

2011

Per un modello di gestione centralizzata degli appalti delle aziende sanitarie della Regione Puglia

Ugo Patroni Griffi - Michele Monno - Giuseppe Campanile

ilmiolibro.it

Monbook
Studio Legale Patroni Griffi



Modelli di governo per la Sanità pugliese

Introduzione

Nelle condizioni attuali è impossibile governare positivamente le nostre aziende sanitarie solo attraverso i Direttori generali. Anche i più sofisticati concorsi non riuscirebbero a formare quelle capacità gestionali che sono frutto della tradizione aziendale, che certamente non brilla nel Mezzogiorno per strutture così ampie e ramificate. La tradizione in questo settore, dagli anni Ottanta in poi, ci porta *de plano* al fallimento. La stessa possibilità di ricreare col concorso del San Raffaele di Milano – una delle eccellenze mondiali – una nuova struttura a Taranto, progetto innovativo e condivisibile, ripropone il tema del rapporto pubblico/privato nella sanità e della possibilità di innestare fertili partenariati.

Nell'immediato si può seguire un'altra strada: consolidare alcuni servizi aziendali su base regionale, attraverso strutture interne alle ASL, in modo da attuare processi di specializzazione e fruire delle possibili economie di scala, ponendosi così in sintonia con l'intuizione del presidente Vendola di aggregare le ASL a livello provinciale.

In questo documento-proposta si forniscono gli strumenti giuridici ed operativi per

il coordinamento delle politiche e delle prassi delle aziende sanitarie nel settore acquisti, contratti e appalti. Si tratta di uno strumento necessario per ridurre gli sprechi, con una costante verifica delle congruità dei costi, in rapporto a tutto il sistema regionale e confrontato con quello delle altre Regioni virtuose. La proposta comprende e supera le pur pregevoli proposte degli assessorati regionali alla sanità ed agli appalti e contratti. Essa, infatti, mira a separare la gestione ordinaria dell'azienda sanitaria – affidata al direttore generale – dalla gestione delle gare, da affidarsi ad un organismo centrale che, sulla base della programmazione e delle necessità di ciascuna ASL, coordinerà le politiche degli acquisti di servizi e forniture e gestirà le fasi della gara.

Netta sarà la separazione tra il nuovo organismo, che non costerà un euro in più sui costi esistenti, e la decisione di spesa che dipenderà solo dai direttori della singola ASL o del singolo ospedale. A un processo di formazione dei prezzi e di verifica della qualità, si dovrà legare una modalità di verifica on-line cui tutti potranno accedere, con un coinvolgimento pieno del sistema imprenditoriale pugliese sia pubblico sia privato. La costante “raffinazione” dei contratti e la determinazione dei prezzi congrui potranno portare a un’oscillazione

massima tra il 5 e il 10 per cento dei costi, ridimensionando la possibilità di attività pilotate.

Il lancio di una “Consip” regionale si accompagnerà alla verticalizzazione di altri settori carenti ma strategici come l’informatica sanitaria. Possibile che con la tecnologia informatica attualmente disponibile non si riescano a fare le carte sanitarie individuali, dopo decenni di sprechi in questo settore. Si potranno avere informazioni gestionali in tempo reale? L’informatica sanitaria è un settore dove deve maturare una proposta.

Altro settore è la diagnostica con le strumentazioni complesse. In questo campo, dove ricerca e formazione sono coordinate, bisogna trovare una sinergia gestionale con i Politecnici di Bari e di Lecce. Il Rettore Nicola Costantino scrive che *“nella diagnostica e nella terapia di moltissime patologie intervengono competenze elettroniche, informatiche, chimico-fisiche, meccaniche di altissimo livello. Anche la gestione organizzativa e logistica delle strutture sanitarie è diventata un ambito di attività dell’ingegneria gestionale”*.

La creazione di questi settori non aggraverebbe la spesa regionale, secondo il modello di seguito consigliato.

Si tratta di osare agire.

Ugo Patroni Griffi (ordinario diritto commerciale)

Giuseppe Campanile (avvocato amministrativista)

Michele Monno (capogruppo PD Provincia Bari)

ilmiolibro.it

Per un modello di gestione centralizzata degli appalti sanitari della Regione Puglia

Questa proposta vuole contribuire al dibattito sul miglioramento dell'efficiacia e dell'efficienza amministrativa delle Aziende Sanitarie Locali -ASL- pugliesi.

I recenti scandali che hanno coinvolto la sanità pugliese, e la "stretta" sui conti degli Enti locali imposta dal Governo centrale rendono necessario ripensare il sistema di esternalizzazione delle commesse adottato dalle ASL.

In particolare, ci si soffermerà sugli **appalti di forniture** (acquisti di beni), atteso che la Regione Puglia con riferimento agli appalti di servizi sta procedendo, nonostante le numerose insidie disseminate dal Governo centrale (impugnazione *in parte qua* della c.d. legge omnibus -l.r. puglia n. 4/2010- innanzi alla Corte Costituzionale; mancata firma da parte del Ministro Tremonti del piano di rientro sanitario), ad internalizzare numerosi servizi sanitari.

* * *

Lo status quo:

Quadro normativo:

a.1) Legislazione nazionale

Le ASL - stazioni appaltanti sono tenute all'applicazione del d.lgs. n. 163/2006, recante il

Codice dei contratti pubblici che, come noto, impone alle pubbliche Amministrazioni l'utilizzo di procedure di evidenza pubblica nella scelta del contraente. L'applicazione è integrale nel caso di appalti di forniture; parziale con riferimento agli appalti di servizi. Infatti, ai sensi dell'art. 20 del Codice *"l'aggiudicazione degli appalti aventi per oggetto i servizi elencati nell'allegato II B -tra cui rientrano espressamente i servizi sanitari e sociali- è disciplinata esclusivamente dall'articolo 68 (specifiche tecniche), dall'articolo 65 (avviso sui risultati della procedura di affidamento), dall'articolo 225 (avvisi relativi agli appalti aggiudicati)."* In realtà, però, la giurisprudenza amministrativa tende a estendere la portata del Codice anche ai servizi c.d. esclusi, dovendosi, comunque, applicare i principi di trasparenza, imparzialità, pubblicità, *par condicio* tra i concorrenti.

La dottrina ha sottolineato che *"l'obiettivo di tale normativa non è a priori incompatibile con il processo di aziendalizzazione (delle ASL), mirando ad assicurare che l'accesso delle imprese pubbliche al mercato avvenga attraverso procedure idonee a garantire il rispetto dei principi di economicità, efficacia e pubblicità, nonché i principi di derivazione comunitaria/internazionale di non discriminazione e di apertura del mercato degli appalti pubblici alle imprese degli stati membri.*

Non sempre però il ricorso da parte delle imprese pubbliche alle tradizionali procedure concorsuali di aggiudicazione

rappresenta la soluzione economicamente più efficiente. E ciò per tre ordini di ragioni: 1) il quantitativo di beni di cui l'amministrazione intende rendersi acquirente potrebbe non consentire alla stessa di profittare degli sconti previsti dal fornitore per acquisti il cui valore superi determinate soglie; 2) l'amministrazione corre sempre il rischio di stimare in difetto o per eccesso il proprio fabbisogno di un determinato bene, con le conseguenti evidenti diseconomie; 3) l'accentramento presso gli organi direttivi delle amministrazioni dei poteri circa l'indizione delle gare di appalto genera elevati costi amministrativi; 4) il limitato valore dei beni o dei servizi da acquistarsi rende anti-economico il ricorso all'evidenza pubblica".

Il legislatore nazionale ha provato a sopperire a tali problematiche con la creazione nel 1997 della **CONSIP**.

La Consip è una società pubblica controllata dal Ministero dell'Economia, con funzione di centrale di committenza, ai sensi dell'art. 33 del Codice degli appalti. Tale società è anche deputata a strutturare le c.d. convenzioni quadro, ai sensi dell'art. 26 della legge n. 488/2000, come modificato dalla legge finanziaria 2007 (l. n. 296/2006), che prevede che la Consip possa concludere, per conto delle amministrazioni anche locali e nel rispetto della normativa in materia di procedure di scelta del contraente, convenzioni quadro con i fornitori di beni e servizi.

Questo modello, dimostratosi nella prassi poco efficiente, è stato presto affiancato da un complesso reticolato di "Consip" regionali.

a.2) Infatti, l'art. 1¹, comma 455, della legge finanziaria per il 2007 ha introdotto nel sistema degli appalti pubblici le centrali d'acquisto regionali, che si pongono in rapporto di specie a genere con le centrali di committenza formalmente riconosciute dal Codice dei contratti. Queste società sono chiamate ad operare non solo in favore delle Amministrazioni e degli Enti regionali, ma anche degli Enti locali, **degli Enti del servizio sanitario nazionale** e delle altre pubbliche Amministrazioni aventi sede

¹ L'art. 1 della legge finanziaria 2007 (legge 296/2006) sulla committenza regionale dispone quanto segue. Comma 455: "Ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, le regioni possono costituire centrali di acquisto anche unitamente ad altre regioni, che operano quali centrali di committenza ai sensi dell'articolo 33 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio sanitario nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio". Comma 456: "Le centrali di cui al comma 455 stipulano, per gli ambiti territoriali di competenza, convenzioni di cui all'articolo 26, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e successive modificazioni". Infine, il comma 457 specifica: "Le centrali regionali e la Consip S.p.a costituiscono un sistema a rete, perseguendo l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzando sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici per l'acquisto di beni e servizi. Nel quadro del patto di stabilità interno, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano approva annualmente i programmi per lo sviluppo della rete delle centrali di acquisto della pubblica amministrazione e per la razionalizzazione delle forniture di beni e servizi, definisce le modalità e monitora il raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica". Sulle innovazioni in materia introdotte dalla legge finanziaria 2007 si veda D. RICCIARDI, *Il sistema di razionalizzazione della spesa pubblica nella finanziaria per l'anno*

nel medesimo territorio, nel rispetto della normativa sulle centrali di committenza di cui al citato art. 33 del Codice dei contratti.

Le centrali regionali di acquisto “*stipulano, per gli ambiti territoriali di competenza, convenzioni di cui all'articolo 26, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488*” (comma 456).

Dunque, riassumendo, il legislatore nazionale ha calato nelle singole realtà regionali il “sistema Consip”, con la differenza che nell’ambito locale il ruolo del Ministero dell’economia e delle finanze sarà ricoperto dalla Regione e quello della Consip dalla centrale d’acquisto regionale.

b.) Il modello della Regione Puglia

1.- Nel 2007 con fondi di cui alla delibera CIPE n. 17/2004 nasce **EMPULIA**, centrale di acquisto *online* per beni e servizi della Regione Puglia. Sulla scia appunto della Consip e di altri esperimenti virtuosi di regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Campania) anche la Puglia matura un modello per la gestione centralizzata degli acquisti. La Regione, però, diversamente, dalla Consip e da altri -riusciti- esempi di centrali d’acquisto regionali (per tutte, si veda l’Agenzia regionale per l’acquisto di beni e servizi INTERCENT – ER dell’Emilia Romagna costituita con l.r. n. 11/2004) non ha optato per la

2007, in www.lexitalia.it.

costituzione di un soggetto esterno alla p.A. a cui affidare il *management* delle varie attività volte all'approvvigionamento. Infatti, ai sensi dell'art. 54² della l.r. puglia n. 4/2010 EMPULIA è gestita

2 **TITOLO III**

Disposizioni in materia di contratti

Art. 54

Centrale di acquisto territoriale della Regione Puglia.

1. La Regione Puglia promuove e sviluppa un processo di razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi delle amministrazioni e degli enti aventi sede nel territorio regionale, basato sull'utilizzo di strumenti telematici, attraverso la Centrale di acquisto territoriale denominata EmPULIA.

2. La gestione di EmPULIA è affidata al Servizio affari generali nell'ambito dell'Area organizzazione e riforma dell'amministrazione ai sensi del D.P.G.R. 30 luglio 2009, n. 787 (Istituzione dei servizi ricadenti nelle otto aree di coordinamento della Presidenza e della Giunta della Regione Puglia).

3. Le attività di EmPULIA hanno carattere sperimentale sino al 31 dicembre 2012.

4. Al termine della sperimentazione è istituita la Centrale di acquisto territoriale denominata EmPULIA.

5. EmPULIA svolge le funzioni di centrale di committenza di cui all'articolo 33 (Acquisto di beni e servizi) del D.Lgs. 163/2006 a favore:

- a) della Regione, degli enti e delle agenzie regionali e degli enti e delle aziende del SSR;
- b) degli enti locali, di loro consorzi o associazioni.

6. EmPULIA provvede a:

a) aggiudicare appalti di beni e servizi destinati a uno o più soggetti di cui al comma 5;

b) stipulare convenzioni quadro di cui all'articolo 26 (Acquisto di beni e servizi) della legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2000), come da ultimo modificato dall'articolo 1 del decreto legge 12 luglio 2004, n. 168, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2004, n. 191, in cui le imprese aggiudicatrici si obbligano ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima stabilita da ciascuna convenzione, ai prezzi e alle altre condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura emessi dai soggetti di cui al comma 5;

c) concludere accordi quadro ai sensi dell'articolo 59 del D.Lgs. 163/2006, come modificato dalla lettera h) del comma 1 dell'articolo 1 del decreto legislativo 31 luglio 2007, n. 113, e istituire sistemi dinamici di acquisizione, ai sensi dell'articolo 60 del D.Lgs. 163/2006, destinati ai soggetti di cui al comma 5;

d) gestire l'albo dei fornitori on line come da Reg. reg. 11 novembre 2008, n. 22.

7. Le amministrazioni ed enti di cui al comma 5, lettera a), sono tenuti a operare nell'ambito delle convenzioni quadro di cui al comma 6, in attuazione del comma 449 dell'articolo 1 della L. 296/2006.

8. Le amministrazioni ed enti di cui al comma 5, lettera b), hanno facoltà

dal Servizio Affari Generali della Regione Puglia.

Pur tuttavia, l'esperimento pugliese può dirsi sicuramente positivo (insignito dal Ministro Brunetta del premio "Lavoriamo Insieme" a Forum P.A. 2009), anche se ancora embrionale. Risulta, infatti, ancora poco utilizzato nonostante gli sforzi della Regione; allo stato sono 4 le convenzioni quadro concluse dalla centrale regionale che sconta: la diffidenza dei fornitori privati ad inserirsi su una piattaforma *online*, la scarsità del personale regionale dedicato (anche se la l.r. 4/2010 conferma la centralità del ruolo della società in house Innova Puglia nello sviluppo del progetto) e, più in generale, le resistenze dell'apparato sanitario a centralizzare l'aggregazione della spesa di settore (ad esempio, sino all'aprile del 2011 l'Albo dei fornitori sanitari è autonomo dall'Albo fornitori EMPULIA -che

di aderire alle convenzioni quadro di cui al comma 6 mediante l'emissione di singoli ordinativi di fornitura ovvero con provvedimenti di portata generale di adesione al sistema informatico di cui al comma 9.

9. La Regione Puglia consente l'utilizzo del sistema informatico di supporto alle attività di EmPULIA, sviluppato nell'ambito dell'accordo di programma quadro "in materia di e-governement e società dell'informazione della Regione Puglia", sottoscritto in data 4 agosto 2004 tra Regione Puglia, Ministero dell'economia e finanza e Ministero per l'innovazione e tecnologie, ai soggetti di cui al comma 5 che facciano specifica richiesta al Servizio affari generali.

10. La Regione Puglia si avvale della società "in house" InnovaPuglia s.p.a. per:

- a) la gestione tecnica del sistema informatico di supporto alle attività di EmPULIA;
- b) lo sviluppo e la promozione di EmPULIA per l'utilizzo della Centrale di acquisto territoriale da parte dei soggetti di cui al comma 5;
- c) l'assistenza tecnica per la risoluzione delle problematiche tecnico-operative connesse con il corretto e regolare funzionamento di EmPULIA;
- d) il supporto alla gestione dell'albo on line dei fornitori.

ha raccolto e sostituito tutti gli albi di fornitori regionali-).

