medesimo art. 328 ovvero al sistema telematico messo a disposizione dalla centrale regionale di riferimento per lo svolgimento delle relative procedure; per gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado, nonché le istituzioni educative e le università statali, tenendo conto delle rispettive specificità, sono definite, con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, linee guida indirizzate alla razionalizzazione e al coordinamento, degli acquisti di beni e servizi omogenei per natura merceologica tra più istituzioni, avvalendosi delle procedure di cui al comma 450;

Visto l'art. 2, comma 574, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il quale stabilisce che, fermo restando quanto previsto dagli articoli 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e 58 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e dall'art. 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dei prospetti contenenti i dati di previsione annuale dei fabbisogni di beni e servizi di cui al comma 569 dell'art. 2 della medesima legge 24 dicembre 2007, n. 244, individua, entro il mese di marzo di ogni anno, con decreto, segnatamente in relazione agli acquisti d'importo superiore alla soglia comunitaria, secondo la rilevanza del valore complessivo stimato, il grado di standardizzazione dei beni e dei servizi ed il livello di aggregazione della relativa domanda, nonché le tipologie dei beni e dei servizi non oggetto di convenzioni stipulate da Consip S.p.A. per le quali le amministrazioni

statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, sono tenute a ricorrere alla Consip S.p.A., in qualità di stazione appaltante ai fini dell'espletamento dell'appalto e dell'accordo quadro, anche con l'utilizzo dei sistemi telematici;

Visto l'art. 1, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale stabilisce che, fermo quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dall'art. 2 comma 574, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, le amministrazioni pubbliche e le società inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'ISTAT ai sensi dell'art. 1 della legge n. 196/2009, a totale partecipazione pubblica diretta o indiretta, sono tenute ad approvvigionarsi - relativamente alle categorie merceologiche ivi individuate - attraverso le convenzioni o gli accordi quadro messi a disposizione da Consip e dalle centrali di committenza di riferimento costituite ai sensi dell'art. 1, comma 455 della legge n. 296/2006 ovvero ad esperire proprie autonome procedure nel rispetto della normativa vigente, utilizzando i sistemi telematici di negoziazione di Consip o della centrale di committenza regionale di riferimento, facendo salva la possibilità di procedere ad affidamenti, nelle indicate categorie merceologiche, anche al di fuori delle predette modalità, a condizione che gli stessi prevedano corrispettivi inferiori a quelli indicati nelle convenzioni e accordi quadro messi a disposizione da Consip e dalle centrali di committenza regionali;

Visto l'art. 1, comma 158, della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (c.d. legge di stabilità), il quale stabilisce che: fermo restando quanto previsto all'art. 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, all'art. 2, comma 574, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e all'art. 1, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro il 31 marzo di ogni anno, sono individuate le categorie di beni e di servizi nonché la soglia al superamento della quale le amministrazioni pubbliche statali, centrali e periferiche procedono alle relative acquisizioni attraverso strumenti di acquisto informatici propri ovvero messi a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante «Codice dell'Amministrazione Digitale», così come integrato e modificato dai successivi interventi normativi;

Visto il decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE» ed il D.P.R. 5 ottobre 2010 n. 207 recante «Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163» che disciplinano l'utilizzo di sistemi telematici e dispositivi e mezzi elettronici nelle procedure di acquisizione di beni e servizi;

Visto l'art. 287, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica del 5 ottobre 2010, n. 207, il quale stabilisce che: fatta salva la facoltà di ciascuna stazione appaltante di istituire un sistema dinamico di acquisizione ai sensi dell'art. 60 del codice, il Ministero dell'economia e delle finanze, anche avvalendosi di Consip S.p.A. ed utilizzando le proprie infrastrutture tecnologiche, può provvedere alla realizzazione e gestione di un sistema dinamico di acquisizione per le stazioni appaltanti, predisponendo gli strumenti organizzativi ed amministrativi, elettronici e telematici necessari alla sua realizzazione e gestione nonché curando l'esecuzione di tutti i servizi informatici, telematici, e di consulenza necessari alla compiuta realizzazione del sistema stesso, ivi comprese tutte le attività necessarie per l'istituzione del sistema dinamico di acquisizione e per l'ammissione allo stesso;

Visto il Regolamento (CE) n. 213 del 28 novembre 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'Unione Europea del 15 marzo 2008 recante «modifica del regolamento (CE) n. 2195/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al vocabolario comune per gli appalti pubblici (CPV) e delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio relative alle procedure per gli appalti pubblici, per quanto riguarda la revisione del CPV»;

Considerata la necessità di procedere, in attuazione dell'art. 1, comma 158 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, all'individuazione delle categorie di beni e servizi nonché della soglia al superamento della quale le amministrazioni pubbliche statali, centrali e periferiche procedono alle relative acquisizioni attraverso strumenti informatici propri o messi a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze;

Considerato che, ai fini dell'individuazione delle categorie di beni e servizi e della soglia di cui al precedente considerato, il Ministero dell'economia e delle finanze tramite le proprie strutture, ha effettuato le necessarie analisi con riferimento alla natura e agli importi relativi alle acquisizioni svolte dalle amministrazioni statali, centrali e periferiche, anche sulla base di quanto emerso dall'analisi dei dati resi disponibili dall'Osservatorio dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici in tema di acquisizione di beni e servizi, sulla base dell'art. 8, comma 2 del decreto-legge n. 52/2012, e alle caratteristiche dei mercati di riferimento;

Considerata la finalità di diffondere il ricorso a strumenti di acquisto informatici, nell'ottica dell'incremento della trasparenza e dell'economicità della gestione dei contratti pubblici;

Decreta:

Art. 1.

