

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO
020000000000000000000000

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 3 - DIC. 2004

ADDI 3 - DIC. 2004 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO
COLOMBO, 212 ROMA, SI E' RIUNTA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	IANNARILLI	Antonello	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	PRESTAGIOVANNI	Bruno	"
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBILOTTA	Dozato	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SAPONARO	Francesco	"
CIOCCHETTI	Luciano	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
FORMISANO	Anna Teresa	"	VERZASCHI	Marco	"
GARGANO	Giulio	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Tommaso NARDINI
.....OMISSIS

ASSENTI: STORACE FORMISANO

DELIBERAZIONE N. - 1183 -

OGGETTO:

Autorizzazione all'avvio di un modello di sperimentazione gestionale proposto dall'Azienda USL/RMF - "Cantiera sportiva e produzioni sanitarie connesse".



OGGETTO: Autorizzazione all'avvio di un modello di sperimentazione gestionale proposto dall'Azienda USL/RMF - "Camera iperbarica e prestazioni sanitarie connesse".

LA GIUNTA REGIONALE



SU proposta dell'Assessore alla Sanità;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modifiche;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 06/09/02;

PREMESSO che, l'art.4, comma 6 della legge 30/12/91 n.412, consente il ricorso a sperimentazioni gestionali nel rispetto dei livelli di assistenza e dei rispettivi finanziamenti;

VISTO il D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO in particolare l'art. 9 bis del D.Lgs. 502/92, così come modificato dal D.Lgs. n. 229/99, il quale dispone che le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovo modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio Sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato;

TENUTO CONTO che tale assunto è ripreso anche dalla successiva normativa regionale che individua la Regione come l'organismo che esercita funzioni di legislazione e programmazione di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle aziende sanitarie e degli altri soggetti, pubblici o privati, esercenti attività sanitarie;

CONSIDERATO, che la normativa sulle sperimentazioni rimette alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano la competenza in materia, sia in termini di identificazione degli ambiti applicativi sia in materia di definizione delle modalità di attuazione, richiedendo la motivazione delle scelte e la evidenziazione delle ragioni di convenienza e di miglioramento della qualità assistenziale;

RITENUTO che la normativa sopra esposta assegna alle Regioni competenze pienamente compatibili con lo sviluppo dell'assetto aziendale dei soggetti investiti della gestione del servizio e con l'esercizio dell'autonomia amministrativa e gestionale;

STABILITO che i decreti di riordino del SSN sopra citati, definiscono l'Azienda sanitaria come dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, gestionale e tecnica;

VISTO il Protocollo d'Intesa, del 13/09/03, tra l'Autorità Portuale di Civitavecchia e l'Azienda Sanitaria Locale Roma-F, controfirmato dal Presidente della Giunta della Regione Lazio;

VISTA la proposta presentata dall'Azienda RM F, con Deliberazione Aziendale n. 1414 del 30/12/03, di procedere all'avvio di una sperimentazione gestionale, con la quale si prevede, attraverso la costituzione di una società mista a prevalente capitale pubblico, " la progettazione, realizzazione e la gestione di un centro destinato a camera iperbarica e prestazioni sanitarie connesse" (ALLEGATO A)

CONSIDERATO che questo progetto di sperimentazione e innovazione gestionale è destinato ad organizzare in modo sistematico l'offerta del servizio di trattamento iperbarico, da parte della AUSL Roma F, secondo la missione e la particolare localizzazione.

CONSIDERATO che gli obiettivi generali del progetto possono essere così riassunti:

- Sperimentare la gestione e la realizzazione di un polo di eccellenza sanitario che, correlatamente ed in integrazione con la prestazione di trattamento iperbarico, possa accogliere al suo interno pazienti che presentino problematiche correlate, anche, in senso diagnostico preventivo;
 - Evitare ospedalizzazioni improprie;
 - Contribuire a soddisfare i bisogni primari del territorio;
 - Prevenire un peggioramento delle condizioni cliniche e l'insorgere di ulteriori fattori di rischio, coinvolgendo, in presenza di elementi sintomatici, immediatamente le strutture sanitarie preposte per gli accertamenti diagnostici appropriati e gli interventi terapeutici;
 - Garantire ai malati il rispetto dei diritti in ambito previdenziale, assistenziale, sanitario, ecc., e l'accesso ai servizi territoriali attraverso consulenze informative, sostegno logistico e accompagnamento nella fruizione;
- Stimolare, attivare e creare una cultura della solidarietà attraverso azioni di sensibilizzazione pubblica sulla problematica di informazione, il coinvolgimento del volontariato, ecc.;
- Attrarre risorse private, finanziarie e professionali, per realizzare opere indispensabili alla comunità.