2.- Le normativa della Regione Puglia in materia di appalti sanitari.

L'importanza della materia ha portato la Regione a dettare norme specifiche relativamente ai contratti per la fornitura di beni sanitari: l'art. 20³ della l.r. n. 26/2006 e le relative delibere

3 Art. 20

Unioni temporanee di acquisto.

1. La Regione promuove e incentiva le Unioni temporanee di acquisto tra Aziende e Istituti del SSR.

2. Le Aziende e Istituti del SSR promuovono o partecipano, sulla base di protocolli d'intesa definiti tra le parti e coordinati dal Nucleo di cui al comma 3, a "Unioni di acquisto", con l'obiettivo di migliorare il potere contrattuale della domanda. Gli acquisti unificati riguardano in via prioritaria prodotti sanitari ed economici per i quali sia possibile standardizzare comunemente le specifiche tecniche, ovvero servizi di comune utilizzazione.

3. È istituito, in via sperimentale, presso l'Assessorato alle politiche della salute il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto, incaricato della pianificazione, promozione e sviluppo delle attività connesse con l'acquisizione della domanda di beni necessari per il funzionamento delle Aziende e Istituti del SSR che si realizzano attraverso formalizzati protocolli d'intesa sulla base delle direttive vincolanti impartite dal Nucleo regionale.

4. Il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto è composto da rappresentanti dell'Assessorato alle politiche della salute, dell'ARES e delle Aziende e Istituti del SSR ed è istituito con deliberazione di Giunta regionale.

5. Entro il 30 marzo di ogni anno le aziende e istituti del SSR comunicano all'Osservatorio regionale degli appalti, dei prezzi, delle tecnologie, dei dispositivi medici e protesici e degli investimenti del SSR i contratti per la fornitura di beni e servizi scaduti o in scadenza nei successivi dodici mesi in relazione ai quali, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 57, comma 7, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione della direttiva 2004/17/CE e della direttiva 2004/18/CE), e successive modificazioni, sono obbligate ad avviare le relative procedure d'acquisto, specificando (28);

a) il valore complessivo dell'appalto;

b) la procedura d'acquisto che intendono esperire indicando le modalità di aggiudicazione prescelte;

c) il ruolo che, eventualmente, intendono assumere nell'ambito del procedimento da promuovere con particolare riferimento alla definizione degli obblighi nei confronti dell'azienda che verrà designata, dal Nucleo di cui al comma 3, "capofila";

d) le modalità con cui intendono procedere, eventualmente, alla nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici.

giuntali attuative (D.G.r. n.ri 1287, 1288, 1289 del 2009).

Le tre delibere istituiscono rispettivamente:

- **l'Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie e dei Dispositivi Medici e Protesici e degli Investimenti in Sanità**

(D.G.R. 1287/09); tale osservatorio ripreso da un progetto del Friuli venezia Giulia, utilizzato da molte regioni italiane, funge da supporto informatizzato al governo della spesa sanitaria e, in particolare, opera da collettore della domanda di beni e servizi degli Enti del SSR e interagisce dal punto di vista operativo con il

- **Nucleo regionale per il coordinamento delle**

Unioni d'acquisto (D.G.R. 1288/09) *"incaricato della pianificazione, promozione e sviluppo delle attività connesse con l'acquisizione della domanda di beni necessari per il funzionamento delle ASL e Istituti del SSR che si realizzano attraverso formalizzati protocolli d'intesa sulla base delle direttive vincolanti impartite dal Nucleo regionale"*. Il Nucleo composto da Dirigenti ASL ed ARES ed esperti di contrattualistica pubblica, agendo in stretta sinergia con EMPULIA che fornisce il supporto tecnico ed operativo alle attività del Nucleo,

- *"predisporre [...] un piano delle attività negoziali per beni e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria da sottoporre per l'approvazione all'Assessore*

alle Politiche della Salute";

– *"individua le Unioni di Acquisto di cui all'art. 20 della l.r. n. 26/2006"*;

– ha compiti di raccordo tra tutti gli attori del SSR;

- **il Nucleo regionale verifica contratti ed appalti – Istituzione ed attivazione** (D.G.R. 1289/09); è l'organo di controllo, a chiusura del cerchio, delle procedure di gara delle Stazioni appaltanti sanitarie. Composto da esperti in contrattualistica pubblica ha compiti di sorveglianza *ex ante* sugli Enti del SSR che devono trasmettere entro 30 gg. dalla prevista pubblicazione dei bandi tutta la documentazione di gara al Nucleo, che può anche modificare o integrare la documentazione nonché emanare pareri vincolanti in materia.

La disciplina regionale in materia sanitaria non sembra al momento raccogliere i frutti sperati. L'ordito normativo è di recente formulazione, dunque, l'impatto sul settore di riferimento potrebbe non aver ancora sprigionato del tutto le potenzialità ivi recate. Epperò la -relativa- "freschezza" della legislazione non ci impedisce di operare una riflessione sul tema, con particolare riferimento a modelli di gestione della spesa sanitaria già sperimentati utilmente in altre regioni italiane (ci

si riferisce, in particolar modo, al Friuli Venezia Giulia).

I **punti deboli** del sistema attuale sono legati:

- 1) alla sostanziale volontarietà del coordinamento tra le strutture del Servizio Sanitario Regionale. Cosa succede, ad esempio, se una ASL non fornisce all'Osservatorio o ai Nuclei le informazioni relative al proprio fabbisogno di spesa?
- 2) ai costi di gestione dei tre organi in questione, che prevedono la presenza di esperti esterni alle risorse umane della Regione, non chiarendo il trattamento economico riservato a tali professionalità.
- 3) La frammentarietà della gestione, spezzettata in tre parti, e subordinata evidentemente alle direttive politiche dell'Assessore alla Salute.

LA NOSTRA PROPOSTA

a) Accentrare in unico polo le scelte manageriali relative all'approvvigionamento degli Enti facenti parte del Servizio Sanitario regionale. In sostanza, proponiamo di accorpate in un solo centro decisionale i tre organi già creati dalla Regione Puglia.

A tal fine si suggerisce la creazione di un **Consorzio obbligatorio** di diritto pubblico che raggruppi tutti i centri di spesa sanitari, con compiti di programmazione della spesa e gestione delle attività tecnico – amministrative individuate dalla Giunta Regionale, nonché di ulteriori attività eventualmente attribuite all'Ente dalle Aziende consorziate. Il Consorzio composto dai Direttori Generali delle ASL, guidato da un Amministratore Unico eletto in seno al Collegio dei Direttori, dispone **esclusivamente** di personale regionale comandato o messo a disposizione volontariamente dalle ASL (mobilità volontaria).

b) Rendere obbligatoria la stipula di Convenzioni quadro tra le ASL ed EMPULIA per gli appalti sovra soglia comunitaria.

c) Decentrare il potere di acquisto per tutte le forniture sotto la soglia comunitaria, introducendo, sulla scorta del modello anglosassone, la possibilità per i dirigenti dei vari

uffici amministrativi di procedere in totale autonomia ad acquisti di beni di modesto valore economico. Contrappeso a questa notevole autonomia è l'accentramento dei poteri di controllo in capo al Consorzio di cui alla lettera a).

ilmiolibro.it

Le procedure di acquisto delle imprese sanitarie⁴

1.– Quasi vent'anni⁵ fa è incominciato quel processo di trasformazione della sanità pubblica che va sotto il nome di 'aziendalizzazione'. L'aziendalizzazione della sanità pubblica al principio degli anni '90 costituiva per il legislatore italiano un percorso obbligato (percorso, per inciso, già intrapreso da tempo dalle più evolute democrazie occidentali) per arginare, o per tentare di arginare, la crescita incontrollata della spesa sanitaria, peraltro indirettamente proporzionale alla qualità delle prestazioni offerte al cittadino.

⁴ Di Ugo Patroni Griffi. L'autore è professore ordinario di diritto commerciale nell'Università degli Studi di Bari.

⁵ Con il D. Lgs. 502/92, e successive modifiche, vennero introdotti nel nostro ordinamento:

- a) il principio della libera scelta del medico e del luogo di cura tra le strutture pubbliche e private accreditate;
- b) l'obbligo del pareggio di bilancio per le aziende sanitarie pubbliche;
- c) la separazione del ruolo della Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) da quello di produzione della prestazione, per cui l'AUSL garantisce i servizi sanitari alla collettività nel territorio di riferimento, erogandoli direttamente o tramite l'acquisto da altri enti erogatori;
- d) un sistema di prezzi (tariffe), tramite il sistema dei DRG (*Diagnosis Related Groups*). Il sistema classifica le prestazioni in classi clinicamente significative ed omogenee quanto a risorse mediamente assorbite, e viene definito ed aggiornato dalla Regione, che regola i rapporti tra l'AUSL (che acquista) e le altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (che forniscono la prestazione);
- e) il finanziamento delle strutture ospedaliere basato sulle prestazioni effettivamente erogate anziché sulle risorse impiegate;
- f) un sistema di "accreditamento" delle strutture private che cioè, rispondendo a determinati requisiti, possono fornire prestazioni per conto dell'ASL che quindi svolge il ruolo di acquirente. Si ottiene così di ampliare la libertà di scelta del cittadino, si stimola il miglioramento della qualità dei servizi;
- g) l'esplicito obiettivo di indirizzare verso una sorta di competizione, sia pur controllata, a beneficio del cittadino e dell'economicità dell'intero sistema.

Per aziendalizzazione si intende l'adozione da parte delle imprese sanitarie pubbliche delle procedure e dei modelli organizzativi tipici dell'impresa privata, al fine di rendere l'impresa sanitaria pubblica capace di competere sul mercato con quest'ultima sotto il profilo della qualità e del costo all'utente finale delle prestazioni sanitarie offerte.

Parallelamente al processo di aziendalizzazione il nostro Paese avviava quello di 'regionalizzazione' della sanità pubblica con il quale veniva attribuita *“alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie”* (cfr. art. 2 D.Lgs. 502/92 e art. 1 D.Lgs. 229/ 99, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale"). Processo che negli ultimi anni ha subito una decisiva accelerata per via della progressiva evoluzione in senso federale dell'ordinamento italiano (art. 117 cost. come novellato dall'art. 3 l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3).

Alla competitività tra le imprese sanitarie pubbliche e private, si è quindi aggiunta la concorrenza tra le Regioni nella disciplina della

sanità pubblica e nei livelli (anche qualitativi) di assistenza erogati al cittadino.

2.- L'aziendalizzazione delle imprese sanitarie pubbliche ha riproposto il contrasto – già manifestatosi in occasione della cd 'stagione delle privatizzazioni' – tra forma e sostanza del modello organizzativo adottato. Nel senso che se per un verso le ASL adottavano, seppure gradualmente, sempre più la forma e le strutture delle imprese private (e così ad esempio nella gestione, affidata a *managers* esterni; nella rendicontazione contabile; nei controlli interni sulla regolarità amministrativa e contabile etc.); non per questo l'attività economica seguiva i processi tipici dell'impresa privatistica, permanendo pervasivi vincoli politici e burocratici nella gestione⁶. Insomma le ASL avevano assunto la 'forma' delle imprese private ma non, almeno non completamente, la 'sostanza' di quest'ultime. Assumendo l'aspetto di un ibrido «inefficace ed inefficiente»⁷

Da un lato, infatti, la giurisprudenza e il legislatore storico lasciavano irrisolte molte problematiche relative alla natura giuridica delle nuove aziende.⁸ *Da l'altro*, venivano emanati una

⁶ La *Confindustria per un rinnovato servizio sanitario*, http://www.aaroi.it/aaroi2/rivista/n3_99/3_99_10.html

⁷ La *Confindustria per un rinnovato servizio sanitario*, http://www.aaroi.it/aaroi2/rivista/n3_99/3_99_10.html

⁸ Ad esempio chi è competente a giudicare della responsabilità civile dei medici e del personale della AUSL? La magistratura ordinaria o la corte dei conti in applicazione della risalente art. 52 T.U. 12 luglio 1934, n. 1214? Con la conseguenza – ove si acceda a quest'ultima ipotesi – che la AUSL potrebbe essere convenuta ex art. 2049 dal terzo danneggiato davanti alla magistratura ordinaria, ma non potrebbe esercitare in tale giudizio l'azione di rivalsa nei confronti del proprio dipendente stando la giurisdizione esclusiva della corte dei conti. Con notevole svilimento del principio di economia processuale ed evidente duplicazione dei costi giudiziari.

serie di provvedimenti normativi i cui effetti collidevano con lo stesso progetto di trasmigrare la sanità pubblica nell'economia di mercato.

3.- Un esempio particolarmente calzante del bisticcio esistente tra il dichiarato intento di avvicinare l'impresa sanitaria pubblica a quella privata e la prassi legislativa in materia è dato dalla disciplina delle procedure di acquisto di beni e servizi da parte delle ASL.

Non è dubbio che le ASL – al pari di altre imprese pubbliche – debbano rispettare le procedure di evidenza pubblica previste dalla legge per l'acquisto di beni o servizi il cui valore ecceda la soglia comunitaria.

L'obiettivo di tale normativa non è a priori incompatibile con il processo di aziendalizzazione, mirando ad assicurare che l'accesso delle imprese pubbliche al mercato avvenga attraverso procedure idonee a garantire il rispetto dei principi di economicità, efficacia e pubblicità, nonché i principi di derivazione comunitaria/internazionale di non discriminazione e di apertura del mercato degli appalti pubblici alle imprese degli stati membri⁹.

⁹ L'esame della normativa vigente in materia di appalti pubblici di forniture (tanto comunitaria/internazionale, quanto interna) mostra una grande attenzione del legislatore nel disciplinare dettagliatamente i profili della pubblicità, trasparenza e divieto di discriminazione delle procedure di aggiudicazione. Mentre la tutela dell'economicità e dell'efficacia dell'accesso al mercato da parte delle pubbliche amministrazioni passa attraverso le norme che impongono: *da un lato* la scelta, per gli appalti di importo superiore al valore-soglia comunitario, delle procedure concorsuali di aggiudicazione (procedure aperta o ristretta, *ovvero* nella terminologia del diritto amministrativo italiano: pubblico incanto, licitazione privata e appalto concorso), consentendo il ricorso alle procedure ristrette (vale a dire, per utilizzare le consuete definizioni del diritto interno, alla trattativa privata) solo qualora tale procedura si mostri per le caratteristiche del contraente, per i tempi di contrattazione e per le modalità di acquisto di gran lunga più conveniente rispetto alle procedure concorsuali; *dall'altro*, quali criteri di aggiudicazione dell'appalto quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa *ovvero* quello dell'offerta con il prezzo più basso

Non sempre però il ricorso da parte delle imprese pubbliche alle tradizionali procedure concorsuali di aggiudicazione rappresenta la soluzione economicamente più efficiente. E ciò per tre ordini di ragioni: 1) il quantitativo di beni di cui l'amministrazione intende rendersi acquirente potrebbe non consentire alla stessa di profittare degli sconti previsti dal fornitore per acquisti il cui valore superi determinate soglie; 2) l'amministrazione corre sempre il rischio di stimare in difetto o per eccesso il proprio fabbisogno di un determinato bene, con le conseguenti evidenti diseconomie; 3) l'accentramento presso gli organi direttivi delle amministrazioni dei poteri circa l'indizione delle gare di appalto genera elevati costi amministrativi; 4) il limitato valore dei beni o dei servizi da acquistarsi rende anti-economico il ricorso all'evidenza pubblica.