*Ambito oggettivo*

1. Per l'anno 2013 e in ogni caso fino all'emanazione di successivo decreto, le amministrazioni pubbliche statali, centrali e periferiche, procedono alle acquisizioni dei

eni e dei servizi relativi alle divisioni 30, 48, 50 e 72 come individuate ai sensi del Regolamento (CE) n. 213 del 28 novembre 2007 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'Unione Europea del 15 marzo 2008, attraverso strumenti di acquisto informatici propri o messi a disposizione, secondo quanto previsto al successivo art. 2, dal Ministero dell'economia e delle finanze, nel caso in cui l'importo a base d'asta sia superiore alla soglia di 2,5 milioni di Euro e almeno l'ottanta per cento del detto importo sia costituito da acquisizioni di beni e servizi inclusi tra CPV di seguito elencati:

Per la divisione «30», le classi CPV: 3010, 3011, 012, 3014, 3015, 3020, 3021, 3022, 3023;

Per la divisione «48»: tutta la divisione;

Per la divisione «50», le classi CPV: 5031, 5032;

Per la divisione «72»: tutta la divisione.

2. Le amministrazioni pubbliche statali, centrali e periferiche procedono ai sensi del precedente comma, per le relative procedure dirette all'acquisizione avviate a partire dal sesto mese dall'entrata in vigore del presente decreto.

#### Art. 2.

##### *Strumenti di acquisto informatici del Ministero dell'economia e delle finanze*

1. Ai fini dell'applicazione del precedente art. 1, ferma restando la facoltà di utilizzo di strumenti propri, le amministrazioni statali, centrali e periferiche, ricorrono al sistema dinamico di acquisizione di cui all'art. 287, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207, ove disponibile per le relative categorie di beni e servizi, ovvero utilizzano il sistema informatico di negoziazione del Ministero dell'economia e delle finanze in modalità ASP (Application Service Provider).

2. Ai fini dell'utilizzo del sistema informatico di negoziazione del Ministero dell'economia e delle finanze in modalità ASP, ai sensi del precedente comma, le amministrazioni statali, centrali e periferiche, sottoscrivono per accettazione le condizioni generali di utilizzo pubblicate nell'apposita sezione del portale [www.acquistinretepa.it](http://www.acquistinretepa.it).

Il presente decreto sarà trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 23 maggio 2013

*Il Ministro:* SACCOMANNI

registrato alla Corte dei conti il 2 agosto 2013

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle finanze, registro n. 7, Economia e finanze, foglio n. 52

3A07898

## MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DECRETO 19 settembre 2013.

**Aggiornamento dell'albo dei laboratori di ricerca esterni pubblici o privati.** (Decreto n. 1693).

### IL DIRETTORE GENERALE

PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLA RICERCA

Visto il decreto-legge 16 maggio 2008, n. 85 recante: «Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo in applicazione dell'art. 1, commi 376 e 377, della legge 24 dicembre 2007, n. 244», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 16 maggio 2008, convertito, con modificazioni, nella legge 14 luglio 2008, n. 121 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 164 del 15 luglio 2008;

Visto il decreto legislativo del 27 luglio 1999, recante: «Riordino della disciplina e snellimento delle procedure per il sostegno della ricerca scientifica e tecnologica, per la diffusione delle tecnologie, per la mobilità dei ricercatori»;

Visto il decreto ministeriale n. 593 dell'8 agosto 2000 - modalità procedurali per la concessione delle agevolazioni previste dal decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 297 - e, in particolare, l'art. 14 che, nel regolare le agevolazioni per l'attribuzione di specifiche commesse o contratti per la realizzazione delle attività di ricerca industriale, prevede, al comma 8, che tali ricerche debbano essere svolte presso laboratori esterni pubblici o privati debitamente autorizzati dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca inclusi in un apposito Albo;

Visto il comma 13 del predetto articolo che prevede l'aggiornamento periodico dell'Albo;

Visti il decreto ministeriale 16 giugno 1983, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 6 luglio 1983 (1° elenco), con il quale è stato istituito il primo Albo dei laboratori, ed i successivi decreti di integrazioni e modifiche, sino al decreto direttoriale n. 593/Ric. del 1° ottobre 2012;

Viste le richieste di iscrizioni all'Albo pervenute, nonché le richieste di specifiche modifiche allo stesso;

Tenuto conto delle proposte formulate nelle sedute del 23 gennaio e del 13 febbraio 2013 dal gruppo di lavoro, istituito ai sensi del decreto n. 3247/Ric. del 6 dicembre 2005;

Vista la nota dell'Ufficio VI, prot. n. 1034 del 9 settembre 2013, con la quale propone l'ammissione delle domande di inserimento valutate nelle sedute suindicate;

Ritenuta la necessità di procedere al conseguente aggiornamento dell'Albo;

Visti gli articoli 3 e 17 del decreto legislativo n. 29 del 3 febbraio 1993 e successive modifiche ed integrazioni;