RILEVATO, inoltre, che la posizione geografica risulta essere di facile accesso e dotata di servizi al contorno con possibilità di creare spazi per atterraggio e parcheggio di eliambulanze;

CONSIDERATO che, i modelli gestionali possono contribuire ad aumentare il livello qualitativo dei servizi offerti dalle strutture sanitarie e nel contempo migliorare il grado di soddisfazione dell'utenza, modulando e diversificando l'offerta;

PRESO ATTO che attualmente le risorse sanitarie possono solo in parte garantire i bisogni espressi dalla popolazione e pertanto il reperimento di altre fonti di finanziamento potrebbe permettere un maggior soddisfacimento della domanda, con particolare attenzione alla salvaguardia dei diritti delle fasce più deboli della popolazione;

TENUTO CONTO che il suddetto progetto, verificate le disponibilità complessive manifestate dall'Autorità Portuale di Civitavecchia, è teso alla razionalizzazione delle condizioni di sostenibilità della conseguente spesa sanitaria e ad attrarre nuove risorse finanziarie, private e pubbliche, per la realizzazione della struttura all'uopo necessaria.

CONSIDERATO che il modello proposto è coerente con le previsioni del Piano Sanitario Regionale;

PRESO ATTO che la Giunta Regionale, con propria deliberazione n° 388 DEL 28/03/02 aveva già affermata la necessità di assumere un ruolo di controllo e di monitoraggio delle proposte e la relativa attuazione di modelli gestionali da parte delle aziende;

PREMESSO che il presente provvedimento non rientra nelle procedure di concertazione con le parti sociali;

all'unanimità



1183 - 3 DIC. 2004

9

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in premessa, che integralmente si richiamano,

- di autorizzare l'avvio del modello di sperimentazione e innovazione gestionale presentato dall'Azienda USL RM/F, con il quale si prevede la costituzione di una società mista a prevalente capitale pubblico, per la progettazione, realizzazione e la gestione di un centro destinato a camera iperbarica e prestazioni sanitarie connesse (COME RIPORTATO IN ALLEGATO A);
- di impegnare l'Azienda a trasmettere gli atti di avvio della gara, PREVISTA NELL'ALLEGATO A - ALLA STRUTTURA PROPONENTE-DELLA COSTITUENDA S.P.A. DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IL VICE PRESIDENTE: F.to Giorgio SIMEONI
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

- 6 DIC. 2004



[Large handwritten signature]

ALLEG. alla DELIB. 1183
DEL 30 DIC. 2003

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N° 1414

DEL 30 DIC. 2003

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE
E INNOVAZIONE GESTIONALE
ART. 9 BIS DEL D.LGS. 502/1992 E S.M.

IL PRESENTE ALLEGATO
È COMPOSTO DA 132
PAGINE



AUSL ROMA F

CAMERA IPERBARICA
E PRESTAZIONI SANITARIE CONNESSE



CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Questo progetto di sperimentazione e innovazione gestionale è destinato ad organizzare in maniera sistematica l'offerta del servizio di trattamento iperbarico, da parte della AUSL Roma F, secondo la missione e la particolare localizzazione. Il progetto, verificata la disponibilità complessive manifestate dall'Autorità Portuale di Civitavecchia (vds. Allegato "A"), è teso alla razionalizzazione delle condizioni di sostenibilità della conseguente spesa sanitaria e ad attrarre nuove risorse finanziarie, private e pubbliche, per la realizzazione della struttura all'uopo necessaria. La sperimentazione infine, ma non in ordine di importanza, oltre a verificare le fattibilità citate, intende coinvolgere, in un soggetto autonomo di gestione (SPV), eccellenze professionali private, selezionate mediante procedura di evidenza pubblica, che siano in grado di gestire la progettualità presentata.

I presupposti giuridici di tale intervento sono ricavabili dai Decreti Legislativi 502/92, 517/93 e 229/99 nonché dal DPR 484/96.

Poiché il Sistema Sanitario Nazionale può essere interpretato come un "SISTEMA UNITARIO" che si avvale di "AZIENDE", che in stretto rapporto di interdipendenza con le Regioni ma dotate di piena autonomia gestionale, vanno considerate il più importante "strumento di ricerca e di promozione", oltre che di gestione, di modelli innovativi esportabili, in grado di contribuire concretamente alla soluzione del bisogno salute ed a realizzare economie di scala, **ne deriva** che la funzionalità complessiva del sistema deve essere ricondotta alla funzionalità delle Aziende "il sistema funziona se le Aziende funzionano" e che, quindi, i processi di cambiamento devono insistere sulle caratteristiche distintive delle Aziende stesse, rispettandone la specificità organizzativa, **propositiva**, gestionale e territoriale.