I rapporti tra discrezionalità manageriale e evidenza pubblica venivano adeguatamente contemperati nella c.d. "Riforma Bindi" che, confermando l'indirizzo di aziendalizzazione della sanità pubblica, prescriveva il rispetto della normativa pubblicistica sugli appalti per i soli acquisti di beni o forniture il cui valore eccedesse la soglia di valore comunitaria. Mentre per gli acquisti di valore inferiore alle predetta soglia era consentito il ricorso agli strumenti negoziali privatistici (art. 3, co. 1 ter, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'3, co. 1, d.lgs. 19 giugno

1999, n. 229). La normativa successiva, si vedrà, ha – con poca o nulla coerenza – introdotto nella disciplina delle procedure d’acquisto della AUSL rigidità o limiti affatto compatibili con i principi posti dalla “Riforma Bindi” e dalla legislazione degli anni ’90.

4.– Le soluzioni prospettate dai vari legislatori nazionali per promuovere l’efficienza dei processi di acquisto sono principalmente tre. La prima consiste nell’incentivare la costituzione di gruppi unitari di acquisto tra le amministrazioni/enti/imprese aggiudicatrici al fine di permettere alle stesse di fruire degli sconti praticati dai fornitori per acquisti di ingente valore.

La seconda è data dalla stipulazione di contratti–quadro¹⁰, in cui vengono fissate le condizioni generali delle forniture oggetto di successivi contratti, che consentano alle amministrazioni di approvvigionarsi di beni con maggiore flessibilità e in funzione delle proprie reali esigenze pro–tempore. Mentre la terza prevede il frazionamento dei centri di acquisto per quanto concerne le forniture di modico valore. Le prime due soluzioni sono peraltro combinabili: incentivazione o costituzione di gruppi tra le amministrazioni aggiudicatrici per la stipulazione di contratti–quadro.

¹⁰ Contratti che in Italia rientrano nell’ambito dei c.d. contratti normativi, cfr. Cons. Stato, sez. II, 26 luglio 1995, n. 1964, in *Cons. Stato*, 1996, I, 727

5.- Tra gli ordinamenti che hanno per primi disciplinato i gruppi unitari di acquisto tra le amministrazioni aggiudicatrici ricopre un posto di assoluta preminenza quello francese. Con il decreto 85-801 del 30 luglio 1985¹¹ veniva infatti regolamentato in Francia il funzionamento della *Union des Groupements d'Achats Publics (UGAP)*. L'UGAP è un ente pubblico che ha per oggetto l'acquisto di prodotti o servizi in favore degli enti pubblici o degli organismi di diritto privato che assicurano un servizio pubblico e di fornire a questi l'assistenza tecnica di cui possono avere bisogno in materia di approvvigionamenti (art. 1 decreto 85-801 del 30 luglio 1985). L'UGAP è presente a livello locale nei diversi dipartimenti francesi.

Le amministrazioni interessate possono stipulare con l'UGAP una convenzione¹² con cui viene costituito un Gruppo Unitario di Acquisto, ovvero possono aderire a Gruppi già costituiti attraverso una apposita convenzione di adesione. Alternativamente, gli enti pubblici possono, nel rispetto della normativa sugli appalti pubblici¹³,

¹¹ Entrato in vigore il 1° gennaio 1986. Tale decreto è stato recentemente novellato dal decreto 2001-887 del 28 settembre 2001.

¹² Nella convenzione vengono precisati compiutamente i bisogni degli associati, inoltre è conferito all'UGAP mandato di coordinare il Gruppo e di rappresentare gli associati nella stipulazione degli ordini di acquisto, ovviamente nel rispetto integrale delle procedure di evidenza pubblica. L'UGAP, nella qualità di mandatario e coordinatore del gruppo di acquisto, può stipulare anche contratti-quadro (art. 25, decreto 85-801 del 30 luglio 1985, come modificato dal decreto 2001-887 del 28 settembre 2001, art. 8-9 *code des marchés publics*, decreto n. 2001-210 del 7 marzo 2001).

¹³ Gli acquisti il cui valore non supera i 90.000 € iva esclusa possono avvenire senza formalità preliminari di sorta (comb. disp. art. 25, decreto 85-801 del 30 luglio 1985, come modificato dal decreto 2001-887 del 28 settembre 2001 e art. 28 Nuovo Codice degli Appalti Pubblici). Per gli acquisti il cui valore è superiore a 90.000 € ma comunque inferiore alla soglia comunitaria è prevista una procedura semplificata.

approvvigionarsi direttamente presso l'UGAP di determinati beni¹⁴, approfittando dei contratti di fornitura stipulati direttamente da questi.

L'adesione alle convenzioni predisposte dall'UGAP *ovvero* l'acquisto di beni da quest'ultimo è del tutto facoltativa. Pertanto il Nuovo Codice degli Appalti Pubblici (*code des marchés publics*, decreto n. 2001-210 del 7 marzo 2001) disciplina nel dettaglio il coordinamento degli acquisti da parte dei dipartimenti delle amministrazioni aggiudicatrici che posseggono un proprio autonomo budget di spese e la costituzione di gruppi unitari di acquisto tra diverse amministrazioni (artt. 7 - 9) - cui possono partecipare anche imprese private ed enti pubblici economici - che non prevedano l'intervento dell'UGAP¹⁵.

6.- Nei paesi di common law¹⁶ la modernizzazione degli appalti pubblici di forniture, nel segno dell'efficienza, passa attraverso la GPC (*Government*

¹⁴ Il motto dell'UGAP è "dai cucchiaini per le mense scolastiche ai camion dei pompieri". L'UGAP distribuisce alle pubbliche amministrazioni un catalogo di ca. 400 pagine, con oltre 6000 prodotti. Un sistema simile esiste in Danimarca dove il Danish National Procurement Ltd - in base ad accordi quadro stipulati con 600 fornitori - distribuisce a 6000 pubbliche amministrazioni un catalogo (in forma cartacea e elettronica) con oltre 200.000 referenze.

¹⁵ Anche in questi ultimi casi è lecita la stipulazione di contratti-quadro purchè gli stessi siano aggiudicati nel rispetto delle procedure di evidenza pubblica e la loro durata non ecceda i tre anni (art. 71 *code des marchés publics*).

¹⁶ Negli Stati Uniti l'utilizzo da parte delle amministrazioni aggiudicatrici di speciali carte di credito risale al 1983 per le spese di viaggio del personale e al 1989 per quanto concerne le forniture. In Inghilterra la riforma degli appalti di forniture comincia nei primi anni '90. Attualmente in base alle linee guida tracciate dall'autorità indipendente di controllo sugli appalti pubblici, l'*Office of Government Procurement*, gli appalti di forniture possono in relazione al proprio oggetto essere divisi in tre categorie: appalti aventi ad oggetto beni strategici per la pubblica amministrazione, vale a dire quei beni essenziali per il perseguimento degli interessi pubblici di cui le amministrazioni sono depositarie; appalti aventi ad oggetto grandi volumi di beni non strategici; infine, gli acquisti di routine, di valore modico.

Procurement Card), una sorta di carta di credito per gli acquisti della pubblica amministrazione.

Per quanto concerne gli acquisti di routine¹⁷, l'*Office of Government Procurement* (e prima dell'istituzione di tale autorità il Tesoro) incoraggia l'utilizzo dei contratti quadro nell'ambito di gruppi di acquisto unitari costituiti tra le amministrazioni aggiudicatrici¹⁸ ovvero l'uso della GPC.¹⁹

E' invece favorito l'utilizzo della GPC quando, per il volume modesto degli acquisti, non è possibile stipulare contratti quadro, quando si tratti di beni di cui l'amministrazione ha immediata necessità ovvero per gli acquisti il cui valore non superi le 120 sterline.

Si è già detto che la GPC non è altro che una speciale carta di credito di cui i dirigenti dei vari uffici amministrativi si possono servire per effettuare acquisti (di persona, per telefono, fax, posta o tramite internet). Il decentramento del potere di acquisto (il titolare della carta non deve più richiedere l'acquisto del bene di cui abbisogna ad un ufficio centralizzato dell'amministrazione)

¹⁷ Gli acquisti cosiddetti di routine (cancelleria, cibo, vestiario, materiali per le pulizie) delle pubbliche amministrazioni assommano annualmente in Gran Bretagna a circa 300 miliardi di sterline. Sebbene il valore dei beni acquistati sia di modico valore (generalmente inferiore a 100 sterline), il costo burocratico ad essi connesso è in genere sproporzionatamente alto. E' stato calcolato, infatti, che tale costo per l'amministrazione oscilla tra le 25 e le 100 sterline per ogni acquisto. Senza contare l'impatto sull'ambiente causato dalla "paper-chain" generata dalle procedure tradizionali di acquisto

¹⁸ L'*Office of Government Procurement* promuove l'utilizzo dei contratti quadro: 1) nell'ambito di gruppi di acquisto unitari costituiti tra le amministrazioni aggiudicatrici quando quest'ultime possono aggregare le proprie richieste in modo da ridurre i costi procedurali e profittare degli sconti praticati dai fornitori per forniture di rilevante ammontare; 2) in ogni caso qualora si tratti di grandi volumi d'acquisto; 3) per i beni di cui l'amministrazione ha periodica necessità.

¹⁹ Nei primi tre anni d'uso della GPC il consumo di carta da parte delle pubbliche amministrazioni per gli acquisti di forniture si è ridotto di circa 13

produce un risparmio dei *transaction costs* stimato nell'85 % nonché un notevole abbreviamento dei tempi di acquisto e di consegna. Norme specifiche prevengono un uso improprio della carta da parte del titolare.

Dall'anno della sua introduzione la GPC²⁰ ha consentito un risparmio annuo di spesa di 32 milioni di sterline²¹.

7.- I primi tentativi del legislatore italiano di modernizzare, nel segno dell'efficienza, gli appalti pubblici di forniture risalgono solo al 1999²². Sino a tale data il sistema italiano degli appalti pubblici di forniture si basava unicamente sull'utilizzo da parte delle amministrazioni aggiudicatrici delle tradizionali procedure concorsuali di aggiudicazione dell'appalto in base con i consueti criteri di selezione delle offerte²³.

tonnellate, ed è previsto che nei prossimi 18 mesi il risparmio di carta si assesterà sulle 50 tonnellate (fonte comunicato stampa del Primo Ministro del 23 luglio 2001).

²⁰ Attualmente sono in circolazione 24.000 *Government Procurement Cards*, attraverso cui sono stati nel complesso conclusi dal 1997 923.000 acquisti di forniture di modico valore. L'eccezionale risultato in termini di performance degli acquisti di pubbliche forniture da parte delle amministrazioni ha indotto il Gabinetto del Primo Ministro a dichiarare che intende consentire l'acquisto tramite GPC anche di beni di maggior valore.

²¹ Comunicato stampa dell'*Office of Government Commerce* del 16 novembre 2001.

²² Con la Legge Finanziaria 2000 (L. n. 488 del 23 dicembre 1999) venivano introdotte nel nostro ordinamento nuove modalità di acquisto di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni al fine di far ottenere alle stesse benefici in termini di economicità degli acquisti, livelli di servizio dai fornitori e semplificazione dei processi interni. L'art. 26 della legge innanzi citata attribuiva infatti al Ministero dell'Economia e delle Finanze il compito di stipulare contratti-quadro con i fornitori, per i quali peraltro era esclusa la soggezione ai pareri di congruità economica e del Consiglio di Stato. Le amministrazioni centrali e periferiche dello Stato erano tenute ad approvvigionarsi utilizzando le predette convenzioni, mentre l'adesione delle restanti amministrazioni era del tutto facoltativa con l'obbligo però, ove non intendessero avvalersi dei contratti-quadro stipulati dal ministero, di utilizzarne i parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto del convenzionamento.

²³ E' pur vero che la normativa interna di recepimento delle direttive comunitarie sugli appalti pubblici di forniture contempla in principio la possibilità per le amministrazioni aggiudicatrici di stipulare accordi quadro, ma è pure vero che tale sistema di approvvigionamento lungi dall'essere incoraggiato sembra disincentivato dal legislatore, tanto è vero che per quanto concerne i c.d. settori speciali (acqua, energia, gas) la legge consente la stipulazione di accordi quadro unicamente per

Nel 2000 vedeva quindi la luce la Consip S.p.A. – organismo a “struttura societaria, con unica ed esclusiva funzione di servizio per lo Stato” (così art. 1 d.lgs. 19 novembre 1997, n. 414²⁴) – con il compito di concludere contratti–quadro con i fornitori per conto delle amministrazioni centrali e periferiche, al fine di far ottenere a quest’ultime benefici in termini di economicità degli acquisti, livelli di servizio dai fornitori e semplificazione dei processi interni.²⁵

L’adesione alle convenzioni Consip era reso obbligatorio per le sole amministrazioni centrali e periferiche dello stato, per le altre pubbliche amministrazioni l’adesione è facoltativa con l’obbligo però di utilizzare le convenzioni quale *benchmark* per i propri acquisti.

Tuttavia, la normativa più recente sembra indicare che la politica governativa sia di ‘persuadere’ il maggior numero di amministrazioni pubbliche, seppur formalmente non obbligate, a fare ricorso alle convenzioni Consip.

L’intento si è manifestato innanzitutto con la disciplina delle procedure di acquisto delle Asl. Nel 2001 (art. 2, d.l. 18 settembre 2001, n. 347) veniva

importi superiori alla soglia di applicazione della normativa comunitaria (art. 16, d.lgs. 17 marzo 1995, n. 158).

²⁴ Per effetto di tale provvedimento, quindi, la Consip assumeva la funzione di amministrazione aggiudicatrice, anche ai sensi della normativa interna e comunitaria in materia di appalti pubblici di forniture.

²⁵ La Finanziaria 2001 (art. 59, l. 388 del 23 dicembre 2000) attribuiva poi al Ministero dell’Economia e delle Finanze il compito di promuovere aggregazioni di enti decentrati di spesa (province, comuni, aziende sanitarie ed ospedaliere, università appartenenti a regioni diverse) per l’elaborazione di strategie comuni di acquisto attraverso la standardizzazione degli ordini di acquisto per specie merceologiche e l’eventuale stipula di contratti quadro valevoli su parte del territorio nazionale. Tali funzioni venivano in seguito trasferite alla Consip (D.M. 2 maggio 2001).

infatti disposto che le Regioni adottassero le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, aderiscano alle convenzioni Consip ovvero provvedessero ad altri strumenti di contenimento della spesa sanitaria ²⁶.

La Finanziaria 2003²⁷ da un lato riduceva per le amministrazioni pubbliche la soglia per l'applicazione delle procedure di evidenza pubblica previste dalla normativa comunitaria (recepita nel nostro paese) a 50.000 euro; da l'altro rendeva eccezionale il ricorso alla trattativa privata²⁸. A meno che l'amministrazione optasse di stipulare una delle convenzioni quadro Consip.

L'assetto normativo innanzi descritto sottraeva ogni flessibilità – e quindi annullato la discrezionalità manageriale corollario dell'aziendalizzazione – della dirigenza delle imprese pubbliche negli acquisti di forniture e servizi²⁹. Escluso il ricorso alla trattativa privata

²⁶ In materia di "interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito in l. 16 novembre 2001, n. 405, con la medesima norma si stabiliva inoltre che le Regioni dovevano adottare le iniziative opportune a favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni in materia sanitaria.

²⁷ Art. 24, l. 27 dicembre 2002, n. 289

²⁸ Limitata a casi eccezionali e limitati, previo esperimento di una documentata indagine di mercato, dandone comunicazione alla sezione regionale della Corte dei Conti

²⁹ Bene a fatto la Regione Sicilia, nell'ambito della propria autonomia, a mantenere la possibilità del ricorso alla trattativa privata da parte delle Ausl per acquisti inferiori ai € 100.000 (LEGGE 16 aprile 2003, n. 4. "Disposizioni programmatiche e finanziarie per l'anno 2003"). Interessante è anche la proposta di legge regionale per gli acquisti nella sanità elaborata dalla conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome, che fa salva la trattativa privata per gli acquisti al di sotto della soglia comunitaria (http://www.fareonline.it/agg_18_4_2003/ipotesi_legge_regionale.pdf) . percorso analogo ha seguito la Regione Friuli Venezia Giulia che con l.r. n. 12 del 30 aprile 2003 della Regione Friuli Venezia Giulia, ha stabilito di disciplinare i contratti di fornitura di importo inferiore alla soglia comunitaria, prevedendo espressamente che possono essere stipulati con contraenti scelti mediante procedura negoziata esclusivamente nei casi (tra l'altro) per i servizi e per le forniture il cui valore stimato

(per acquisti superiori a € 50.000³⁰), ai *manager* della sanità pubblica non rimaneva che aderire alle convenzioni Consip anche per acquisti di modico valore.