# Osservatorio dei Contratti Pubblici - Analisi e studio dei mercati

## Analisi territoriale comparativa nell'acquisto dei farmaci ad uso ospedaliero

### Risultati

Sulla base dei dati in possesso dell'Autorità raccolti per la determinazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario secondo quanto previsto dal D.L. 98 del 6 luglio 2011 in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria, è stata condotta un'analisi al fine evidenziare le differenti performance delle amministrazioni sanitarie coinvolte nella rilevazione. Le performance qui analizzate sono circoscritte alla capacità della stazione appaltante di acquistare farmaci ad un prezzo relativamente "conveniente" tenuto conto del prezzo ottenuto dalle altre. È bene quindi puntualizzare che l'analisi sviluppata non ha come scopo quello di fornire un giudizio sulle performance complessive delle stazioni appaltanti – obiettivo che richiederebbe senz'altro l'impiego di ulteriori elementi di valutazione – ma vuole più semplicemente fornire un quadro di sintesi relativamente ai risultati ottenuti dalle strutture coinvolte nell'indagine riguardo alla capacità di ottenere un prezzo di aggiudicazione relativamente vantaggioso. I risultati rilevati per le singole amministrazioni sono stati quindi associati alle rispettive Regioni di appartenenza tenendo conto della rappresentatività di tali strutture nel proprio contesto regionale. Innanzitutto è necessario precisare che, nel documento, con il termine "farmaco" si intende un principio attivo caratterizzato da uno specifico dosaggio e una determinata forma farmaceutica: per cui ad uno stesso principio attivo possono corrispondere più farmaci. Al fine di operare in un contesto di riferimento più omogeneo e

confrontabile possibile, si è proceduto preliminarmente ad una selezione dei dati sulla base di considerazioni inerenti al numero di osservazioni disponibili. In particolare sono stati selezionati i farmaci non coperti da brevetto<sup>1</sup> per i quali risultano presenti almeno 11 osservazioni, acquistati, quindi, da almeno 11 differenti stazioni appaltanti. Inoltre, sono state eliminate dall'analisi quelle amministrazioni che, con riferimento ai dati in possesso dell'Osservatorio, hanno acquistato meno di cinque farmaci. Il sottinsieme così individuato è costituito da 85 farmaci acquistati da 39 stazioni appaltanti per un totale di 1.621 osservazioni. Per quanto concerne la determinazione degli indicatori per singola amministrazione sono stati costruiti due indicatori:

- il primo che utilizza la posizione (rango) della stazione appaltante (SA), relativamente a ciascun farmaco, nell'ordinamento dei prezzi di acquisto trasmessi da tutti i soggetti che hanno acquistato quel farmaco;
- il secondo, molto correlato con il primo, che tiene conto del rapporto tra prezzo di acquisto della stazione appaltante ed un prezzo arbitrariamente fissato (nel caso specifico è stato scelto il prezzo mediano).

È superfluo rammentare che, per come sono stati costruiti gli indicatori, un minor valore di essi è associabile ad una migliore performance. È necessario segnalare che l'esiguo numero di osservazioni disponibili per la Campania impone un certo grado di

cautela nell'interpretazione dei risultati per questa Regione. Cautela che va adottata anche nella lettura dei risultati della Sicilia e dell'Umbria a causa di una rappresentatività limitata delle stazioni appaltanti selezionate nel rispettivo contesto regionale.

Il termine performance deve essere inteso come la "capacità dell'amministrazione di acquistare un prodotto ad un prezzo relativamente vantaggioso". Si è pensato, quindi, di individuare una misura che in qualche maniera fosse in grado di valutare il "risultato" della stazione appaltante con riferimento al risultato delle altre. In questo caso, l'elemento alla base della valutazione della performance non è altro che il prezzo di aggiudicazione di ciascun farmaco. Più basso è il prezzo ottenuto, migliore sarà la performance della struttura considerata. Di seguito si descrivono i meccanismi di costruzione degli indicatori prima a livello di singola stazione appaltante e successivamente, a partire dai precedenti, a livello regionale.

I risultati hanno mostrato come le peggiori performance si riscontrino per Puglia, Lazio ed Umbria (per quest'ultima si rammenta un non elevatissimo grado rappresentatività delle stazioni appaltanti utilizzate). Anche i risultati della Campania non appaiono confortanti pur tenendo conto dell'esiguo numero di osservazioni presenti; non si può escludere, in questo caso, che una performance diversa potrebbe scaturire considerando un set di dati numeroso. A seguire si collocano nell'ordine Basilicata,

Sicilia (non elevata rappresentatività), Calabria e Sardegna. Le migliori performance sono state riscontrate per Veneto, Piemonte ed Abruzzo. Nel blocco centrale si osservano un gruppo di sei Regioni (oltre alla provincia autonoma di Bolzano). Possiamo distinguere in ordine di performance tre coppie: Friuli e Toscana, seguite da Valle d'Aosta ed Emilia Romagna ed infine Liguria e Lombardia. Osservazioni presenti; non si può escludere, in questo caso, che una performance diversa potrebbe scaturire considerando un set di dati più

Quest'analisi prettamente empirica non è di per sé sufficiente per stabilire in maniera esaustiva quali siano le performance delle diverse Regioni per quanto concerne la spesa farmaceutica. Infatti, non sono presi in considerazione elementi fondamentali quali ad esempio i consumi annui, il numero di pazienti, ecc. La stessa limitatezza del set di farmaci analizzato non permette di trarre conclusioni di portata generale. Tuttavia, nonostante i limiti sopra menzionati, si è cercato di fornire un quadro parziale ma ben delineato dei risultati delle dinamiche di acquisto nelle singole Regioni. Quello che emerge è un'evidente difformità di risultati in termini geografici: non si può non rilevare come le Regioni del Sud (Abruzzo a parte) mostrino risultati nettamente peggiori rispetto alle altre. Da notare, infine, come, dai dati analizzati, le performance relativamente peggiori siano associate, fatte alcune eccezioni, alle Regioni con piani di rientro.