Conseguentemente a quanto sopra esposto, l'azienda sanitaria RMF ha inteso organizzarsi, per offrire il servizio di cui al progetto, secondo i processi produttivi più idonei ai bisogni dei cittadini e con le metodologie innovative consentite dalle norme.

Con il progetto, la AUSL F, intende **cogliere senza indugio** l'opportunità offerta dall'Autorità Portuale di Civitavecchia e nel contempo attuare logiche gestionali di tipo imprenditoriale in partnership con privati di eccellenza, con il

mondo del no-profit e del volontariato, al fine di eliminare o contenere la spesa sanitaria secondo le direttive dei piani sanitari nazionale e regionale.

In tale rinnovato contesto, tutte le patologie in seguito elencate e che fanno parte integrante del progetto sono quelle che si giovano del trattamento iperbarico e la struttura sanitaria correlata dovrà preferenzialmente accogliere pazienti che presentino problematiche correlate, anche in senso **diagnostico preventivo**.

Quando il ricovero Ospedaliero risulterà improprio, questo progetto **individua e propone** un alto livello di prestazioni, che saranno offerte mediante l'attivazione di una **serie di ambulatori** da localizzare nella struttura in realizzazione.

Si tratta di una risposta organica e non strumentale ai bisogni di salute della Comunità ed in questa direzione vanno individuate le risorse necessarie per la creazione di una rete assistenziale locale, strutturata, flessibile e consona alle esigenze della persona, che preveda il coinvolgimento di figure professionali mediche, paramediche e sociali. Il presente progetto auspica anche un reale coinvolgimento del MMG.

Il progetto viene quindi a perseguire, tra gli altri, anche i seguenti obiettivi:

1. creare ed attivare, attraverso la realizzazione di un immobile autonomo, oltre al servizio di trattamento iperbarico anche un polo nazionale di assoluta eccellenza specialistica;
2. incrementare e razionalizzare l'offerta assistenziale tramite una migliore allocazione delle risorse finanziarie e logistiche;
3. assegnare un ruolo sperimentale anche al medico di medicina generale che intende condividere il progetto ed impegnarsi in esso;
4. generare una diminuzione del numero e dei tempi di ricovero ospedaliero improprio;
5. ridurre le liste di attesa per indagini e consulenze;
6. ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso.

Il progetto contempla anche una ricerca specifica ed avanzata e l'approntamento di adeguati e moderni **strumenti informatici**.

I **momenti formativi** individuati come essenziali sono:

1. corsi di formazione post-universitari indirizzati agli operatori iperbarici (medici, rianimatori, infermieri, tecnici, volontari);

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "PUBBLICITÀ" at the top and "S. VINCENZO" at the bottom, with some illegible text in the center.

2. periodici momenti di “*audit*” strutturati in modo da garantire una stato di verifica e di aggiornamento permanenti.

La formazione sarà finalizzata anche a garantire iter diagnostici e terapeutici appropriati, efficaci, efficienti e condivisi.

Gli strumenti informatici verranno utilizzati per:

1. la gestione delle cartelle cliniche del singolo paziente in modo omogeneo;
2. la produzione di una base definita di dati esportabile e confrontabile, con diversi livelli di accesso
3. la comunicazione ed interazione tra i vari nodi della rete assistenziale
4. la possibilità di verificare i risultati raggiunti, tramite l'analisi dei dati.

La SALUTE, in questo progetto, non è più solo campo di azione riservato agli operatori sanitari (medici, paramedici, ecc.), ma diventa un terreno in cui si confrontano e collaborano soggetti sociali e forze istituzionali anche non tipicamente sanitarie: Comuni, Municipi, Provincia, Regione e mondo del no profit.

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

- Sperimentare la gestione e la realizzazione di un polo di eccellenza sanitario che, correlatamente ed in integrazione con la prestazione di trattamento iperbarico, possa accogliere al suo interno pazienti che presentino problematiche correlate, anche in senso diagnostico preventivo;
- Evitare ospedalizzazioni improprie;
- Contribuire a soddisfare i bisogni primari del territorio;
- Prevenire un peggioramento delle condizioni cliniche e l'insorgere di ulteriori fattori di rischio, coinvolgendo, in presenza di elementi sintomatici, immediatamente le strutture sanitarie preposte per gli accertamenti diagnostici appropriati e gli interventi terapeutici;
- Garantire ai malati il rispetto dei diritti in ambito previdenziale, assistenziale, sanitario ecc., e l'accesso ai servizi territoriali attraverso consulenze informative, sostegno logistico e accompagnamento nella fruizione;
- Stimolare, attivare e creare una cultura della solidarietà attraverso azioni di sensibilizzazione pubblica sulla problematica, di informazione, il coinvolgimento del volontariato, ecc.
- Attrarre risorse private, finanziarie e professionali, per realizzare opere indispensabili alla comunità.