Il sistema introdotto dalla Finanziaria 2003 era oggetto di aspre critiche sia da parte degli operatori economici (soprattutto medio-piccoli che vedevano ulteriormente limitato l'accesso al mercato delle pubbliche forniture), sia da parte degli Enti locali. Anzi molte regioni impugnavano innanzi alla Corte costituzionale le Finanziarie 2002 e 2003.

Per arginare tanto il malcontento degli imprenditori, quanto i predetti ricorsi alla Consulta veniva quindi emanata la l. 212 del 1° agosto 2003³¹, con la quale si sanciva il ritorno alla disciplina prevista dalla l. 488/99, che imponeva agli Enti territoriali di utilizzare i parametri di qualità e prezzo delle convenzioni Consip per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento. Con la novella dell'estate 2003 inoltre scompare, in caso di acquisti a trattativa privata, il discusso obbligo per i dirigenti e responsabili degli acquisti di informare i revisori

non sia superiore a 200.000 EUR al netto di IVA, previo esperimento di gara ufficiosa tra un numero di imprese non inferiori a cinque

³⁰ Cfr. U. MONTELLA, *Gli appalti di forniture e di servizi alla luce dell'art. 24 della legge*
27 dicembre 2002 n. 289, in http://www.giust.it/articoli/montella_art24.htm; M. TESTA,
Conversazione sull'articolo 24 della L. 27 dicembre 2002 n. 289 – Disposizioni per la formazione del
bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003), (Testo della conversazione -
Auditorium Glaxo - Verona 22 gennaio 2003), http://www.fareonline.it/art_24_verona.htm

³¹ A. BIANCO, *Enti territoriali «senza» Consip*, in *Il sole-24 ore*, 24 agosto 2003

contabili. Infine la legge 212/2003 restringe le convenzioni Consip solo «all'acquisto di beni e all'approvvigionamento di pubblici servizi caratterizzati dall'alta qualità dei servizi stessi e dalla bassa intensità di lavoro».

La legge 212/2003 rischia pertanto di rendere ancora più evidente la, incomprensibile, diversità di disciplina per gli acquisti di beni e forniture da parte della pressochè totalità delle imprese pubbliche da un lato, e delle Ausl dall'altro. Specie nelle Regioni³² che – non approfittando dell'opzione prevista dal d.l. 18 settembre 2001 – hanno prescritto quale sola modalità di acquisto di servizi o forniture della Ausl l'adesione alle convenzioni Consip. Una scelta invero poco oculata (e peraltro espressione di una abdicazione degli Enti territoriali ai propri poteri legislativi in materia, poco o nulla coerente con il processo di *devolution* in atto). Che non solo preclude ogni valutazione discrezionale sulla vantaggiosità dell'offerta Consip (ad es. di valutare il *service* post-vendita, l'esistenza di assistenza in loco per i beni acquistati etc.), ma che ha anche un effetto dirompente sulle economie locali. La centralizzazione a livello nazionale da parte della

³² Tra cui la Puglia, v. l.r. n. 14 del 31 maggio 2001, con cui è stato previsto l'obbligo, pena la decadenza automatica del Direttore Generale, per le Aziende sanitarie e ospedaliere di «aderire alle convenzioni stipulate dal Ministero del tesoro attraverso la CONSIP» ovvero di «utilizzare i relativi parametri di qualità e prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto del convenzionamento» motivando «i provvedimenti con cui procedono all'acquisto di beni e servizi a prezzi e a condizioni meno vantaggiosi di quelli stabiliti nelle convenzioni suddette» (art. 17, L.R. 31 maggio 2001, n. 14); con successiva legge del 28 novembre 2001 la Regione Puglia imponeva alle ASL l'obbligo del pubblico incanto per gli acquisti autonomi eccedenti i 200.000 € e della licitazione privata per quelli di importo inferiore.

Consp della stipulazione di accordi quadro per le forniture pubbliche può infatti rappresentare un ostacolo insormontabile all'accesso a tale mercato da parte delle piccole e medie imprese, che seppure in astratto potrebbero effettuare offerte economicamente più vantaggiose rispetto a quelle delle grandi imprese difficilmente potrebbero garantire i volumi di acquisto richiesti dalla Consip che tengono conto del fabbisogno dell'intera amministrazione centrale e periferica dello Stato³³.

E ciò in un paese come il nostro che poggia pressoché integralmente sulla piccola e media impresa è davvero incomprensibile! D'altronde si tratta di valutazioni che – recentemente – stanno raccogliendo un sempre più vasto consenso. E che hanno avuto una prima timida emersione giurisprudenziale nella recentissima decisione del Tar Friuli Venezia Giulia (21 marzo 2003, n. 88) secondo cui l'adesione alle convenzioni Consip non esonera il direttore generale dalla valutazione della convenienza economico qualitativa di tale scelta.

³³ In questo senso cfr. Sofia BANDINI ZANIGNI, *Gli appalti pubblici di forniture e servizi*, Milano, 2001, 380 la quale, in verità un po' apoditticamente, sostiene che ciò potrebbe comportare «una eliminazione o quanto meno una restrizione della concorrenza da una parte sostanziale del mercato che potrebbe confliggere con il divieto di intese restrittive della libertà di concorrenza». Di recente la Corte dei Conti (Relazione concernente il "Progetto degli acquisti centralizzati e la conseguente gestione dei contratti e della spesa nelle Amministrazioni dello Stato negli esercizi 2000 - 2003"; in http://www.corteconti.it/Gli-Atti-d/Controllo-/Documenti/Sezione-ce1/Anno-2003/Adunanza-c/Documenti/DeliberazioneCONSIP.doc_cvt.htm) ha sottolineato da un lato l'impossibilità di verificare i risparmi di spesa conseguiti attraverso l'adesione alle convenzioni Consip per l'incapacità della pubblica amministrazione di quantificare la spesa sostenuta negli anni; dall'altro stesa potenziale inidoneità delle convenzioni Consip – per il formarsi di cartelli oligopolistici capaci di orientare verso l'alto i prezzi di mercato – a permettere i vagheggiati risparmi di spesa. Cfr. B. FIAMMERI, *Convenzioni Consip nella bufera*, in *Il sole-24 ore*, 23 luglio 2003

Più conforme al mercato e allo spirito del processo di aziendalizzazione (e allo stesso *revirement* del legislatore sulla aprioristica convenienza delle convenzioni Consip) è la scelta di quelle Regioni³⁴ - la maggioranza - che hanno approfittato dell'opzione legislativa per disciplinare in modo autonomo le procedure di contenimento della spesa sanitaria.

Si ritiene infine di segnalare che presso l'Ircs pediatrico Gaslini di Genova è stato avviato l'esperimento di utilizzo di una "purchasing card", sul modello della GPC inglese, per gli acquisti di forniture di modico ammontare. Tale carta sarà

³⁴ Si riporta qui di seguito una tabella riassuntiva delle opzioni legislative regionali in materia tratta dal sito della Conferenza delle Regioni (www.regioni.it):

Regione
Manovre di fiscalità regionale
Convenzioni per centralizzazione degli acquisti
Abruzzo Istituzione linee guida terapeutiche per patologie frequenti
Basilicata Obbligo di acquisto di beni e servizi
CONSIP o tramite Unioni di acquisto
Controllo e formazione medici di medicina generale
Calabria Convenzione Consip Osservatorio prezzi istituito a partire dal 1996
Campania Budget per acquisto di beni e servizi
Accordi con strutture convenzionate per prestazioni inferiori ai 300 miliardi
Emilia Romagna Lo squilibrio di alcune ASL sarà corretto con misure "ad hoc"
Obbligo di acquisto al prezzo più basso tramite CONSIP o Unioni di acquisto (già attivato)
Osservatorio prezzi con aggiornamento trimestrale della banca dati (già attivato)
Logistica del farmaco nella zona di Bologna (sperimentazione)
Friuli Venezia Giulia Osservatorio prezzi e tecnologie (sperimentazione su base nazionale) per beni non di consumo
Capitolati unici (già attuati) e centrale degli acquisti condivisi (in fase di prossima attuazione)
Lazio Budget per assistenza domiciliare
Liguria Centralizzazione degli acquisti (in fase di attivazione)
Lombardia Aumento addizionale IRPEF per scaglioni di reddito
Centralizzazione acquisti e protocollo di intesa con Consip
Esonero ONLUS dal pagamento IRAP
Marche Aumento bollo auto, aumento aliquota IRAP, aumento addizionale IRPEF per scaglioni di reddito
Molise Centralizzazione tramite unioni di acquisto
Ricorso alla CONSIP per acquisti più favorevoli
Piemonte Aumento addizionale IRPEF per redditi oltre i 20 milioni (0,5%)
Centralizzazione degli acquisti per mezzo CONSIP e unioni di acquisto
Puglia Aumento addizionale IRPEF +0,5%
Centralizzazione degli acquisti (già attivata)
Alienazione patrimonio immobiliare ASL non utilizzato a fini sanitari
Stanziamiento di 100 miliardi per il finanziamento della spesa sanitaria
Sardegna Sicilia Toscana Centralizzazione per mezzo di Unioni di acquisto e CONSIP (in fase di attuazione)
Riorganizzazione della logistica
Monitoraggio mensile delle spese sanitarie e verifica trimestrale. Se necessario saranno presi provvedimenti correttivi ad hoc
Umbria Valle d'Aosta Avvio sperimentale del budgeting ASL in un distretto (virtuale)
Veneto Aumento del bollo auto; aumento addizionale IRPEF 0,5%
Acquisti per mezzo di costituzione in cooperative
Bolzano Trento Acquisti centralizzati per mezzo CONSIP
convenzione per l'accesso all'Osservatorio Prezzi Piemonte
Studio della specificità di Trento commissionato a Università Bocconi
Aggiornato a ottobre 2002

attribuita ai 500 primari dell'ospedale, implicando pertanto anche una radicale riorganizzazione dei poteri decisionali nel senso della responsabilizzazione individuale³⁵.

Sembra quest'ultima la strada da seguire, insieme alle unioni d'acquisto tra le aziende sanitarie. Dacché permette meglio – recependo collaudate esperienze straniere in materia - di differenziare le procedure di acquisto in base al valore dei beni e servizi acquistati e valorizzando professionalità e managerialità dei dirigenti sanitari.

Per quanto concerne le unioni d'acquisto, in particolare, dovrebbero essere istituiti dei livelli sovraziendali accorpando le attività non direttamente collegate all'esercizio dell'attività caratteristica delle Ausl (acquisti e logistica): così da consentire economie di scala e eliminazione di eventuali diseconomie.

La scelta del livello sovraziendale della macroarea territoriale ha inoltre l'ulteriore vantaggio di prevenire gli effetti dirompenti sull'economia locale dei sistemi di centralizzazione degli acquisti del tipo Consip.

³⁵

Il Sole 24 Ore, 24 settembre 2001

APPENDICE NORMATIVA

NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO

.- Delib.G.R. 21 luglio 2009, n. 1287

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

L'art. 7 (Norme in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria) comma 3 della *legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39* (Norme relative all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007) ha sancito l'obbligo per le Aziende e gli Istituti del SSR "di completare e aggiornare, entro e non oltre il 31 gennaio 2007, le quotazioni dei beni inclusi nell'Osservatorio prezzi e tecnologie (OPT) istituito presso l'Assessorato alle politiche della salute, che si avvale del supporto dell'ARES sia con riferimento alle valutazioni di merito sia al fine di rendere operativo il predetto strumento di controllo della spesa".

L'art. 1, comma 26, della *legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40* ha previsto la costituzione, da parte della Giunta Regionale, di un "Osservatorio regionale dei dispositivi medici e protesici nonché del relativo repertorio regionale anche al fine di valutazioni

comparative degli acquisti effettuati dalle aziende e istituti del servizio sanitario regionale”.

Tenuto conto del quadro normativo di riferimento nazionale che risulta, in sintesi, così articolato:

- *Legge 11 marzo 1988, n. 67 art. 20*, “Finanziamento di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di residenze per anziani” e successive modificazioni ed integrazioni;

- *D.L. 28 dicembre 1989, n. 415* e convertito in legge, con modificazioni, con *Legge 28 febbraio 1990, n. 38* “Norme urgenti in materia di finanza locale e di rapporti finanziari tra lo Stato e le regioni”;

- *D.M. 7 novembre 1991* “Istituzione dell’Osservatorio sui Prezzi e sulle Tecnologie sanitarie” che prevede la “rilevazione sistematica delle informazioni sui prezzi e sulle caratteristiche tecnico-funzionali dei beni e servizi ...” con l’obiettivo di “favorire il processo di omogeneizzazione e di calmieramento dei prezzi ... e di razionalizzazione e controllo delle politiche di acquisto ...”; in particolare all’art. 2 è previsto che “la banca dati conterrà i prezzi offerti al SSN ... che consentiranno l’individuazione di massimali di riferimento ...”;

- *D.M. 29 gennaio 1992* “Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l’esercizio delle attività di alta specialità”;

- *Legge 30 dicembre 1991, n. 412* “Norme generali sull’amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato”;
- *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’*art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*” e successive modifiche ed integrazioni;
- *Legge 23 dicembre 1994, n. 724* “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” che all’*art. 6*, prevede l’obbligo per le Regioni di attivare “osservatori di controllo dei prezzi dei beni e servizi, con particolare attenzione alle attrezzature tecnico-medicali, ai farmaci ed al materiale diagnostico” e che “per raggiungere ... (il suddetto)... obiettivo ... le Regioni possono individuare forme di centralizzazione degli acquisti da parte del SSN, fissare prezzi di riferimento ...”;
- *Legge 23 dicembre 1996, n. 662* “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” (collegato alla legge finanziaria per il 1997) che all’*art. 1*, comma 30 prevede l’organizzazione e gestione di un osservatorio centrale degli acquisti e dei prezzi (OCAP) da parte del Ministero della Sanità con lo scopo di fornire elementi per l’analisi, la programmazione, il controllo del settore acquisti dei beni e servizi del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nonché per fini di orientamento e supporto anche mediante l’utilizzo del collegamento in rete con gli osservatori regionali e locali del Ssn;

- *Legge 27 dicembre 1997, n. 449* “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”;
- *Legge 23 dicembre 1998, n. 448* “Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo”;
- *Legge 17 maggio 1999, n. 144 art. 1*, “Costituzione di unità tecniche di supporto alla programmazione, alla valutazione e al monitoraggio degli investimenti pubblici” e successive delibere CIPE;
- *Legge 23 dicembre 1999, n. 488* “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”;
- *D.Lgs. 8 settembre 2000, n. 332* “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico-diagnostici in vitro”;
- *D.M. 3 agosto 2001*, di attuazione dell’*art. 1 della Legge n. 144/99* “Istituzione degli uffici di monitoraggio investimenti”;
- *D.L. 18 settembre 2001, n. 347* e convertito in legge, con modificazioni, con *Legge 16 novembre 2001, n. 405* “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”;
- Accordo, sancito il 19 dicembre 2002 dalla Conferenza permanente Stato-Regioni per la “Semplificazione delle procedure di attivazione dei programmi di investimento in sanità”;
- *Legge 27 dicembre 2002, n. 289* “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)” che all’art. 57 comma

5 stabilisce che le aziende sanitarie devono esporre on line via Internet i costi unitari dei dispositivi medici acquistati semestralmente, specificando aziende produttrici e modelli;

- *Legge 23 dicembre 2005, n. 266* “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)” che all’art. 1 comma 408 sancisce che, previa definizione delle modalità a cura del Ministero della Salute, le aziende sanitarie devono inviare al Ministero della Salute le informazioni per il monitoraggio nazionale dei consumi dei dispositivi medici;

- *Legge 27 dicembre 2006, n. 296* “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge Finanziaria 2007”, art. 1, comma 796, lettera v) (concernente i prezzi da assumere come base d’asta per le forniture del Servizio sanitario nazionale) e successivi Decreti Ministeriali attuativi;

- *D.M. 20 febbraio 2007*, “Approvazione della Classificazione Nazionale dei dispositivi medici (CND)” (e successivi Decreti di modifica ed integrazione);

- *D.M. 20 marzo 2007* “Criteri per l’individuazione di un «unico dispositivo», ai fini del pagamento della tariffa, prevista dall’articolo 1, comma 409, lettera e), della legge 23 dicembre 2005, n. 266 come modificato dall’articolo 1, comma 825, lettera c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296”.

ilmigliolibro.it

L'esperienza dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie - OPT si è sviluppata tra il 1996 e il 2000, in ambito nazionale, con un progetto condotto dall'Agenzia regionale della Sanità della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia e finanziato dal Ministero della Sanità con i programmi di sperimentazione ex *art. 12, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 502/92.*

Tale esperienza è continuata successivamente solo circoscritta a un gruppo di Regioni che hanno avviato osservatori regionali utilizzando la metodologia e gli strumenti di OPT.