# In ricordo di Crescenzo Mannarelli

Economo, prima nel Pio Istituto del Santo Spirito degli Ospedali Riuniti di Roma, poi presso la USL Roma D, è stato Direttore della rivista TEME dal 1993 al 2009. Pubblicista, laureato in economia e commercio, autore di pubblicazioni tecnico-amministrative per il settore sanitario è stato vice Presidente della Fare al Congresso di San Vincent. Quando prese la direzione del nostro giornale ebbe un unico obiettivo: farlo diventare "la bandiera della FARE". Sotto la sua guida TEME venne riconosciuta "rivista scientifica".

## Alessandro Anzellini

Con Crescenzo ho condiviso la grande avventura di TEME. Un'avventura che lui ha reso ancor più bella grazie al suo impegno e alla sua professionalità. Mannarelli, con Assoael, ha pubblicato anche dei romanzi che, con TEME, rappresentano il vero tesoro editoriale della nostra piccola casa editrice. Un amico, un professionista, un uomo leale e preparato, queste le parole attraverso le quali posso descrivere Crescenzo, un uomo che resterà sempre vivo nella nostra memoria.

## Marco Boni

Se n'è andato Crescenzo Mannarelli. I più giovani associati non l'hanno conosciuto, ma è stato un direttore "storico" di TEME. Ha diretto la nostra rivista dal 1993 al 2009. Pubblicista, laureato in economia e commercio, autore di pubblicazioni tecnico-amministrative per il settore sanitario, già vice Presidente della Fare al congresso di San Vincent. Quando prese la direzione della nostra rivista ebbe un unico obiettivo, quello di farla diventare "la bandiera della FARE". Sotto la sua guida TEME venne riconosciuta "rivista scientifica". Crescenzo Mannarelli ha svolto la sua professione di Economo, prima nel Pio Istituto del Santo Spirito degli Ospedali Riuniti di Roma, poi presso la USL Roma D. Assiduo agli appuntamenti FARE, lo vedevi aggirarsi negli spazi congressuali con l'immane macchinetta fotografica al collo, strumento complementare, da giornalista autentico e "ruspante", quale era, per documentare un'intervista carpita, un evento da pubblicizzare, una notizia da riferire. Gravi ragioni di salute gli impedirono di proseguire nell'impegno di Direttore di TEME. Ugualmente, partecipava agli incontri redazionali e non faceva mancare preziosi consigli. Ci lascia i suoi editoriali acuti e graffianti, testimonianze di una stagione di identità e di passione professionale dei provveditori economici che forse non c'è più.

## Francesco Fondi

È così che voglio ricordarlo, verso tutti, in particolare verso i colleghi e amici. Nei momenti difficili ed anche eroici delle tante, troppe riforme sanitarie Enzo è stato sempre disponibile con i suoi incoraggiamenti e i tanti consigli, che per noi dell'A.E.L. hanno rappresentato la continuità della insuperata scuola del comune Maestro: Carlo De Felice. Enzo è stato anche un compagno che nei momenti di spensierate vacanze dal lavoro, capace di fare "gruppo" con la sua ironia tipicamente romana,

che aiutava non poco a sdrammatizzare le tante preoccupazioni e responsabilità dei nostri impegni di Provveditori-Ekonomi. Perché, quindi, non seguire il suo esempio? Perché non imitare il nostro Presidente nell'affrontare con sereno impegno gli oneri lavorativi? Caro Enzo sei sempre stato così: un esempio, un incitamento, una fonte inesauribile di costruttivo ottimismo. La tua conduzione di TEME è stata una degna cornice della tua professionalità nel far crescere la rivista adeguandola alle radicali trasformazioni della nostra professione. I Presidenti dell'A.E.L. che nel tempo hanno seguito le tue orme hanno fatto del tutto per assicurare continuità alla tua preziosa guida; se ci sono riusciti il merito è soltanto tuo. Il vuoto che lasci nella nostra Associazione potrà essere solo in parte colmato con il ricordo della tua bella, insostituibile persona. Ciao Enzo!

#### **Franco Astorina**

Non ho parole per esprimere la mia costernazione nell'apprendere la notizia che purtroppo inesorabile arriva. Non potrò mai dimenticare il bellissimo rapporto che ho avuto con Crescenzo e le Sue continue quanto garbate sollecitazioni tese ad arricchire gli organi di informazione. Spero tanto che si possa trovare il modo per andare in pubblicazione con un bel numero dedicato al nostro amico Crescenzo.

#### **Claudio Amoroso**

Sono veramente dispiaciuto per la scomparsa di Mannarelli, proprio in questi giorni avevo chiesto sue notizie. Scompare veramente un pezzo di storia di TEME, lo ricordo sempre impegnato a seguire i lavori dei direttivi e dei Congressi e a prestarsi sia come fotoreporter della rivista oltre che naturalmente a rappresentare una bella penna giornalistica.