CRITERI DI FONDO

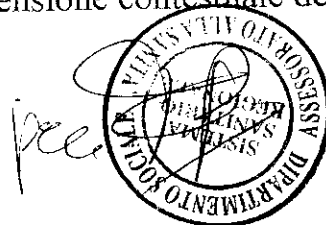
1. L'utente è il destinatario del progetto e deve essere, quando possibile, contestualmente co-protagonista nella programmazione delle prestazioni e nella verifica dei risultati attraverso il suo coinvolgimento continuo e la sua responsabilizzazione.
2. Il progetto vuole far leva sugli aspetti "sani" e i "punti forti" dell'utente (al contrario di confermarlo nella sua malattia), ossia:
 - valorizzare il concetto di qualità della vita
 - consentire di prendere coscienza del proprio bagaglio di risorse
3. Integrare la perdita (parziale o totale) dell'autonomia dell'utente:
 - rilevare la soglia della non autosufficienza
 - orientare gli interventi solo ed esclusivamente rispetto alle funzioni e alle capacità perse o precarie
 - non sovrapporsi alle sue capacità potenziali ma piuttosto sollecitarne l'attivazione
4. Rispettare comunque la specificità delle connessioni interpersonali:
 - riconoscere e rispettare le dinamiche e i meccanismi comunicativi
 - rispettare il diritto alla intimità e alla privacy dell'utente e della famiglia
 - non interferire nel tessuto familiare se non riferendosi alla gestione della malattia o, nel caso, al contenimento del bisogno coattivo alla trasgressione e alla devianza dell'utente.
5. Leggere attentamente il bisogno (monitoraggio continuo) e adeguare ad esso la risposta da erogare (percorsi individualizzati):
 - decodificare ed esplicitare il bisogno espresso
 - aver chiaro l'inventario delle capacità potenziali e delle funzioni del servizio e degli operatori
 - commisurare la risposta e l'intervento alle risorse del servizio.

PRINCIPI DI INTERAZIONE CON IL TERRITORIO

La natura della relazione operatori-utenti, nel contesto territoriale, assume connotazioni peculiari capaci di determinare significazioni rilevanti in ognuno degli attori e nella esplicazione delle stesse dinamiche.

E' proprio il contesto in cui si svolge l'interazione che configura e determina l'impostazione del rapporto, in quanto trattasi dell'ambiente di appartenenza dell'utente.

Evidentemente l'intervento dell'operatore, benché richiesto e accettato in ordine ad un bisogno di aiuto, deve comunque rispettare la dimensione contestuale dell'utente e lo stile di vita che egli presenta.



La specificità del progetto proposto consiste anche nella consapevolezza della centralità che potrebbe assumere il MMG.

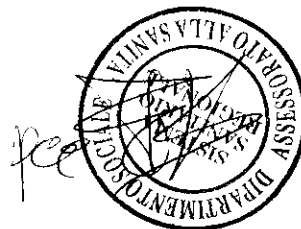
In tal modo, oltre a ridurre il tasso di ospedalizzazione, si otterrebbero i seguenti risultati:

1. realizzazione del collegamento tra rete ospedaliera e servizi distrettuali, utilizzando competenze, iniziativa e funzioni del MMG che è il punto di riferimento per malato e famiglia e può fungere da cerniera tra Ospedale e Distretto
2. coinvolgimento e valorizzazione del MMG;
3. diffusione, attraverso l'attività di formazione continua nei confronti di chi opera nel territorio, della cultura in tema di cure territoriali, di linee-guida e protocolli;
4. valorizzazione e coinvolgimento dell'impresa sociale

Per rendere possibile e realizzare il progetto, sarà necessario formare opportunamente gli operatori coinvolti, fornendo loro un *core curriculum* idoneo ed un aggiornamento continuo tramite momenti di *audit* strutturati e momenti di formazione integrativi che si ripeteranno nel tempo; tutto ciò andrà a tradursi operativamente in un primo corso propedeutico, a cui seguiranno incontri periodici di aggiornamento e verifica, realizzati in collaborazione con Asclepion e le Università eventualmente coinvolte.