Il riavvio dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie su scala nazionale e la sua stabilizzazione quale strumento di supporto per tutto il S.S.N. è collegato alla decisione assunta nel febbraio 2002 dalla Conferenza degli Assessori che ha indicato nell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali il riferimento nazionale per tale attività.

In Regione Puglia si sono registrati negli anni diversi provvedimenti legislativi mirati ad intervenire nel settore degli appalti e dei contratti di acquisto in sanità che non sono stati adeguatamente supportati da un rafforzamento della tecnostruttura regionale allocata sia presso l'Agenzia Regionale Sanitaria sia presso i competenti Uffici dell'Assessorato alle Politiche della Salute come, invece, avvenuto in altre realtà regionali italiane in cui l'osservazione, il monitoraggio, il controllo ed i correttivi in materia di contratti ed appalti hanno

conseguito risultati migliori in termini di efficacia, di contenimento dei costi, di razionalizzazione e di trasparenza.

Con Delib.G.R. 29 giugno 1992, n. 3681 la Giunta della Regione Puglia ha definito le linee-guida per l'istituzione, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute, dell'Osservatorio Regionale dei Prezzi e delle Tecnologie quale "supporto indispensabile per le decisioni gestionali, per l'effettuazione di rilevazione, studi e controlli nel settore degli acquisti di beni e servizi, con particolare riferimento a beni di largo consumo, ai farmaci e presidi di uso ospedaliero, alle apparecchiature ed agli strumenti di altra tecnologia" con l'obiettivo da una parte di "favorire il processo di omogeneizzazione e di calmieramento dei prezzi di beni e servizi di interesse del SSN e dall'altra di razionalizzare e controllare le politiche di acquisto" e, per tali obiettivi, l'Osservatorio "si impone come strumento essenziale per il controllo dei meccanismi di rilevazione sistematica delle informazioni sui prezzi e sulle caratteristiche tecnico-funzionali dei beni e servizi utilizzati dalle UU.SS.LL. nonché dei dati sui consumi ed i pagamenti effettivamente sostenuti dalle UU.SS.LL. per l'acquisto dei beni e servizi stessi e per la realizzazione dei presidi sanitari".

Delle attività eventualmente svolte dall'Osservatorio Regionale dei Prezzi e delle Tecnologie di cui alla suddetta Delib.G.R. n.

3681/1992 non si ha evidenza agli atti di questo Assessorato eccezion fatta per l'avvenuta inclusione dell'area applicativa denominata "Osservatorio Prezzi e Tecnologie" (OPT) nell'ambito del progetto di Sistema Informativo Sanitario Regionale che, però, non risulta essere stata adeguatamente alimentata dalle disciolte Unità Sanitarie Locali.

L'approvazione con il *Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163* del "Codice degli appalti" e le successive modifiche introdotte dal *D.L. 12 maggio 2006, n. 173*, dal *Decreto legislativo 26 gennaio 2007, n. 6*, dal *Decreto legislativo 31 luglio 2007, n. 113* e dal *Decreto Legislativo 11 settembre 2008, n. 152* hanno comportato una fase di revisione e riassetamento dell'intera materia degli appalti e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione e soprattutto nella normativa di riferimento regionale.

Con *Delib.G.R. 25 marzo 2008, n. 399* la Giunta Regionale ha approvato le "Linee-guida per gli acquisti sottosoglia comunitaria delle Aziende ed Istituti del S.S.R." quale strumento di uniformità nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale negli acquisti sottosoglia attese le criticità rilevate dal tavolo di parte pubblica e dell'Associazione Fornitori Ospedalieri della Regione Puglia (A.F.O.R.P.) di cui alla *Delib.G.R. n. 125/2007*, e connesse con l'applicazione di alcuni istituti del "Codice dei Contratti".

Tenuto conto che:

- *l'art. 1 della legge regionale 13 agosto 2001, n. 24* assegna all'Agenzia Regionale Sanitaria, istituita con la medesima legge, “compiti di supporto tecnico-operativo per la programmazione sanitaria regionale, per il controllo di gestione e conseguente monitoraggio dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale, per la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari” e che *l'art. 2 della stessa legge* assegna all'Ares il compito di fornire “la necessaria assistenza alle Aziende Sanitarie e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (L. R. C.C.S.) nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione” (così la lettera g del primo comma) nonché di gestire “centralmente, per conto delle Aziende Sanitarie, segmenti di attività con ricaduta omogenea sull'intero territorio regionale... nonché centri di acquisto a livello regionale su mandato dell'Assessore alla sanità” (così la lettera o);

- nell'ambito delle sue prerogative, l'Ares Puglia fornisce assistenza agli enti del Servizio Sanitario Regionale in merito alla appropriatezza delle prestazioni oggetto delle gare e degli appalti ed alla congruità dei relativi risultati perseguiti (anche in relazione agli obiettivi pianificati, compreso quello della concentrazione degli acquisti) attraverso attività di sorveglianza preventiva finalizzata all'efficienza, celerità, economicità e massima trasparenza del sistema degli acquisti, delle gare e

degli appalti, in coerente applicazione della normativa e dei principi stabiliti dal *Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163* (codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture).

Posto in evidenza che gli obiettivi prioritari da perseguirsi mediante l'istituzione ed il rafforzamento degli Osservatori regionali sono quelli:

- 1) di fornire uno strumento utile, a livello locale, per la programmazione economica e gestionale delle Aziende Sanitarie e, a livello regionale, un supporto informativo finalizzato al governo della spesa sanitaria;
- 2) di realizzare uno strumento di analisi e pianificazione degli investimenti in tecnologie sanitarie in grado di supportare le Aziende Sanitarie nella valutazione dell'appropriatezza della propria dotazione tecnologica, rispetto alle linee di indirizzo, sviluppo e potenziamento stabilite dal Servizio Sanitario Regionale;
- 3) di migliorare la competitività e la capacità contrattuale delle Aziende Sanitarie;
- 4) di sviluppare un sistema informativo tra le Aziende per lo scambio di dati;
- 5) di aumentare le conoscenze tecniche sui prodotti per una riqualificazione della spesa;
- 6) di standardizzare le tipologie dei materiali e diminuire la variabilità delle tipologie di consumi;

- 7) di estendere la conoscenza dei fornitori e dei rapporti in essere con essi;
- 8) di favorire percorsi di codifica uniforme regionale per facilitare la contabilizzazione degli acquisti, la puntuale gestione della contabilità economico - patrimoniale ed una corretta, diffusa ed uniforme gestione dei magazzini;
- 9) di stimolare e supportare le unioni di acquisto e gli acquisti centralizzati, in collaborazione con il Nucleo regionale e con la Centrale di Acquisti regionale, con lo scopo di aumentare il potere contrattuale delle Aziende, di ridurre gli sprechi, di razionalizzare la spesa;
- 10) di superare i punti critici sin qui registrati tra cui:
- a) la corretta identificazione dei beni e servizi sottoposti a confronto dei prezzi;
 - b) la carenza del patrimonio informativo regionale in materia di tecnologie, investimenti ed innovazione;
 - c) la disponibilità di informazioni caratterizzanti i prodotti osservati, in tempo reale;
- 11) in materia di tecnologie biomediche e diagnostiche, di assicurare la conoscenza delle tecnologie disponibili, delle dimensioni del mercato, dei prodotti e servizi offerti e domandati, delle condizioni alle quali i negozi giuridici (contratti di fornitura) sono sottoscritti (ovvero le

quantità, i tempi e le modalità di consegna, i tempi di pagamento, i prezzi convenuti).

Tanto premesso, si propone:

1) di attivare nell'ambito dell'Assessorato alle Politiche della Salute, l'«Osservatorio regionale dei Prezzi delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici e degli Investimenti» delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di Puglia, di cui all'*art. 1 della L.R. n. 39/2007*, quale strumento di trasparenza nella gestione e mezzo di controllo della spesa pubblica;

2) di stabilire che il sistema informativo dell'Osservatorio è realizzato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e si compone dell'Osservatorio Prezzi (OP), dell'Osservatorio Tecnologie (OT), dell'Osservatorio Dispositivi Medici e Protesici (ODMP), dell'Osservatorio degli Investimenti in Sanità (OI);

3) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento avrà i seguenti compiti:

a) la gestione delle problematiche tecniche, organizzative, funzionali ed operative del sistema informativo implementato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale;

b) automatizzare i processi di lavoro a supporto delle politiche di acquisto per le Aziende Sanitarie e di organizzare uno strumento di monitoraggio delle

politiche di acquisto e di programmazione degli investimenti;

c) assicurare la puntuale alimentazione dei flussi informativi relativi agli ambiti definiti dal presente provvedimento;

d) avvalendosi delle funzionalità messe a disposizione dal NSISR, dovrà essere assicurata:

- la gestione del paniere di beni e servizi, strutturato in categorie e settori, periodicamente selezionato ed aggiornato per rilevanza tecnica ed economica, da sottoporre ad osservazione nonché la gestione dei dati degli acquisti effettuati in un determinato periodo per ciascun bene sottoposto ad osservazione;

- la gestione dei piani pluriennali d'investimento (edilizia sanitaria o ammodernamento tecnologico), nonché dei dati delle fasi di sviluppo, delle coperture finanziarie e dei pagamenti effettuati per ciascun piano;

- la gestione dei dati relativi alle apparecchiature di diagnosi e cura in dotazione alle strutture sanitarie;

e) la gestione dell'Albo unico dei Fornitori del Servizio Sanitario Regionale da realizzarsi anche mediante l'iniziativa "EmPULIA";

4) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento assicura l'interazione operativa ed informativa costante con il "Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto" di cui

all'art. 20 della legge regionale n. 26/2006, con la Centrale di Acquisto Regionale (EmPulia), con l'Osservatorio dei contratti pubblici, con le competenti strutture delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR nonché con l'Agenas e con gli altri organismi nazionali coinvolti nella materia;

5) di stabilire che entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, l'Ares Puglia congiuntamente al competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute elabori uno o più provvedimenti aventi natura regolamentare in materia di organizzazione e funzionamento dell'Osservatorio nonché in materia di aggiornamento ed utilizzo dell'Osservatorio regionale da parte delle Aziende ed Enti del SSR;

6) è fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende e degli Enti pubblici del S.S.R.:

a) di trasmettere per via telematica e secondo le specifiche tecniche previste, tutti i dati necessari per l'avvio dell'Osservatorio di cui al presente provvedimento;

b) di alimentare puntualmente e con le cadenze e modalità previste la base dati informativa NSISR dell'Osservatorio di cui al presente provvedimento nonché tutti i flussi informativi previsti;

7) di rendere obbligatorio, nell'ambito delle procedure per la razionalizzazione degli acquisti dei dispositivi medici da parte delle Aziende Sanitarie

regionali, la previa consultazione della banca dati dell'Osservatorio onde acquisire informazioni sulle migliori condizioni di fornitura dei dispositivi medici praticate dal mercato;

8) di stabilire che la documentazione relativa agli esiti della consultazione dell'Osservatorio da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del SSR dovrà essere allegata alle delibere di aggiudicazione;

9) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento è composto dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria o suo delegato, dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica o suo delegato, dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione o suo delegato, dal Direttore Generale dell'Ares Puglia o suo delegato ed è composto, altresì, da cinque membri, individuati dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, tra esperti di riconosciuta professionalità in materia;

10) di stabilire che con determinazione dirigenziale del Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, da adottarsi entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, saranno nominativamente individuati i componenti dell'Osservatorio;

11) di stabilire che i membri dell'Osservatorio nominano a maggioranza il Coordinatore dell'Osservatorio con potere di convocazione;

12) di stabilire che l'Osservatorio ha sede presso l'Assessorato alle Politiche della Salute in Bari;

13) di stabilire che l'Ares Puglia assicura il supporto tecnico ed amministrativo anche mediante ricorso a professionalità presenti nel S.S.R. e/o a professionalità esterne al fine di assicurare la piena operatività e l'espletamento delle funzioni affidate all'Osservatorio;

14) di stabilire che le attività dell'Osservatorio potranno articolarsi per gruppi tematici e che con successivo provvedimento da predisporre a cura del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria di concerto con l'Ares Puglia saranno regolamentate le attività dell'Osservatorio e sarà determinato l'eventuale compenso per i membri esterni ovvero il rimborso spese per i componenti se ed in quanto dovuto;

15) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

16) di ricomprendere il rispetto degli adempimenti di cui al presente provvedimento ed il perseguimento degli obiettivi qui stabiliti, fra quelli disciplinati dai Piani di attività approvati dall'Assessorato alle Politiche della Salute, contribuendo quindi alla valutazione dei Direttori Generali.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA
L.R. n. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE
ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'*art. 4, comma 4, lett. a) della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7.*

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

La Giunta

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio PGS dell'Assessorato alle Politiche della Salute e del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

Delibera

1) di attivare nell'ambito dell'Assessorato alle Politiche della Salute, l'«Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici e degli Investimenti» delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di Puglia, di cui all'*art. 7 della L.R. n. 39/2007*, quale strumento di trasparenza nella gestione e mezzo di controllo della spesa pubblica;

2) di stabilire che il sistema informativo dell'Osservatorio è realizzato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e si compone dell'Osservatorio Prezzi (OP), dell'Osservatorio Tecnologie (OT), dell'Osservatorio Dispositivi Medici e Protesici (ODMP), dell'Osservatorio degli Investimenti in Sanità (OI);

3) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento avrà i seguenti compiti:

a) la gestione delle problematiche tecniche, organizzative, funzionali ed operative del sistema informativo implementato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale;

b) automatizzare i processi di lavoro a supporto delle politiche di acquisto per le Aziende Sanitarie e di organizzare uno strumento di monitoraggio delle politiche di acquisto e di programmazione degli investimenti;

c) assicurare la puntuale alimentazione dei flussi informativi relativi agli ambiti definiti dal presente provvedimento;

d) avvalendosi delle funzionalità messe a disposizione dal NSISR, dovrà essere assicurata:

- la gestione del paniere di beni e servizi, strutturato in categorie e settori, periodicamente selezionato ed aggiornato per rilevanza tecnica ed economica, da sottoporre ad osservazione nonché la gestione dei dati degli acquisti effettuati in un determinato periodo per ciascun bene sottoposto ad osservazione;