#### **Aldo Corea**

Apprendiamo commossi della scomparsa di Crescenzo Mannarelli, uomo colto e schivo, che ha avuto un notevole e rilevante ruolo nella nostra rivista, rilanciandola con competenza e sapienza. Lo ricordiamo con affetto.

#### **Andrea Franzo**

A nome del Direttivo A.P.E., di quanti l'hanno conosciuto e mio personale esprimo le più sentite condoglianze per la morte del mitico Mannarelli che tanto si prodigò per la crescita della FARE e di TEME.

#### **Calogero Calandra**

A nome dell'ALE e mio personale esprimo le più sentite condoglianze per Mannarelli, che ha dato molto alla FARE e a TEME

#### **Salvo Torrisi**

Con Crescenzo se ne va un pezzo della nostra storia.

## Sulla polizza fideiussoria da produrre in fotocopia

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

*Un nostro lettore chiede di sapere se una polizza fideiussoria emessa nell'originale in formato elettronico con firma digitale possa essere presentata in gara in semplice fotocopia.*

*Un nostro lettore chiede di sapere se una polizza fideiussoria emessa nell'originale in formato elettronico con firma digitale possa essere presentata in gara in semplice fotocopia.*

È necessario innanzitutto ricordare il principio fondamentale che disciplina la produzione in gara di documenti in fotocopia, ovvero quello secondo cui, salvo diversa prescrizione del bando di gara, la documentazione richiesta per la partecipazione ad una gara d'appalto può essere presentata anche in fotocopia (*ex multis*, T.A.R. Lazio-Roma, sez. III, 17.7.2007, n.6506). La *lex specialis* di gara può, infatti, richiedere che un determinato documento debba essere

prodotto:

- in originale
- in copia autenticata, ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n.445/2000, nonché,

- con la modalità alternativa prevista dal successivo art.19 ( la cd. "autocertificazione" della conformità della copia all'originale), nei casi in cui il documento sia rilasciato o conservato da una pubblica amministrazione.

Mentre in assenza di prescrizioni all'interno del bando di gara, è consentito presentare la semplice fotocopia del documento, quando è richiesto il documento in originale o copia conforme "*non trova spazio, nell'ipotesi di produzione di copie informali, l'obbligo di c.d. soccorso della stazione appal-*

*tante, in quanto la produzione postuma di un documento nelle pubbliche gare non ha mai l'effetto di sanare retroattivamente la causa di esclusione ...In ogni caso l'istituto dell'integrazione documentale non può trovare applicazione in caso di documentazione mancante, come deve intendersi quella prodotta in copia semplice, in violazione di quanto prescritto dalla lex specialis di gara". (T.A.R. Calabria-Reggio Calabria, sez. I, 16.1.2013, n. 35).*

Richiamato il quadro di riferimento generale, occorre esaminare in particolare il quesito posto dal nostro lettore che riguarda il caso in cui la polizza sia stata generata per via informatica (con firma digi-



tale). In tal caso la giurisprudenza ha stabilito che "va esclusa dalla gara l'impresa che ha prodotto copia su supporto analogico della polizza generata in formato digitale, senza che tale copia risulti corredata dall'attestazione di conformità all'originale informatico resa da pubblico ufficiale autorizzato" (T.A.R. Sicilia Palermo, sez. III, 5.7.2012, n. 1403). Più precisamente (in un caso sottoposto al giudice amministrativo attinente la circostanza se possa ritenersi legittima l'ammissione alla gara di un'impresa che abbia prodotto la garanzia provvisoria sottoscritta in formato digitale su supporto cartaceo e la cui conformità all'originale informatico non sia stata attestata da

pubblico ufficiale autorizzato), è stato affermato che "ai fini della legittima partecipazione ad una pubblica gara per l'affidamento di un appalto, la polizza contenente la cauzione provvisoria generata in via informatica va prodotta in formato informatico, secondo le prescrizioni di cui agli art. 20 - 22, d.lg. n. 82 del 2005, ovvero su supporto cartaceo, con la previa attestazione di un pubblico ufficiale all'uopo autorizzato della sua conformità all'originale, ai sensi del successivo art. 23 comma 2 bis (nel caso di specie, non risultava che la polizza fosse stata presentata in originale, o in formato informatico, oppure in una copia recante l'attestazione di conformità all'originale ad opera di

*un pubblico ufficiale a ciò autorizzato, con la conclusione della sua non conformità ai presupposti richiesti dalla legge, non potendosi ammettere che la Commissione di gara possa avere il potere - dovere di riscontrare "ab externo" l'autenticità della polizza o della firma digitale ricorrendo a controlli complessi)"* (T.A.R. Calabria-Catanzaro, sez. I, 6.6.2012, n. 539). E ciò anche alla luce delle modifiche dell'art. 23 del D. Lgs. n. 82/2005, introdotte dall'art. 16, comma 1, del D. Lgs. n. 235/2010.

Dunque nel caso di specie la presentazione della semplice fotocopia integra un motivo di esclusione legittima dal momento che occorrerebbe l'attestazione

di un pubblico ufficiale all'uopo autorizzato della sua conformità all'originale. Peraltro nessun dubbio sussiste per il giudice amministrativo sull'applicabilità delle disposizioni del Codice dell'amministrazione digitale alle procedure di affidamento di commesse pubbliche regolate dal codice dei contratti (cfr. Tar Sicilia, Palermo, III, 12.4.2010, n. 4935; 6.5.2010, n. 6461; 26.10.2010, n. 13564; C.g.a., sez. giur., 14.3.2011, n. 212; 30.3.2011, n. 289; Cons. Stato, VI, 6.6.2011, n. 3365) e per quanto riguarda la garanzia provvisoria, anche a prescindere da una specifica previsione in seno al bando di gara (Tar Sicilia-Palermo, III, 6.5.2010, n. 6461).