Per la gestione, l'integrazione dei servizi e la valutazione degli interventi, dovrà essere utilizzato uno strumento informatico così articolato:

- cartella clinica comune o integrata tra operatori del progetto e distretto;
- sistema di valutazione multifunzionale dedicato non solo ai bisogni sanitari, ma anche a quelli sociali;
- un SW che permetta al sanitario e al sociale di comunicare ed integrare le informazioni di rispettiva competenza, al fine di ottimizzare l'assistenza alla persona ed eventualmente alla famiglia.



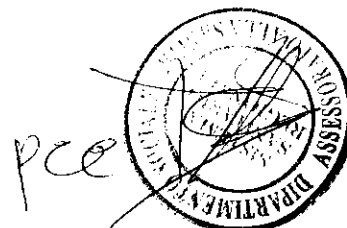
**PATOLOGIE PREVALENTI, NUMERO TRATTAMENTI.
AMBULATORI.
DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.
AREA CRITICA.
AREA FORMAZIONE.**

PATOLOGIA

EMBOLIA GASSOSA ARTERIOSA
MALATTIA DA DECOMPRESSIONE
INTOSSICAZIONE DA CO E DA SOSTANZE
SOLFOMETAEMOGLOBINIZZANTI
GANGRENA GASSOSA DA CLOSTRIDI
INFEZIONE DA FLORA BATTERICA MISTA
GANGRENA UMIDA DELLE ESTREMITA' IN DIABETICI
SINDROME DA SCHIACCIAMENTO
RADIONECROSI TISSUTALE
SORDITA' IMPROVVISA
OSTEOMIELITE
TRAPIANTI E LESIONI CHIRURGICHE A RISCHIO
INSUFFICIENZE VASCOLARI
FRATTURE A RISCHIO DI SCARSO CONSOLIDAMENTO
ALGODISTOFIE POST TRAUMATICHE E NECROSI ASETTICA
PATOLOGIE RETINICHE
FERITE INFETTE DA FLORA BATTERICA MISTA

AMBULATORI

ALLERGOLOGIA
ANGIOLOGIA
DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA
CHIRURGIA VASCOLARE
GERIATRIA
INFETTIVOLOGIA ED IMMUNOLOGIA
MEDICINA DELLO SPORT
NEUROLOGIA
OCULISTICA
OTORINOLARINGOIATRIA
ORTOPEDIA
PNEUMOLOGIA
REUMATOLOGIA



DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.

**LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE CON SEZIONE DI BATTERIOLOGIA DI ECCELLENZA
ECOGRAFIA
ECODOPPLER
SEZIONE DI DIAGNOSTICA NEUROFISIOLOGICA (POTENZIALI EVOCATI SENSITIVI, MOTORI, MAPPING CEREBRALE, POT EVOCATI VISIVI, ACUSTICI)
LABORATORIO DI OTOIATRIA DIAGNOSTICA
LABORATORIO DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA**

AREA CRITICA.

ELIAMBULANZA -- CONNESSA ANCHE ALL'OSPEDALE

AREA FORMAZIONE.

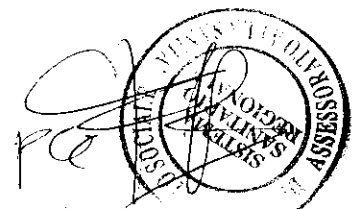
Nella struttura dovrà essere compresa l'area dedicata alla formazione indirizzata, come già precisato, specificatamente agli operatori iperbarici (medici, rianimatori, infermieri, tecnici, volontari). Per l'attività di formazione occorrerà strutturare:
N° 3 AULE PER FORMAZIONE RESIDENZIALE DA 25-30 DISCENTI;
AULA CONGRESSUALE, 100/200 POSTI, PER ATTIVITA' FORMATIVA E CONGRESSUALE, ATTREZZATA PER VIDEO CONFERENZE E CON COLLEGAMENTO SATELLITARE.

Potranno essere previsti accordi e convenzioni con strutture alberghiere per ospitare stagisti, congressisti, ecc..

Potranno essere previsti protocolli d'intesa, per tutte le attività connesse all'attività di Medicina Iperbarica, con strutture nazionali ed internazionali quali Marina Militare, Marina USA, ambiti NATO, ecc..

In conclusione:

1. il bacino teorico di intervento, pur se da calcolare necessariamente in maniera deduttiva, *in mancanza di dati omogenei*, sembra essere molto ampio;
2. la non correlazione, dimostrata da diversi studi italiani ed internazionali, tra patologia/e prevalente/i e bisogno assistenziale, rende estremamente difficile identificare in maniera certa il numero di pazienti che potrebbero usufruire dei servizi e delle prestazioni offerte;



3. L'integrazione fra i diversi servizi sanitari, operanti ai vari livelli di specializzazione ed in luoghi differenti, rappresenta la più esauriente risposta ai bisogni del territorio.