- la gestione dei piani pluriennali d'investimento (edilizia sanitaria o ammodernamento tecnologico), nonché dei dati delle fasi di sviluppo, delle coperture finanziarie e dei pagamenti effettuati per ciascun piano;

- la gestione dei dati relativi alle apparecchiature di diagnosi e cura in dotazione alle strutture sanitarie;

e) la gestione dell'Albo unico dei Fornitori del Servizio Sanitario Regionale da realizzarsi anche mediante l'iniziativa "EmPULIA";

4) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento assicura l'interazione operativa ed informativa costante con il "Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto" di cui all'*art. 20 della legge regionale n. 26/2006*, con la Centrale di Acquisto Regionale (EmPulia), con l'Osservatorio dei contratti pubblici, con le

competenti strutture delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR nonché con l'Agenas e con gli altri organismi nazionali coinvolti nella materia;

5) di stabilire che entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, l'Ares Puglia congiuntamente al competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute elabori uno o più provvedimenti aventi natura regolamentare in materia di organizzazione e funzionamento dell'Osservatorio nonché in materia di aggiornamento ed utilizzo dell'Osservatorio regionale da parte delle Aziende ed Enti del SSR;

6) è fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende e degli Enti pubblici del S.S.R.:

a) di trasmettere per via telematica e secondo le specifiche tecniche previste, tutti i dati necessari per l'avvio dell'Osservatorio di cui al presente provvedimento;

b) di alimentare puntualmente e con le cadenze e modalità previste la base dati informativa NSISR dell'Osservatorio di cui al presente provvedimento nonché tutti i flussi informativi previsti;

7) di rendere obbligatorio, nell'ambito delle procedure per la razionalizzazione degli acquisti dei dispositivi medici da parte delle Aziende Sanitarie regionali, la previa consultazione della banca dati dell'Osservatorio onde acquisire informazioni sulle

migliori condizioni di fornitura dei dispositivi medici praticate dal mercato;

8) di stabilire che la documentazione relativa agli esiti della consultazione dell'Osservatorio da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del SSR dovrà essere allegata alle delibere di aggiudicazione;

9) di stabilire che l'Osservatorio di cui al presente provvedimento è composto dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria o suo delegato, dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica o suo delegato, dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione o suo delegato, dal Direttore Generale dell'Ares Puglia o suo delegato ed è composto, altresì, da cinque membri, individuati dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, tra esperti di riconosciuta professionalità in materia;

10) di stabilire che con determinazione dirigenziale del Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, da adottarsi entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, saranno nominativamente individuati i componenti dell'Osservatorio;

11) di stabilire che i membri dell'Osservatorio nominano a maggioranza il Coordinatore dell'Osservatorio con potere di convocazione;

12) di stabilire che l'Osservatorio ha sede presso l'Assessorato alle Politiche della Salute in Bari;

13) di stabilire che l'Ares Puglia assicura il supporto tecnico ed amministrativo anche mediante ricorso a professionalità presenti nel S.S.R. e/o a professionalità esterne al fine di assicurare la piena operatività e l'espletamento delle funzioni affidate all'Osservatorio;

14) di stabilire che le attività dell'Osservatorio potranno articolarsi per gruppi tematici e che con successivo provvedimento da predisporre a cura del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria di concerto con l'Ares Puglia saranno regolamentate le attività dell'Osservatorio e sarà determinato l'eventuale compenso per i membri esterni ovvero il rimborso spese per i componenti se ed in quanto dovuto;

15) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

16) di ricomprendere il rispetto degli adempimenti di cui al presente provvedimento ed il perseguimento degli obiettivi qui stabiliti, fra quelli disciplinati dai Piani di attività approvati dall'Assessorato alle Politiche della Salute, contribuendo quindi alla valutazione dei Direttori Generali;

17) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Delib. G.R. 21 luglio 2009, n. 1288

L.R. 9 Agosto 2006, n. 26 - Unioni temporanee di acquisto delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale - Attivazione.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue.

L'art. 20 della Legge Regionale n.26/2006 “Interventi in materia sanitaria” afferma la volontà della Regione di promuovere e incentivare le Unioni temporanee di acquisto tra Aziende e Istituti del SSR attraverso “Unioni di acquisto”, con l'obiettivo di migliorare il potere contrattuale della domanda e di dar luogo ad acquisti unificati in via prioritaria per i prodotti sanitari ed economici per i quali sia possibile standardizzare comunemente le specifiche tecniche, ovvero servizi di comune utilizzazione.

E' stato, pertanto, istituito, in via sperimentale, dalla prefata norma, presso l'Assessorato alle politiche della salute il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” incaricato della pianificazione, promozione e sviluppo delle attività connesse con l'acquisizione della domanda di beni necessari per il funzionamento delle Aziende e Istituti del SSR che si realizzano

attraverso formalizzati protocolli d'intesa sulla base delle direttive vincolanti impartite dal Nucleo regionale.

Con Deliberazione n. 1381/2007 “Sperimentazione del Centro Territoriale per l'aggregazione degli acquisti negli Enti Locali Pugliesi (progetto APQ-CAT) ed adempimenti connessi con l'art. 20 comma 4 della Legge Regionale 9 agosto 2006, n. 26” è stato attivato uno specifico Gruppo di Lavoro regionale incaricato di dare seguito alla fase sperimentale prevista dalla norma.

Con Deliberazione 15 febbraio 2007 n. 125 è stato costituito, in via sperimentale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 della L.R. n. 26/06, un tavolo di confronto regionale sulle problematiche connesse con l'applicazione del nuovo “Codice dei Contratti” al fine di affrontare, tra l'altro, le criticità connesse con l'applicazione di alcuni istituti del predetto codice per quel che riguarda, tra l'altro, le procedure telematiche e i c.d. “Acquisti in economia”.

La Regione ha dato avvio congiuntamente alla società “in house” InnovaPuglia Spa all'iniziativa denominata EmPULIA riveniente dalla sperimentazione del progetto Centrale di Acquisto Territoriale (CAT) al fine di sviluppare un processo di razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi delle amministrazioni e degli enti aventi sede nel territorio regionale.

Tale iniziativa che è sicuramente all'avanguardia nello scenario nazionale risulta attualmente in via di

passaggio dalla fase sperimentale alla fase a regime attraverso uno specifico percorso normativo di istituzione della Centrale di Acquisto Regionale (EmpPULIA) in linea con l'esigenza urgente di contenere la spesa pubblica che ha indotto infatti l'intero comparto della Pubblica Amministrazione ad intraprendere molteplici iniziative di riforma ed innovazione nella gestione dei suoi processi cardine con l'obiettivo di razionalizzare la spesa e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso iniziative ed esperienze di razionalizzazione ed innovazione con l'istituzione e la piena operatività, a livello nazionale, della Centrale d'acquisto CONSIP e proseguite, appunto, a livello locale mediante le centrali di acquisto regionali, provinciali, comunali e di area vasta (es. Intercent, Acquisti in rete FVG, CAT Sardegna, eccetera).

Dette esperienze si caratterizzano e di distinguono per aver contribuito in maniera sostanziale a semplificare le procedure di acquisto delle Amministrazioni Pubbliche riducendo i costi della funzione acquisti, garantendo maggiori trasparenza, tracciabilità e controllo della spesa pubblica centrale e locale.

L'adozione di sistemi di appalto pubblico “on line”, e più in generale per gli acquisti “on line”, richiedono, com'è noto, non solo investimenti tecnologici, ma anche lunghi periodi di

sperimentazione, cambiamenti giuridici, culturali, istituzionali e organizzativi a vari livelli.

Sotto il profilo normativo, in base all'articolo 1 commi 455 e 456 della legge 27 dicembre 2006 n.296 (Legge Finanziaria 2007), le Regioni possono costituire centrali di acquisto anche unitamente ad altre Regioni, che operano quali centrali di committenza in favore delle amministrazioni territoriali di riferimento istituite ai sensi e per effetto dell'art. 33 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs 12 aprile 2006 n. 163.

Il D.Lgs. 12 Aprile 2006, n. 163, Codice dei Contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture definisce all'art. 3 le “Centrali di committenza” come Amministrazioni aggiudicatrici che acquistano “forniture e servizi destinati ad Amministrazioni aggiudicatrici o altri Enti aggiudicatori” ovvero aggiudicano appalti pubblici o concludono accordi quadro di lavori, beni e servizi destinati ad altre Amministrazioni Pubbliche.

Nel disegno delle disposizioni di legge concernenti la razionalizzazione degli acquisti e le Centrali di Acquisto Territoriali il legislatore ha inteso configurare il ruolo e le funzioni delle suddette Centrali come facenti parte di un costituendo “sistema a rete” che coinvolge i diversi livelli di governo al fine - così recita testualmente l'art. 1, comma 457 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 “di perseguire l'armonizzazione dei rispettivi piani di

razionalizzazione della spesa nel settore dei beni e servizi e di realizzare sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici”.

Le finalità ed i ruoli della “rete nazionale di procurement” sono stati ulteriormente definiti nell'ambito dell'accordo del tavolo permanente Stato Regioni del 24 gennaio 2008.

Relativamente al comparto Sanità, le funzioni delle Centrali sono consolidate e ampliate anche con riferimento a specifici comparti e categorie di spesa pubblica come previsto dalla citata Legge Finanziaria 2007 che all'art. 1 comma 449, ultimo capoverso prevede che “gli Enti del servizio sanitario nazionale sono in ogni caso tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento”.

Il progetto di creazione di EmPULIA nonché le attività di sperimentazione si sono basate su risorse di InnovaPuglia Spa, che hanno operato in sinergia con i dirigenti e funzionari della Regione Puglia degli Assessorati alla Trasparenza, al Bilancio ed alle Politiche della Salute nonché dell'Ares Puglia.

Tenuto conto che l'art. 2, comma 1, lett. o) della Legge Regionale n. 24/2001 “Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese (ARES)” stabilisce che l'ARES “gestisce centralmente, per conto delle Aziende sanitarie, segmenti di attività con ricaduta omogenea sull'intero territorio regionale (educazione sanitaria, prevenzione, formazione, organizzazione e politiche del

personale) su delega dell'Assessore alla sanità nonché centri di acquisto a livello regionale su mandato dell'Assessore alla sanità”.

Considerato che per effetto della nuova articolazione territoriale prevista dalle LL.RR. 12 agosto 2005, n. 11 e 28 dicembre 2006, n.39 il processo di unificazione organizzativa, tecnica e funzionale delle Aziende Sanitarie Locali risulta in fase avanzata favorendo, così, la piena attuazione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 20 della Legge Regionale n. 26/2006 e cioè la messa in atto delle azioni per la costituzione ed attivazione delle Unioni d'acquisto.

Considerato, altresì che con Legge Regionale n. 40/2007 sono state impartite ulteriori disposizioni in ordine alla riduzione dei costi per attività (servizi) esternalizzate nonché in materia di acquisti ed appalti.

Tenuto conto che la Centrale di acquisto regionale potrà svolgere le funzioni di centrale di committenza di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 ed effettuare la stipula di convenzioni quadro, l'aggiudicazione di appalti di beni e servizi, la conclusione di accordi quadro, la gestione dell'albo dei fornitori regionale, l'esecuzione di opere in favore della Regione, degli enti e delle agenzie regionali e degli enti e delle aziende del servizio sanitario regionale, degli Enti Locali.

Inoltre, EmPULIA potrà assicurare l'utilizzo del sistema informatico di negoziazione regionale agli Enti che ne faranno specifica richiesta.

Considerato che nell'ambito del progetto di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale (NSISR) sarà realizzata l'area applicativa Osservatorio Prezzi e Tecnologie finalizzata a realizzare il supporto informativo in materia di acquisti di beni e servizi per le Aziende ed Enti del SSR.

Si propone, quindi, di:

1) attivare, in forma stabile, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” istituito ai sensi dell'art. 20 commi 3 e 4 della Legge Regionale n. 26/2006;

2) stabilire, ai sensi del comma 4 dell'art. 20 della L.R. n. 26/2006, che il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” è composto:

- a) dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria o suo delegato;
- b) dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica o suo delegato;
- c) dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione o suo delegato;
- d) da un Dirigente dell'Ares Puglia esperto in materia di contratti ed appalti;
- e) da un Direttore di Area Gestione del Patrimonio delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

- f) da un Direttore di Area Gestione Tecnica delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;
- g) da un Dirigente Amministrativo di Presidio, Dipartimento o Distretto delle Aziende o Enti pubblici del SSR, esperti in materia di contratti ed appalti;
- h) da un Dirigente Medico di Presidio, Dipartimento o Distretto delle Aziende o Enti pubblici del SSR, esperti in materia di contratti ed appalti;
- i) da un Dirigente Farmacista di Azienda Sanitaria ed Ente pubblico del Servizio Sanitario Regionale;
- j) da due Ingegneri Clinici delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;
- k) da due esperti in materia di contratti ed appalti nella P.A. e negli Enti del SSN; 1) da un segretario con funzioni di supporto ed organizzazione delle attività;
- 3) stabilire che con determinazione dirigenziale del Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, da adottarsi entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, saranno nominativamente individuati, su indicazione dell'Assessore alle Politiche della Salute, i componenti del Nucleo ed il Coordinatore dello stesso;
- 4) revocare la Deliberazione di Giunta Regionale n.125/2007;
- 5) stabilire che il Nucleo regionale di cui al presente provvedimento opererà anche nell'ambito della

istituenda Centrale di Acquisto Regionale (EmPULIA) e secondo le disposizioni che, a tal proposito, saranno emanate;

6) stabilire che tutte le Aziende e gli Enti del SSR, entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, devono, mediante riclassificazione, adottare per tutti gli appalti ed i contratti in essere o in via di espletamento o sottoscrizione la codifica e la declaratoria unica regionale (albero merceologico);

7) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento procede d'intesa con la Centrale di Acquisto Regionale (EmPULIA) all'eventuale integrazione e/o modifica dell'albero merceologico al fine di contemplare tutte le tipologie di contratti ed appalti operati dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

8) stabilire che le Aziende e gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale provvedono, entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, a trasmettere al Nucleo di cui al presente provvedimento, ai sensi del comma 4 dell'art. 20 della L.R. n. 26/2006, l'elenco di tutti i contratti scaduti o in scadenza relativi all'acquisto di beni e servizi, riclassificati secondo l'albero merceologico di cui ai punti precedenti;

9) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento predispone, entro 30 giorni dal ricevimento delle informazioni di cui al punto precedente, un “piano delle attività negoziali” per

beni e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria, da sottoporre per l'approvazione dell'Assessore alle Politiche della Salute;

10) stabilire che in caso di inosservanza agli adempimenti previsti dal presente provvedimento l'Assessore alle Politiche della Salute, fatte salve altre determinazioni, dispone l'attivazione del Nucleo Ispettivo Regionale per l'acquisizione dei dati e della documentazione necessaria presso le Aziende ed Enti inadempienti;

11) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento è incaricato di individuare le Unioni di Acquisto di cui all'art. 20 della Legge Regionale n. 26/2006;

12) stabilire che le attività negoziali delle Unioni di Acquisto verranno svolte dal Nucleo di cui al presente provvedimento anche utilizzando la struttura "EmpULIA", in coerenza con le norme in materia di Centrale di Acquisto Regionale;

13) stabilire che sono, altresì, compiti del Nucleo di cui al presente provvedimento:

- a) il raccordo costante con le Aree, Servizi e Direzioni dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'Ares;
- b) l'analisi dei fabbisogni del SSR;
- c) la predisposizione, in coerenza con il "piano delle attività negoziali", l'elenco delle gare aggregate da bandire nel periodo, i capitolati tecnici ed i documenti correlati;

- d) l'analisi dello stato di attuazione delle disposizioni e delle norme in materia di appalti ed acquisti da parte delle Aziende ed Enti del SSR;
- e) la predisposizione di relazioni periodiche in favore dell'Assessore alle Politiche della Salute;
- f) l'alimentazione e l'utilizzo della base dati dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- g) esperire un confronto costante, al fine di avviare il dialogo tecnico preliminare, con le Società Scientifiche e con le Associazioni dei Fornitori;
- h) assicurare il costante livello di competizione nelle forniture e servizi per le Aziende ed Enti del SSR al fine di evitare processi di concentrazione dell'offerta con particolare riferimento al tessuto produttivo regionale;
- i) la gestione, congiuntamente ad EmPULIA, dell'Albo unico regionale dei Fornitori del Servizio Sanitario di Puglia;
- 14) stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento potranno articolarsi per sotto gruppi tematici e/o settoriali anche avvalendosi, di volta in volta di competenza esterne al Nucleo stesso;
- 15) autorizzare l'Ares Puglia ad attivare rapporti di collaborazione, nel rispetto delle norme e regolamenti vigenti, al fine di assicurare al Nucleo di cui al presente provvedimento specifiche professionalità in maniera continuativa;

16) stabilire che, su convocazione e con il coordinamento dell'Assessore alle Politiche della Salute, il Nucleo di cui al presente provvedimento assicurerà l'interazione con le Direzioni Generali delle Aziende ed Enti del SSR al fine dell'elaborazione di quanto previsto ai punti precedenti;

17) stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento nonché le attività della costituenda Centrale di Acquisto Regionale, saranno affiancate da processi di Health Technology Assessment (HTA) anche mediante confronto con le Direzioni delle Aziende ed Enti del SSR in modo da garantire un approccio multidimensionale e multidisciplinare all'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia.