## Sentenza

L'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, con sentenza n. 31 del 31 luglio 2012, ha ribadito che nelle gare di appalto, l'impugnazione deve essere proposta avverso l'aggiudicazione definitiva, avendo l'aggiudicazione provvisoria natura di mero atto endoprocedimentale (la cui autonomia impugnazione costituisce una mera facoltà che non esclude la necessaria tempestiva impugnazione, con motivi aggiunti, anche dell'aggiudicazione definitiva), e che il termine per l'impugnazione dell'aggiudicazione definitiva da parte dei concorrenti non aggiudicatari inizia a decorrere dal momento in cui essi hanno ricevuto la comunicazione di cui all'art. 79, comma 1, lettera a), del d.lgs. n. 163 del 2006, e non dal momento, eventualmente successivo, in cui la stazione appaltante abbia concluso con esito positivo la verifica del possesso dei requisiti di gara in capo all'aggiudicatario, ai sensi dell'art. 11, comma 8, dello stesso decreto. (cfr. art. 79, comma 1,

*lett. a) d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)*

*Tratta da Consiglio di Stato, Sez. III, 11 febbraio 2013, n. 763, Servizi Ospedalieri S.p.A., in proprio e nella qualità di Capogruppo di Ati con Ti.Esse Triveneta Servizi S.r.l., nonché Ti.Esse Triveneta Servizi contro Lavanderia Fantuzzi S.p.a., Azienda Ulss n.10 Veneto Orientale*

L'Azienda Sanitaria Alfa ha indetto una procedura ristretta per l'affidamento del servizio per «il noleggino ed il lavaggio della biancheria piana e confezionata per le sedi ospedaliere ed extraospedaliere», di durata triennale.

Alla gara sono state ammesse due sole concorrenti, che si sono classificate così nella relativa graduatoria finale: al primo posto, l'ATI con capogruppo mandataria la società Beta e quale mandante la società Gamma e, al secondo posto, la società Delta.

Delta ha quindi impugnato gli atti di gara davanti al Tar competente, che lo ha accolto ritenendo fon-

date le censure proposte in relazione alle concrete modalità di attribuzione dei punteggi riguardanti l'offerta tecnica.

Di qui l'appello di Beta che ha impugnato la sentenza di primo grado sotto diversi profili, tra cui quello in via preliminare che ripropone l'eccezione di tardività del ricorso di primo grado che era stata respinta dal Tar.

In particolare, secondo Beta, la notifica del ricorso da parte di Delta, effettuata il 28 maggio 2012, risultava tardiva (per l'avvenuto decorso del termine di 30 giorni) in quanto l'aggiudicazione definitiva era stata conosciuta dalla stessa società Delta già dal 20 aprile 2012.

Il Tar aveva respinto l'eccezione di tardività «*atteso che dalla documentazione versata in atti risulta che il provvedimento del 18 aprile 2012 di aggiudicazione definitiva è stato trasmesso all'odierna ricorrente, via fax, in data 4 maggio 2012, mentre il ricorso risulta spedito per la notifica in data 29.5.2012*», ed ha precisato che «*l'antici-*

in collaborazione con

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

*pazione via fax in data 20.4.2012 non può rilevare sotto tale profilo, avendo essa ad oggetto la mera comunicazione di avvenuta aggiudicazione ai fini degli adempimenti di cui all'art. 48 del d.lgs. n. 163 del 2006 e non l'atto di aggiudicazione impugnato, dalla cui sola conoscenza decorrono i termini per la proposizione del ricorso».*

Il Consiglio di Stato ha accolto l'appello così proposto da Beta sulla base delle seguenti assorbenti considerazioni: «in materia di appalti, i ricorsi devono essere proposti nel termine breve di trenta giorni, decorrente dalla ricezione della comunicazione di cui all'articolo 79 del d. lgs. n. 163 del 2006 (art. 120, comma 5, c.p.a.). A sua volta l'articolo 79 del d. lgs. n. 163 del 2006 (codice dei contratti) prevede, al comma 5, lettera a), che l'amministrazione comunicata d'ufficio l'aggiudicazione definitiva tempestivamente, o comunque nel termine di cinque giorni dall'aggiudicazione, all'aggiudicatario, al concorrente che segue nella gradua.

## 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-i-emme dal Ministero dell'Interno in ottemperanza a quanto previsto dal D.M. del 26.06.84 (prevenzione incendi). Materassi antidecubito, fodere, coperte, telerie.

Via Straelle, 135 - 35011 CAMPODARSEGO (PD) Tel. 049 5566488 (r.a.)  
Fax 049 5566189 - hospital.division@imaflex.it - www.imaflex.it

2

alimentazione | ristorazione | attrezzature e  
manutenzione per cucine industriali



COOPERATIVA ITALIANA DI RISTORAZIONE

**CIR food Cooperativa Italiana di Ristorazione**, con 10.516 dipendenti fra cui oltre 1.200 cuochi, è una delle maggiori aziende europee nel settore della ristorazione moderna. Nata nel 1992 a Reggio Emilia, è oggi la realtà del settore più diffusa sul territorio italiano con attività in 16 regioni e 70 province e all'estero opera in Belgio, Bulgaria, Stati Uniti e Vietnam. CIR food sviluppa la propria attività in tutti i segmenti di mercato: ristorazione collettiva (scolastica, socio-sanitaria, aziendale, per militari e comunità), ristorazione commerciale, banqueting e buoni pasto. Con 969 cucine, di cui 101 pubblici esercizi, nel 2010 CIR food ha prodotto 62 milioni di pasti per un fatturato di 398,5 milioni di € di cui il 68% generato dalla ristorazione collettiva.