PAZIENTI STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI IN ITALIA

L'assistenza sarà garantita anche ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno in Italia, per lo stretto periodo necessario alla formalizzazione delle procedure di legalizzazione;

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali, in strutture pubbliche e private accreditate, in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente (Dlgs n°286/98, Regolamento d'attuazione -DPR 394/99-, Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24.03.2000), agli stranieri di cui sopra viene rilasciato, da una struttura sanitaria pubblica, un tesserino con codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente l'identificazione del soggetto e le prestazioni effettuate. Pertanto, in fase di prima sperimentazione, l'accesso al trattamento (struttura all'interno della quale vengono comunque erogate prestazioni sanitarie) deve essere garantito – in ragione della condizione di malattia grave che necessita di cure essenziali ancorché continuative – perlomeno fintanto che persista l'esigenza di tali prestazioni o venga regolarizzato il soggiorno in Italia.

GLI STRUMENTI OPERATIVI

Gli strumenti operativi sono rappresentati da:

1. Il **Software**: concepito per permettere il coordinamento dell'attività dei diversi nodi della rete assistenziale e per garantire flussi informativi con modalità diversificate, concordate e condivise, secondo livelli di accesso variabili in base alla tipologia dell'operatore.

2. Gli **incontri periodici**, secondo il metodo del *medical audit*, coinvolgeranno tutti i componenti delle varie Unità Operative e avranno lo scopo di elaborare linee – guida interne.

LE RISORSE UMANE

Le risorse umane per la sua realizzazione sono rappresentate da:

1. medici qualificati dai Corsi di Formazione citati in precedenza;
2. infermieri Professionali, tra cui uno assumerà le funzioni di infermiere Coordinatore
3. operatori socio-sanitari



4. uno Psicologo
5. un assistente sociale
6. un Fisioterapista
7. un Assistente Spirituale
8. un animatore

Assistenza specialistica e farmacologica

Le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni specialistiche, che comprendono sia le visite Specialistiche sia le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, vengono prescritte dal MMG e vengono assicurate dalla ASL mediante personale in rapporto di lavoro dipendente o convenzionato in conformità alla normativa vigente ovvero tramite altri mezzi che la ASL stessa e la società di gestione decidano di attivare.

Le prestazioni farmaceutiche sono assicurate con le modalità e nei limiti previsti per la generalità dei cittadini.

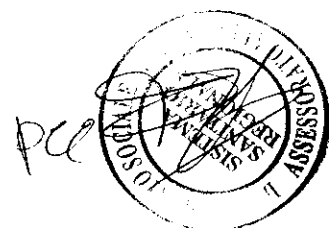
STRUMENTARIO

lo strumentario necessario, oltre a quanto necessario per una attività medica di base, si può limitare a:

1. Elettrocardiografo
2. Apparecchio da tavolo per i più comuni esami biochimici
3. Ecografo per indagini internistiche
4. Apparecchio radiografico portatile per torace ed addome in bianco (eventuale telemedicina)
5. Farmaci e strumenti per emergenze e urgenze

IL SISTEMA INFORMATIVO

Un insieme di servizi così complesso necessita di un sistema di gestione uniforme e va supportato da idonei strumenti informatici.



L'elemento di base su cui imbastire il sistema sarà costituito dalla Cartella Medica Informatizzata.

A questa si relazioneranno i vari Software applicativi descritti di seguito, con procedure diversificate a seconda dell'operatore nel rispetto della normativa in tema di privacy vigente (Legge 675/1996, DPR 318/1999 e DPR 467/2001).

CARATTERISTICHE DEL SISTEMA

La tipologia delle informazioni che dovranno transitare attraverso la rete pubblica e' tale che viene richiesto l'impiego di una rete VPN per il mantenimento della riservatezza.

Questo tipo di collegamento ottiene il massimo livello di sicurezza per mezzo di opportuni sistemi di codifica crittografica delle informazioni ed un efficace sistema di autenticazione degli utenti per impedire accessi non autorizzati al sistema.

In aggiunta, i collegamenti verso Internet verranno protetti da un doppio sistema di *Firewall* per scoraggiare ed ostacolare attacchi informatici da parte di soggetti non abilitati all'accesso.

Questa struttura permette ad un ipotetico utente che disponga dei necessari permessi e che si colleghi da un punto qualsiasi della rete il pieno accesso a tutto il sistema.

E' altresì possibile permettere che altri soggetti, debitamente autorizzati, possano collegarsi usufruendo delle informazioni immagazzinate nei Server, il tutto attraverso una estensione della rete VPN che permetterebbe il mantenimento della riservatezza delle comunicazioni.