18) stabilire che EmPULIA dovrà garantire il supporto tecnico ed operativo alle attività del Nucleo di cui al presente provvedimento nonché il corretto e puntuale svolgimento degli adempimenti correlati con l'espletamento delle procedure di gara per le Aziende ed Enti del SSR nonché tutti i servizi informatici previsti dalla piattaforma di e-procurement;

19) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

20) stabilire che, nelle more dell'attivazione del Nucleo di cui al presente provvedimento, le Aziende Sanitarie e gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale procedono all'espletamento delle gare di appalto, in coerenza con le direttive regionali, prioritariamente mediante realizzazione di Unioni di acquisto di cui all'art. 20 della L.R. n. 26/2006;

21) stabilire la creazione, nell'ambito del portale EmpULIA, di un elenco regionale dei componenti delle Commissioni giudicatrici di cui all'art. 84 del D.Lgs n. 163/2006 e ss.mm. ed ii.

“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. a) della L.R. 4/2/1997 n. 7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;

- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio PGS dell'Assessorato alle Politiche della Salute e del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1) attivare, in forma stabile, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” istituito ai sensi dell'art. 20 commi 3 e 4 della Legge Regionale n. 26/2006;

2) stabilire, ai sensi del comma 4 dell'art. 20 della L.R. n. 26/2006, che il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” è composto:

a. dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria o suo delegato;

b. dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica o suo delegato;

c. dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione o suo delegato;

d. da un Dirigente dell'Ares Puglia esperto in materia di contratti ed appalti;

e. da un Direttore di Area Gestione del Patrimonio delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

f. da un Direttore di Area Gestione Tecnica delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

g. da un Dirigente Amministrativo di Presidio, Dipartimento o Distretto delle Aziende o Enti pubblici del SSR, esperti in materia di contratti ed appalti;

h. da un Dirigente Medico di Presidio, Dipartimento o Distretto delle Aziende o Enti pubblici del SSR, esperti in materia di contratti ed appalti;

i. da un Dirigente Farmacista di Azienda Sanitaria ed Ente pubblico del Servizio Sanitario Regionale;

j. da due Ingegneri Clinici delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

k. da due esperti in materia di contratti ed appalti nella P.A. e negli Enti del SSN; 1. da un segretario con funzioni di supporto ed organizzazione delle attività;

3) stabilire che con determinazione dirigenziale del Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, da adottarsi entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, saranno nominativamente individuati, su indicazione dell'Assessore alle Politiche della Salute, i componenti del Nucleo ed il Coordinatore dello stesso;

4) revocare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 125/2007;

5) stabilire che il Nucleo regionale di cui al presente provvedimento opererà anche nell'ambito della istituenda Centrale di Acquisto Regionale (EmPULIA) e secondo le disposizioni che, a tal proposito, saranno emanate;

6) stabilire che tutte le Aziende e gli Enti del SSR, entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, devono, mediante riclassificazione, adottare per tutti gli appalti ed i contratti in essere o in via di espletamento o sottoscrizione la codifica e la declaratoria unica regionale (albero merceologico);

7) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento procede d'intesa con la Centrale di Acquisto Regionale (EmPULIA) all'eventuale integrazione e/o modifica dell'albero merceologico al fine di contemplare tutte le tipologia di contratti ed appalti operati dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

8) stabilire che le Aziende e gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale provvedono, entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, a trasmettere al Nucleo di cui al presente provvedimento, ai sensi del comma 4 dell'art. 20 della L.R. n. 26/2006, l'elenco di tutti i contratti scaduti o in scadenza relativi all'acquisto di beni e servizi, riclassificati secondo l'albero merceologico di cui ai punti precedenti;

9) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento predispone, entro 30 giorni dal ricevimento delle informazioni di cui al punto precedente, un "piano delle attività negoziali" per beni e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria, da sottoporre per l'approvazione dell'Assessore alle Politiche della Salute;

10) stabilire che in caso di inosservanza agli adempimenti previsti dal presente provvedimento l'Assessore alle Politiche della Salute, fatte salve altre determinazioni, dispone l'attivazione del Nucleo Ispettivo Regionale per l'acquisizione dei dati e della documentazione necessaria presso le Aziende ed Enti inadempienti;

11) stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento è incaricato di individuare le Unioni di Acquisto di cui all'art. 20 della Legge Regionale n. 26/2006;

12) stabilire che le attività negoziali delle Unioni di Acquisto verranno svolte dal Nucleo di cui al presente provvedimento anche utilizzando la struttura "EmPULIA", in coerenza con le norme in materia di Centrale di Acquisto Regionale;

stabilire che sono, altresì, compiti del Nucleo di cui al presente provvedimento:

a) il raccordo costante con le Aree, Servizi e Direzioni dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'Ares;

b) l'analisi dei fabbisogni del SSR;

c) la predisposizione, in coerenza con il "piano delle attività negoziali", l'elenco delle gare aggregate da bandire nel periodo, i capitolati tecnici ed i documenti correlati;

d) l'analisi dello stato di attuazione delle disposizioni e delle norme in materia di appalti ed acquisti da parte delle Aziende ed Enti del SSR;

- e) la predisposizione di relazioni periodiche in favore dell'Assessore alle Politiche della Salute;
 - f) l'alimentazione e l'utilizzo della base dati dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie del Sistema Informativo Sanitario Regionale;
 - g) esperire un confronto costante, al fine di avviare il dialogo tecnico preliminare, con le Società Scientifiche e con le Associazioni dei Fornitori;
 - h) assicurare il costante livello di competizione nelle forniture e servizi per le Aziende ed Enti del SSR al fine di evitare processi di concentrazione dell'offerta con particolare riferimento al tessuto produttivo regionale;
 - i) la gestione, congiuntamente ad EmPULIA, dell'Albo unico regionale dei Fornitori del Servizio Sanitario di Puglia;
- 14) stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento potranno articolarsi per sotto gruppi tematici e/o settoriali anche avvalendosi, di volta in volta di competenza esterne al Nucleo stesso;
- 15) autorizzare l'Ares Puglia ad attivare rapporti di collaborazione, nel rispetto delle norme e regolamenti vigenti, al fine di assicurare al Nucleo di cui al presente provvedimento specifiche professionalità in maniera continuativa;
- 16) stabilire che, su convocazione e con il coordinamento dell'Assessore alle Politiche della Salute, il Nucleo di cui al presente provvedimento assicurerà l'interazione con le Direzioni Generali

delle Aziende ed Enti del SSR al fine dell'elaborazione di quanto previsto ai punti precedenti;

17) stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento nonché le attività della costituenda Centrale di Acquisto Regionale, saranno affiancate da processi di Health Technology Assessment (HTA) anche mediante confronto con le Direzioni delle Aziende ed Enti del SSR in modo da garantire un approccio multidimensionale e multidisciplinare all'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia;

18) stabilire che EmPULIA dovrà garantire il supporto tecnico ed operativo alle attività del Nucleo di cui al presente provvedimento nonché il corretto e puntuale svolgimento degli adempimenti correlati con l'espletamento delle procedure di gara per le Aziende ed Enti del SSR nonché tutti i servizi informatici previsti dalla piattaforma di e-procurement;

19) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

20) stabilire che, nelle more dell'attivazione del Nucleo di cui al presente provvedimento, le Aziende Sanitarie e gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale procedono all'espletamento

delle gare di appalto, in coerenza con le direttive regionali, prioritariamente mediante realizzazione di Unioni di acquisto di cui all'art. 20 della L.R. n. 26/2006;

21) stabilire la creazione, nell'ambito del portale EmpULIA, di un elenco regionale dei componenti delle Commissioni giudicatrici di cui all'art. 84 del D.Lgs n. 163/2006 e ss.mm. ed ii.

22) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dott. Romano Donno Dott. Nichi Vendola

Delib.G.R. 21 luglio 2009, n. 1289

Nucleo regionale verifica contratti ed appalti
Istituzione ed attivazione.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue.

Nello scenario regionale si è registrata, nel tempo, la stratificazione di provvedimenti emanati, a partire dall'anno 2000, che hanno interessato sia gli aspetti contrattuali e procedurali che quelli legati al contenimento dei costi per l'acquisto di beni e per le

“cosiddette esternalizzazioni dei servizi” nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale: - Legge Regionale 22/12/2000, n. 28 - “Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000” che ha introdotto (art. 23) vincoli alle dotazioni organiche delle aziende sanitarie, (art. 20) divieti e vincoli alle consulenze ed all'acquisizione di beni e servizi e per il riesame dei contratti di acquisto in essere;

- Legge Regionale 5/12/2001, n. 32 “Assestamento e variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2001” che ha introdotto vincoli, divieti e disposizioni procedurali alle attività in materia di contratti ed appalti da parte delle Aziende Sanitarie;

- Legge Regionale del 9/12/2002, n. 20 “Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2002” che all'art. 8 ha previsto che nel caso che un servizio, a seguito delle differenti vicende dei rapporti originari, risulti affidato a più ditte con contratti, alcuni già scaduti e altri scadenti nel biennio in corso alla data del bando o della licitazione, deve essere indetta un'unica gara con decorrenza contrattuale frazionata e scadenza triennale unificata e che l'eventuale divisione in lotti deve essere giustificata da concrete esigenze funzionali nonché che nei contratti a esecuzione continuata o periodica l'azienda deve riservarsi espressamente il diritto di recesso ai sensi dell'articolo 1373, commi 1 e 2, c.c. con espressa esclusione di quanto

ilmiolibro.it

previsto al comma 3 del medesimo articolo e che “i costi per l'acquisizione di beni e servizi non possono superare nel 2003 il 98 per cento di quelli sostenuti nell'anno 2001”;

- Legge Regionale 7/3/2003, n. 4 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2003 e bilancio pluriennale 2003-2005 della Regione Puglia” che all'art. 37 ha previsto che “per l'acquisto di beni e servizi con valore di stima, imponibile IVA, compreso tra i 50 mila euro e i 200 mila euro, le aziende e gli istituti del servizio sanitario provvedono, nei trenta giorni successivi al termine di presentazione del bilancio previsionale di ciascun esercizio, a pubblicare, secondo le forme di pubblicità previste dalla vigente normativa comunitaria, apposito avviso di gara indicativo a mezzo del quale rendono noto, per settore di prodotti o di servizi, le procedure di acquisto che verranno avviate nel corso dell'anno” e che “è fatto assoluto divieto di ricorrere al frazionamento della spesa per eludere le disposizioni riguardanti i limiti per il ricorso a procedure comunitarie nelle gare d'appalto previste dalla L. n. 289/2002”;

- Legge Regionale 7/1/2004, n. 1 che all'art. 6 (Acquisto di beni e servizi) ha previsto che “Al fine di consentire il conseguimento di risparmi di spesa e in relazione a quanto previsto dall'articolo 24 della legge n. 289/2002, i competenti uffici regionali devono procedere all'acquisto di beni e servizi attraverso l'utilizzazione delle convenzioni

quadro definite dalla CONSIP S.p.A.” che “Per procedere ad acquisti in maniera autonoma, gli uffici regionali adottano i prezzi delle convenzioni di cui al comma I come base d'asta al ribasso”;

- Legge Regionale 4/8/2004 n. 14 “Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004” che all'art.19 (Acquisti di beni e servizi) ha previsto soglie diverse per la richiesta di autorizzazione regionale per l'acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie legando l'autorizzazione medesima all'analisi di diversi fattori.

In ambito normativo settoriale, l'approvazione avvenuta con il Decreto Legislativo n. 163 del 12 aprile 2006 del cosiddetto “Codice degli appalti” e le successive modifiche introdotte dal D.L. 12 maggio 2006, n. 173, dal Decreto legislativo 26 gennaio 2007 n. 6, dal Decreto legislativo 31.07.2007 n. 113 e dal Decreto Legislativo 11 settembre 2008, n. 152 hanno comportato una fase di revisione e riassetamento dell'intera materia degli appalti e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione e soprattutto nella normativa di riferimento regionale.

L'articolo 1 (commi 455 e 456) della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007) ha, inoltre, rafforzato l'indirizzo verso le Regioni finalizzato alla costituzione delle centrali di acquisto ai sensi e per effetto dell'art. 33 del “codice dei contratti pubblici relativi a lavori,

servizi e forniture”, di cui al D.Lgs 12 aprile 2006 n. 163.

Per tali motivi, la Regione Puglia con Legge Regionale n. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria” all'art. 20 ha affermato la volontà, in linea con il nuovo “codice degli appalti”, di promuovere e incentivare le Unioni temporanee di acquisto tra Aziende e Istituti del SSR attraverso “Unioni di acquisto”, con l'obiettivo di migliorare il potere contrattuale della domanda e di dar luogo ad acquisti unificati in via prioritaria per i prodotti sanitari ed economici per i quali sia possibile standardizzare comunemente le specifiche tecniche, ovvero servizi di comune utilizzazione.

La Giunta Regionale con Delibera 15 febbraio 2007, n. 125 recante: “Sperimentazione Centro Territoriale per l'aggregazione dei processi di acquisto degli Enti Locali Pugliesi (CAT) ed adempimenti connessi all'art. 20, comma 4 della L.R. 9 agosto 2006, n. 26”, ha costituito, in via sperimentale, un tavolo di confronto regionale sulle problematiche connesse con l'applicazione del nuovo “Codice”, ai sensi del già citato art. 20 della L.R. n. 26/2006.

Con Delibera 25 marzo 2008, n. 399 la Giunta Regionale ha approvato le “Linee Guida per gli acquisti sottosoglia comunitaria delle Aziende ed Istituti del S.S.R.” quale strumento di uniformità nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale negli acquisti sottosoglia attese le criticità rilevate dal

tavolo di parte pubblica e dell'Associazione Fornitori Ospedalieri della Regione Puglia (A.F.O.R.P.) di cui alla D.G.R. n. 125/2007, e connesse con l'applicazione di alcuni istituti del “Codice dei Contratti”.

Con la Legge Regionale 31 dicembre 2007, n. 40 (Disposizioni per la formazione del bilancio previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010 della Regione Puglia) (come modificata ed integrata dalla L.R. n. 1/2008) sono stati introdotti (art. 3 comma 26) il “divieto assoluto di procedere ad acquisti di beni durevoli, di farmaci, dispositivi medici o altro materiale sanitario da parte delle aziende e istituti del servizio sanitario regionale, utilizzando la dichiarazione di infungibilità” disponendo che “in deroga a quanto previsto al primo periodo, in caso di comprovata necessità di acquisti di beni ritenuti infungibili, eventuali dichiarazioni di infungibilità devono essere corredate di relazione, idoneamente motivata e documentata, sottoscritta dal richiedente e confermata dal direttore di distretto o dal dirigente medico di presidio o di dipartimento extraospedaliero, secondo la rispettiva competenza, contenente specifica dichiarazione di essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale”.