**Sede di Roma** Via Tenuta del Cavaliere, 1 - 00012 Guidonia - ROMA  
Tel. 0774/390368 - Fax 0774/392359  
**Sede Legale** Via Nobel, 19 - 42124 Reggio Emilia - Tel. 0522/53011 - fax 0522 530100  
e-mail: cir-food@cir-food.it - http: www.cir-food.it



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

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

3

apparecchiature elettromedicali



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

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

I **gas medicinali** prodotti da Air Liquide consentono di migliorare le cure, il comfort, il benessere e la vita dei pazienti. In ambito ospedaliero, essi servono ad eseguire diagnosi, alleviare il dolore, anestezizzare 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 402111 - 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](mailto:servizio.clienti@bbraun.com) - [info.bbitalia@bbraun.com](mailto:info.bbitalia@bbraun.com) - [www.bbraun.it](http://www.bbraun.it)



**Forniture Ospedaliere**

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

**EIDOMEDICA S.r.l.** Via Aurelia, 678 - 00165 ROMA  
Tel. 06 6650291 r.a. - Fax 06 66502953 - [info@eidomedica.it](mailto:info@eidomedica.it) - [www.eidomedica.it](http://www.eidomedica.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 Canton, 115 – 00144 ROMA

Tel. 06 520771 – Fax 06 5295879 – itatosh@tmse.nl – www.toshiba-europe.com  
Serv. Tecnico: Tel. 06 52077208 – Fax 06 5204739

## 4

### apparecchiature e servizi di sterilizzazione

### 3M Salute

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

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

#### 3M - ITALIA S.p.A. Via S. Bovio, 3 – Loc. S. Felice – 20090 SEGRATE (MI)

Tel. 02 70351 – Fax 02 70352049 – Numero Verde 167 802145

### B | BRAUN

SHARING EXPERTISE

#### Divisione Aesculap

Autoclavi - Containers ed accessori

#### B. Braun Milano S.p.A. Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO

Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350  
Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298  
Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357  
servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.bbraun.it

## 5

### apparecchiature radiologiche ed accessori

### AGFA



HealthCare

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

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

### Carestream



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

Offre prodotti e soluzioni a marchio Kodak per l'imaging medicale, dentale, molecolare e per la

radiografia industriale: film, chimici, direct e computed radiography, sistemi RIS/PACS, CAD, soluzioni di archivio immagini, servizi customer care e professionali.

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



Attrezzature diagnostica per immagini

#### Trade Art 2000

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

## 6

### arredamento | mobilio

#### Favero Health Projects

Favero Health Projects S.p.A.

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



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

#### INDUSTRIE GUIDO MALVESTIO S.p.A.

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

## 7

### articoli sanitari | dispositivi medici e prodotti farmaceutici

### 3M Salute

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

#### 3M - ITALIA S.p.A. Via S. Bovio, 3 – Loc. S. Felice – 20090 SEGRATE (MI)

Tel. 02 70351 – Fax 02 70352049 – Numero Verde 167 802145

## elenco fornitori

**AMGEN® Dompé** **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 1  
– 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 **Boston Scientific** si dedica al miglioramento delle procedure mediche meno invasive grazie ad un ampio e dettagliato portafoglio di prodotti, tecnologie e servizi innovativi che coprono una vasta gamma di specialità mediche. Diffusi a livello mondiale, i prodotti della **Boston Scientific** consentono a medici ed altri professionisti del settore di migliorare la qualità della vita dei pazienti fornendo alternative all'intervento chirurgico.

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

**B | BRAUN** **Divisione Aesculap:** Suture – Protesi vascolari – Filtri per vena cava – Sistemi totalmente impiantabili – Sostituti durali – Reti chirurgiche – Drenaggi post-operatori – Emostatici – Strumentario per chirurgia mininvasiva – Strumentario chirurgico specialistico e di base – Protesica anca e ginocchio – Osteosintesi – Prodotti per colonna vertebrale – Artroscopia – Sistemi di navigazione per ortopedia e neurochirurgia – Prodotti per cardiologia interventistica e diagnostica – Prodotti per monitoraggio emodinamico – Accessori per elettrofisiologia.  
**Divisione Hospital Care:** Siringhe e cannule – Sistemi per venipuntura centrale e periferica – Sistemi per anestesia spinale, epidurale e del plesso – Cateteri uretrali – Sistemi di misurazione e drenaggio delle urine – Prodotti e presidi per nutrizione enterale e parenterale – Soluzioni infusionali e per irrigazione.  
**Divisione OPM:** Presidi per colo, ileo ed urostomizzati – Presidi per la raccolta dei liquidi di drenaggio – Presidi per la raccolta di urina – Cateteri vescicali idrofili per il cateterismo intermittente – Sistemi per la gestione del catetere vescicale a permanenza.