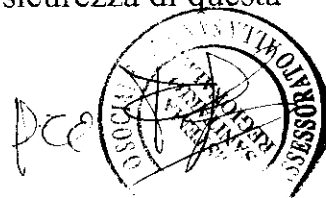
STRUTTURA DEL SISTEMA INFORMATIVO

La rete e' caratterizzata dalla presenza di nr. 1 Server ove risiedono i dati clinici e da un numero sufficiente di altre postazioni informatiche secondo il volume dei servizi prestati.

Da ciascuna di queste postazioni e' possibile accedere, previo autorizzazione, al Server dei dati Clinici ed effettuare tutte le operazioni amministrative mediante collegamento alla rete della Direzione Generale .

La scelta di utilizzare un Server locale e separato per i dati clinici, garantisce che sia disponibile un supporto clinico anche se il collegamento VPN per cause imprecisate non fosse attivo o disponibile.

Tutte le funzioni di gestione, amministrazione e controllo di sicurezza di questa rete vengono svolte a distanza dalla Direzione Generale Sanitaria.



UTENTI ESTERNI

Il progetto prevede la possibilità di realizzare collegamenti temporanei o permanenti con entità al di fuori delle reti appena descritte.

Questa funzionalità permette di realizzare forme di collaborazione con altre istituzioni, scambi dati con banche dati mediche ed altro ancora.

Il collegamento dovrà essere effettuato utilizzando adatti supporti software e hardware compatibili con la rete VPN in uso nel sistema, in quanto tutte le trasmissioni saranno codificate al massimo livello di sicurezza.

Tutti gli accessi esterni saranno rigidamente controllati e sottoposti a procedure di sicurezza atte ad assicurare la reale identità degli utenti remoti, per prevenire accessi non autorizzati.

Poiché il livello di riservatezza e' tale da giustificare tutte le possibili precauzioni, per questo tipo di accessi e' consigliabile usufruire di una autenticazione basata su *Smart Card* e codice di accesso supplementare.

SICUREZZA DEL SISTEMA ED AUTORIZZAZIONI

Il sistema deve prevedere tecniche per il mantenimento della sicurezza e la riservatezza delle informazioni in transito sulla rete.

La sicurezza può essere garantita solo se vengono assegnati con oculatezza i permessi di accesso, verificando costantemente le credenziali di ciascun utente della rete e centralizzando la gestione della sicurezza presso una struttura preposta.

Il sistema prevede la figura dell'Amministratore di Sistema quale responsabile delle reti.

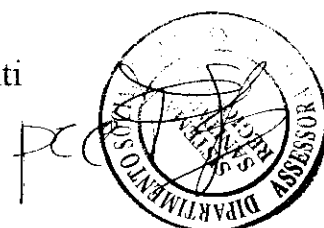
L'Amministratore di Sistema si occuperà di assegnare i permessi di accesso per gli utenti e controllerà l'accesso ai Server mediante l'uso di opportuni strumenti informatici.

Questa figura professionale si renderà garante della sicurezza del sistema e si attiverà, ove richiesto dalla situazione, per ristabilire le funzionalità di rete attraverso il supporto di un servizio di assistenza tecnica.

SOFTWARE APPLICATIVO

Sulla struttura di rete descritta verranno utilizzati adeguati strumenti per l'esecuzione dei compiti di ciascuna sezione, in particolare:

1. Il programma di cartella medica per gestire i dati clinici dei pazienti



2. Un programma di gestione delle prestazioni ambulatoriali;
3. Un programma di gestione contabile/amministrativa
4. Un programma di elaborazione dati statistici
5. Un programma di gestione della sicurezza della rete

I primi tre programmi saranno presenti su tutte le reti del sistema, con opzioni diverse a seconda dei requisiti richiesti dalla specifica sezione; i rimanenti verranno utilizzati solo nell'ambito dei compiti della Direzione Generale Sanitaria. In particolare l'ultimo programma costituisce un insieme di strumenti informatici a disposizione per i compiti dell'Amministratore di Sistema.

LA QUALITA'

Sono stati individuati una serie di indicatori di risultato del servizio che riguardano sia i beneficiari diretti che i beneficiari "indiretti" (Aziende, Enti Locali, ecc.).

Per quanto riguarda gli utenti del servizio una prestazione efficiente dovrebbe essere in grado di modificare la maggior parte dei seguenti indicatori:

- Qualità della vita
(attraverso strumenti di valutazione multidimensionale e/o specifici, andranno valutati la modifica di alcuni indici quali:
 - ✓ Soddisfazione degli utenti e dei Parenti/conviventi/rete informale
 - ✓ Mortalità
 - ✓ Morbilità
 - ✓ Ospedalizzazione
 - ✓ Istituzionalizzazione
 - ✓ Risorso al Pronto Soccorso
 - ✓ Numero eventi morbosi acuti.