Con il medesimo provvedimento, la Giunta Regionale è stata quindi incaricata di adottare “apposito atto di costituzione di un Osservatorio

dei dispositivi medici e protesici nonché del relativo repertorio regionale anche al fine di valutazioni comparative degli acquisti effettuati dalle aziende e istituti del servizio sanitario regionale”.

Tenuto conto che sono in corso sia l'attivazione ed il potenziamento dell' “Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie, dei Dispositivi Medici e Protesici e degli Investimenti” delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di Puglia, di cui all'art. 7 della L.R. n. 39/2007, quale strumento di trasparenza nella gestione e mezzo di controllo della spesa pubblica, sia l'attivazione, in forma stabile, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute del “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” istituito ai sensi dell'art. 20 commi 3 e 4 della Legge Regionale n. 26/2006.

Tenuto conto, altresì, che con Deliberazione n. 745 del 5.5.2009 ad oggetto “Criteri e procedure per l'attivazione progetti di sperimentazione gestionale (art 9 bis del D.lgs. n. 502/92 e s. m. e i.) e dell'istituto dell'in house providing” la Giunta Regionale ha approvato le linee guida utili alla realizzazione del percorso di internalizzazione di attività

strumentali e strettamente correlate alle attività istituzionali di assistenza da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del S.S.R.

Si ritiene opportuno attivare, nelle more che le iniziative di cui innanzi siano portate a regime, un

Nucleo regionale di esperti in materia di contratti ed appalti finalizzato all'esigenza di operare una verifica preventiva e/o preliminare agli atti predisposti dalle Aziende ed Enti singoli o associati per gare di acquisto di beni e servizi di importo consistente e cioè:

1. per quanto riguarda i contratti aventi ad oggetto i lavori, un importo pari ad 1.000.000,00/Euro, inferiore alla soglia comunitaria (Regolamento CE della Commissione n. 1422 del 4 dicembre 2007);
2. per quanto riguarda i contratti aventi ad oggetto i servizi e le forniture, l'importo corrispondente alla soglia comunitaria (Regolamento CE della Commissione n. 1422 del 4 dicembre 2007), pari o superiore ad euro 206.000,00.

Considerato che: - l'art. 1 della Legge Regionale n. 24 del 13/8/2001 assegna all'Agenzia Regionale Sanitaria, istituita con la medesima legge, “compiti di supporto tecnico - operativo per la programmazione sanitaria regionale, per il controllo di gestione e conseguente monitoraggio dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale, per la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari” e che l'art. 2 della stessa legge assegna all'Ares il compito di fornire “la necessaria assistenza alle Aziende Sanitarie e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (L.R. C.C.S.) nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione” (così la lettera g del primo comma)

nonché di gestire “centralmente, per conto delle Aziende Sanitarie, segmenti di attività con ricaduta omogenea sull'intero territorio regionale.... nonché centri di acquisto a livello regionale su mandato dell'Assessore alla sanità” (così la lettera o);

- nell'ambito delle sue prerogative, l'Ares Puglia fornisce assistenza agli enti del Servizio Sanitario Regionale in merito alla appropriatezza delle prestazioni oggetto delle gare e degli appalti ed alla congruità dei relativi risultati perseguiti (anche in relazione agli obiettivi pianificati, compreso quello della concentrazione degli acquisti) attraverso attività di sorveglianza preventiva finalizzata all'efficienza, celerità, economicità e massima trasparenza del sistema degli acquisti, delle gare e degli appalti, in coerente applicazione della normativa e dei principi stabiliti dal Decreto Legislativo n. 163 del 12/4/2006 (codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture).

Posto in evidenza che obiettivo prioritario da perseguirsi mediante l'istituzione del Nucleo regionale è la realizzazione immediata di un monitoraggio e della sorveglianza e verifica preventiva sugli atti e sulle procedure di gara per contratti pubblici concernenti lavori ed acquisti di beni, servizi, tecnologie e dispositivi medici e della relativa documentazione tecnica ed amministrativa (bandi di gara e capitolati tecnici) anche al fine di assicurare una coerenza con le priorità definite e

relative all'espletamento delle procedure di gara per tutti i beni e servizi ed i lavori per i quali i contratti siano scaduti e che non sono oggetto del processo di internalizzazione delle attività e che non siano diversamente riconducibili ad iniziative di unificazione delle procedure di acquisto.

Tenuto conto che risulta indispensabile assicurare la piena aderenza degli atti e delle procedure di gara alla normativa comunitaria, nazionale e regionale anche con riferimento al divieto di frazionamento degli acquisti.

Si propone, pertanto, alla Giunta Regionale di: 1) di istituire presso l'Assessorato alle Politiche della Salute un "Nucleo regionale per la verifica sui contratti ed appalti delle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale";

2) di stabilire che il Nucleo di cui al precedente punto è coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria che si avvale, per le attività da svolgersi, di professionalità di comprovata esperienza e competenza in materia di contratti ed appalti nel settore sanitario;

3) di stabilire che le Aziende e gli Enti del S.S.R. devono acquisire preliminarmente all'attivazione delle procedure di gara ovvero delle rinnovazioni contrattuali (ove ammesse e previste) il parere favorevole da parte del Nucleo di cui al presente provvedimento;

4) di stabilire che le Aziende e gli Enti del S.S.R. devono trasmettere almeno 30 giorni prima della

prevista pubblicazione, tutta la documentazione relativa alla procedura di gara (bando, capitolato, disciplinare), completa di ogni elemento informativo e tecnico, al Nucleo di cui al presente provvedimento;

di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento deve assicurare:

a) l'esame preliminare alla pubblicazione della documentazione di gara ovvero alla sottoscrizione delle rinnovazioni contrattuali predisposte dalle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

b) la proposizione di modifiche e/o integrazioni alla documentazione predisposta dalle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale con l'intento di assicurare una coerenza con le norme, con le priorità definite in merito alla appropriatezza delle prestazioni oggetto delle gare e degli appalti ed alla congruità dei relativi risultati perseguiti anche in relazione agli obiettivi pianificati, compreso quello della concentrazione degli acquisti;

c) l'emanazione di pareri vincolanti relativi alla procedure di gara predisposte dalle Aziende ed Enti pubblici del S.S.R.;

d) la elaborazione di giudizi di merito non vincolanti sull'impatto delle tecnologie oggetto di gara all'interno dell'organizzazione del lavoro delle Aziende e degli Enti del S.S.R., nonché sull'opportunità dell'appalto e/o sull'adeguatezza

del suo oggetto, sulla appropriatezza delle prestazioni e sulla congruità dei risultati perseguiti in relazione anche agli obiettivi pianificati;

e) la raccolta e valutazione delle anomalie e delle criticità nella esecuzione degli appalti da parte delle Aziende e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario regionale;

6) di stabilire che entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, il Direttore Generale dell'Ares Puglia provvede con propria determinazione alla costituzione nominativa del Nucleo di cui al presente provvedimento, su indicazione dell'Assessore alle Politiche della Salute; 7) di stabilire che è fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende e degli Enti pubblici del S.S.R. di trasmettere al Nucleo, prima della loro pubblicazione, i bandi delle gare e la conosciuta documentazione (atti di gara, capitolato e/o disciplinare d'appalto, schema di contratto) di importo pari o superiore alla soglia comunitaria (art.28 del Codice) prevista per servizi e forniture per i contratti stipulati dagli altri soggetti tenuti all'osservanza delle direttive comunitarie nonché di importo pari o superiore a 1.000.000,00/Euro nel caso di lavori;

8) di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento esaminerà i bandi di gara e la correlata documentazione ovvero ne produrrà le eventuali osservazioni entro 30 giorni dalla ricezione;

9) entro lo stesso termine di cui al punto precedente, il Nucleo dovrà trasmettere l'eventuale parere negativo di merito previsto dal presente provvedimento;

10) di stabilire che la documentazione relativa agli esiti della consultazione del Nucleo da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del SSR dovrà essere allegata alle delibere di aggiudicazione;

di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento è composto dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità o suo delegato, dal Direttore Generale dell'Ares Puglia o da Dirigente da esso delegato ed è composto, altresì, da cinque membri, individuati dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute di concerto con il Direttore Generale dell'Ares Puglia, tra esperti di riconosciuta professionalità ed indipendenza che corrispondano ai seguenti profili:

- a) un economista aziendale di comprovata esperienza in materia di appalti pubblici;
- b) un ingegnere clinico di comprovata esperienza in materia di appalti pubblici;
- c) un medico di comprovata esperienza in organizzazione sanitaria e qualità;
- d) un giurista di comprovata esperienza in materia di diritto sanitario e di appalti pubblici;

e) un laureato in discipline giuridiche con esperienza in direzione amministrativa e nella materia degli appalti;

12) di stabilire che i membri dell'Osservatorio nominano a maggioranza il Presidente con potere di convocazione e che a ciascun membro esterno è riconosciuta una indennità ovvero un rimborso spese stabilite dall'Ares che ne assumerà i costi;

13) di stabilire che il Nucleo ha sede presso l'Agenzia Regionale Sanitaria di Puglia in Bari che provvede a fornire personale ed attrezzature e che ne sostiene gli oneri;

14) di stabilire che l'Ares Puglia individua il personale necessario all'espletamento delle funzioni del Nucleo;

15) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate all'Ares Puglia le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

16) di ricomprendere il rispetto degli adempimenti di cui al presente provvedimento ed il perseguimento degli obiettivi qui stabiliti, fra quelli disciplinati dai Piani di attività approvati dall'Assessorato alle Politiche della Salute, contribuendo quindi alla valutazione dei Direttori Generali.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA
L.R. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED
INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. a) della L.R. 4/2/1997 n. 7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

– Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;

– Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio PGS dell'Assessorato alle Politiche della Salute e del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità,

- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1) di istituire presso l'Assessorato alle Politiche della Salute un “Nucleo regionale per la verifica sui contratti ed appalti delle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale”;

2) di stabilire che il Nucleo di cui al precedente punto è coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria che si avvale, per le attività da svolgersi, di professionalità di comprovata esperienza e

competenza in materia di contratti ed appalti nel settore sanitario;

3) di stabilire che le Aziende e gli Enti del S.S.R. devono acquisire preliminarmente all'attivazione delle procedure di gara ovvero delle rinnovazioni contrattuali (ove ammesse e previste) il parere favorevole da parte del Nucleo di cui al presente provvedimento;

4) di stabilire che le Aziende e gli Enti del S.S.R. devono trasmettere almeno 30 giorni prima della prevista pubblicazione, tutta la documentazione relativa alla procedura di gara (bando, capitolato, disciplinare), completa di ogni elemento informativo e tecnico, al Nucleo di cui al presente provvedimento;

5) di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento deve assicurare: a. l'esame preliminare alla pubblicazione della documentazione di gara ovvero alla sottoscrizione delle rinnovazioni contrattuali predisposte dalle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale;

b. la proposizione di modifiche e/o integrazioni alla documentazione predisposta dalle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale con l'intento di assicurare una coerenza con le norme, con le priorità definite in merito alla appropriatezza delle prestazioni oggetto delle gare e degli appalti ed alla congruità dei relativi risultati perseguiti anche in relazione agli obiettivi

pianificati, compreso quello della concentrazione degli acquisti;

c. l'emanazione di pareri vincolanti relativi alla procedure di gara predisposte dalle Aziende ed Enti pubblici del S.S.R.;

d. la elaborazione di giudizi di merito non vincolanti sull'impatto delle tecnologie oggetto di gara all'interno dell'organizzazione del lavoro delle Aziende e degli Enti del S.S.R., nonché sull'opportunità dell'appalto e/o sull'adeguatezza del suo oggetto, sulla appropriatezza delle prestazioni e sulla congruità dei risultati perseguiti in relazione anche agli obiettivi pianificati;

e. la raccolta e valutazione delle anomalie e delle criticità nella esecuzione degli appalti da parte delle Aziende e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario regionale;

6) di stabilire che entro 30 giorni dalla data del presente provvedimento, il Direttore Generale dell'Ares Puglia provvede con propria determinazione alla costituzione nominativa del Nucleo di cui al presente provvedimento, su indicazione dell'Assessore alle Politiche della Salute;

7) di stabilire che è fatto obbligo ai Direttori Generali delle Aziende e degli Enti pubblici del S.S.R. di trasmettere al Nucleo, prima della loro pubblicazione, i bandi delle gare e la correlata documentazione (atti di gara, capitolato e/o disciplinare d'appalto, schema di contratto) di

importo pari o superiore alla soglia comunitaria (art.28 del Codice) prevista per servizi e forniture per i contratti stipulati dagli altri soggetti tenuti all'osservanza delle direttive comunitarie nonché di importo pari o superiore a 1.000.000,00/Euro nel caso di lavori;

8) di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento esaminerà i bandi di gara e la correlata documentazione ovvero ne produrrà le eventuali osservazioni entro 30 giorni dalla ricezione;

9) entro lo stesso termine di cui al punto precedente, il Nucleo dovrà trasmettere l'eventuale parere negativo di merito previsto dal presente provvedimento;

10) di stabilire che la documentazione relativa agli esiti della consultazione del Nucleo da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del SSR dovrà essere allegata alle delibere di aggiudicazione;

11) di stabilire che il Nucleo di cui al presente provvedimento è composto dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità o suo delegato, dal Direttore Generale dell'Ares Puglia o da Dirigente da esso delegato ed è composto, altresì, da cinque membri, individuati dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute di concerto con il Direttore Generale dell'Ares Puglia, tra esperti di riconosciuta professionalità ed

indipendenza che corrispondano ai seguenti profili:

- a. un economista aziendale di comprovata esperienza in materia di appalti pubblici;
- b. un ingegnere clinico di comprovata esperienza in materia di appalti pubblici;
- c. un medico di comprovata esperienza in organizzazione sanitaria e qualità;
- d. un giurista di comprovata esperienza in materia di diritto sanitario e di appalti pubblici;
- e. un laureato in discipline giuridiche con esperienza in direzione amministrativa e nella materia degli appalti;

12) di stabilire che i membri dell'Osservatorio nominano a maggioranza il Presidente con potere di convocazione e che a ciascun membro esterno è riconosciuta una indennità ovvero un rimborso spese stabilite dall'Ares che ne assumerà i costi;

13) di stabilire che il Nucleo ha sede presso l'Agenzia Regionale Sanitaria di Puglia in Bari che provvede a fornire personale ed attrezzature e che ne sostiene gli oneri;

14) di stabilire che l'Ares Puglia individua il personale necessario all'espletamento delle funzioni del Nucleo;

15) di stabilire che nell'ambito del Documento annuale di Indirizzo Economico Funzionale sono destinate all'Ares Puglia le risorse necessarie per le attività di cui al presente provvedimento;

16) di ricomprendere il rispetto degli adempimenti di cui al presente provvedimento ed il perseguimento degli obiettivi qui stabiliti, fra quelli disciplinati dai Piani di attività approvati dall'Assessorato alle Politiche della Salute, contribuendo quindi alla valutazione dei Direttori Generali.

17) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta Dott. Romano Donno Dott. Nichi Vendola

ilmiolibro.it

Indice

1.- Introduzione	p. 1
2.- Per un modello di gestione centralizzata degli appalti sanitari della Regione Puglia	p. 5
3. La nostra proposta	p. 16
4.- Le procedure di acquisto delle imprese sanitarie	p. 18
5.- Le procedure di acquisto delle imprese sanitarie	p. 35

ilmiolibro.it