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



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

**MEDLINE INTERNATIONAL ITALY S.r.l. UNIP.** Via dei Colatori, 5E – 50019 Sesto Fiorentino (FI)  
Tel. +39 055 7766511 – Fax +39 055 340112 – www.medline.com/it



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

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

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



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

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



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

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



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

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



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

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

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



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

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

## elenco fornitori

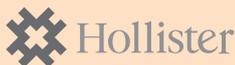


**GlaxoSmithKline S.p.A.**  
Via A. Fleming, 2 – 37135 – Verona  
Centralino: 045 921 8111  
Direzione Affari Regionali:  
Tel. 045 921 9819 – Fax: 045 921 8097  
Mail: onofrio.n.palombella@gsk.com



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

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



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

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

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

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



**DIVISIONE CARDIOVASCULAR**  
**MAQUET Cardiovascular** si è affermata come leader di mercato nel settore della Cardiocirurgia, della Cardiologia Interventistica e della Chirurgia Vascolare. Con le sue quattro linee di prodotti, Cardiopulmonary, Cardiac Assist, Cardiac Surgery e Vascular Intervention è oggi in grado di fornire sistemi di elevata tecnologia e soluzioni innovative.

La linea **Cardiopulmonary** offre una gamma completa di prodotti, hardware e disponibile, per la circolazione extra-corporea: Ossigenatori, Emofiltrati, Circuiti, Scambiatori di calore, Elettrodi stimolatori, Pompa Centrifuga, Circuito CEC miniaturizzato. È leader nel campo del supporto cardiocircolatorio e polmonare (ECMO) con i sistemi PLS e Cardiohelp.

**Cardiac Assist** offre una gamma completa di soluzioni personalizzate per la terapia di 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



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

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

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

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

## elenco fornitori

8

attrezzature e prodotti di laboratorio



*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 ampissimo range di prodotti e servizi innovativi rivolti a ricercatori, medici, pazienti, ospedali e laboratori.

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



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

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

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

**Siemens Healthcare Diagnostics S.r.l.** Viale Piero e Alberto Pirelli, 10 – 20126 Milano  
Tel. 02 243 67 593 – Fax 02 243 67 659

9

cancelleria | macchine per ufficio | tipografie



**OFFSET - TIPOGRAFIA  
RILIEVO - SERIGRAFIA**

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

10

detersivi | detergenti | disinfettanti



SHARING EXPERTISE

### Divisione OPM

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

**B. Braun Milano S.p.A.** Via Vincenzo da Seregno, 14 – 20161 MILANO  
Tel. 02 66218.2 – Fax 02 66218 290 – Customer Service – Fax 02 66243 350  
Div. Aesculap – Fax 02 66243 310 – Div. Hospital Care – Fax 02 66218 298  
Div. Out Patient Market – Fax 02 66218 357  
servizio.clienti@bbraun.com – info.bbitalia@bbraun.com – www.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 impiegiamo oltre 8.000 persone.

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

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

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

**COLOPLAST S.p.A.**

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

Tel. 800.018.537 chiam@coloplast.it



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

**DEALFA srl** Via Borgazzi, 93 – 22052 MONZA (MB)

Tel. 039 2103626 – Fax 039 2148566

www.dealfa.it



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

Via Messina, 15 – 36040 SAREGO (VI)

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



**Ausili per incontinenti (con service a domicilio). Articoli monouso per l'igiene del paziente. Pannolini e salviettine umidificate per bambini. Assorbenti igienici per signora. Salviette umidificate milleusi e per igiene intima.**

**SILC S.p.A. Divisione Ospedaliera**

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

www.silcitalia.com

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

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



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

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

**Smith & Nephew S.r.l.**

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

Tel. 039 60941 – Fax 039 6056931

14

gestioni in service | logistica



Raccolta, trasporto, condizionamento, smaltimento di rifiuti radioattivi, sorgenti radioattive non più utilizzabili, sorgenti ad alta attività, parafulmini con elementi radioattivi, rivelatori di fumo contenenti elementi radioattivi, carogne di animali contaminate da isotopi radioattivi, rottami metallici contaminati, materiali radiferi. Interventi di bonifica ambientale. Gestione fine Vita AEE. Deposito, manipolazione, gestione logistica e distribuzione per conto terzi di materiali e prodotti radioattivi, alimentari, diagnostici, farmaceutici, cosmetici, attrezzature biochimiche, software scientifici, apparecchiature elettriche-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



servizi e sistemi di archiviazione

**Gestione documentale in outsourcing**

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

Via del Commercio, 3 – 26900 Lodi

Tel. 0371 417276 – Fax 0371 414782

info@microdisegno.com – www.microdisegno.com



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

**NGC Medical S.p.A.**

Strada Provinciale Novedratese, 35 – 22060 Novedrate (CO)

Tel. 031 794 111 – Fax 031 792 130

ngc@ngc.it – www.ngc.it

15

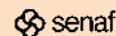
varie



**Mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza**

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

È una manifestazione fieristica di:



Via di Corticella, 181/3 – 40128 Bologna

Tel. 051 325511 – Fax 051 324647

info.bo@senaf.it – www.senaf.it

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



# Stat Strip™

## L'appropriatezza delle risorse



Comunicazione riservata ai professionisti sanitari.

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'Ema, 7 - 50012 Bagno a Ripoli (FI)  
[www.menarinidiagnostics.it](http://www.menarinidiagnostics.it) - [diaggare@menarini.it](mailto:diaggare@menarini.it)

**A.MENARINI**  
diagnostics