Un servizio di assistenza così come concepito, veramente efficace, non può prescindere dal coinvolgimento diretto degli operatori attraverso la verifica dei seguenti indicatori:

- ✓ ore lavorate
- ✓ soddisfazione degli operatori.

VALUTAZIONE DI STRUTTURA-PROCESSO

Riguarda principalmente la struttura, attraverso un'analisi quali-quantitativa degli elementi del processo di gestione del percorso assistenziale :



- gli input, che si riferiscono alle risorse umane, materiali e alle tecnologie necessarie per l'erogazione del servizio che si va a valutare;
- il throughput, che si riferisce agli aspetti relativi al percorso/processo attraverso il quale, poste determinate condizioni di partenza (input) si perviene ad un certo risultato.

Le informazioni rilevate in questa fase rivestono un'importanza strategica per la programmazione, il Benchmarking e il Knowledge Management.

VALUTAZIONE DI RISULTATO

Piuttosto che focalizzarsi sull'output (prestazioni erogate), il processo valutativo dell'organo di controllo/valutazione aspira al ben più ambizioso compito di valutare il risultato dell'attività sanitaria in termini di miglioramento dello stato di salute dei soggetti trattati (outcome). Tale obiettivo intende essere raggiunto attraverso la somministrazione ai pazienti di test validati a livello internazionale e accettati dalla comunità scientifica. Grazie ad essi è possibile ricavare degli indicatori di sintesi per la verifica della qualità percepita dal paziente in termini di miglioramento dello stato di salute sia in senso soggettivo che oggettivabile ovvero rilevato attraverso specifiche indagini clinico - strumentali.

Valutare gli outcome, ossia l'impatto che un trattamento ha avuto sulle condizioni di salute di chi ne usufruisce, non significa solo focalizzare l'attenzione sui parametri clinici e strumentali dello stesso, informazioni di carattere oggettivo, ma anche verificare come il paziente-utente giudica la sua vita al termine del trattamento in termini di miglioramento dei propri standard vitali.

In letteratura esistono diversi test, semplici, validati e riconosciuti a livello internazionale adatti allo scopo. I test per la valutazione clinica del paziente, che tengono quindi conto di parametri clinici e strumentali, quali il MMSE, IDS, IADL, TINETTI, GEFI, offrono un quadro della condizione oggettiva del paziente e possono essere scelti in funzione della realtà e della patologia che si vuole studiare.

Altri test esortano il paziente a dare un giudizio su come percepisce la vita attraverso delle semplici scale visuo analogiche e termometriche.

Prendendo in riferimento il momento nel quale viene effettuata la valutazione, si distingue tra:

1) ex ante, ossia prima dell'avvio del programma o di un intervento, che coincide con la valutazione del bisogno di salute. E' in questa fase che vengono evidenziate le problematiche bio-psico-sociali del paziente, tale valutazione delinea un quadro della realtà in cui ci vedremo ad operare. Già in questa fase sarà condotta una analisi statistica sia descrittiva che inferenziale, attraverso il software Stata. Le informazioni che derivano da questi dati potranno essere utilizzate per la programmazione delle attività e per fissare determinati obiettivi di salute.

2) conclusiva o ex post, quando il programma o l'intervento hanno iniziato a dare i loro frutti. La valutazione ex post porterà ad una nuova foto della situazione dopo il



nostro intervento, quindi comparando i risultati con quelli ex ante potremmo verificare se la situazione si sia modificata in senso positivo o negativo e eventuali scostamenti dagli obiettivi fissati.

3) spesso viene fatta anche una valutazione-monitoraggio in itinere, in corso di realizzazione. Lo scopo di quest'ultima è la raccolta sistematica e continuativa delle informazioni necessarie per misurare costi e risultati lordi.

BENCHMARKING

Al fine di garantire prestazioni qualitativamente elevate ed appropriate, l'organo di valutazione è chiamato all'utilizzo routinario del benchmarking interno ed esterno. Nel primo caso, tale attività si esplica attraverso il confronto tra prestazioni, definite già in fase di programmazione, adottati dalle diverse unità operative della struttura nella gestione della medesima patologia, allo scopo di individuare un eventuale percorso d'eccellenza da diffondere per il trattamento di categorie omogenee di pazienti al ricorrere di alcune condizioni di applicabilità definite a priori.

L'attività di benchmarking si sostanzia altresì nel confronto spaziale tra strutture organizzative omogenee.

GLI INDICATORI

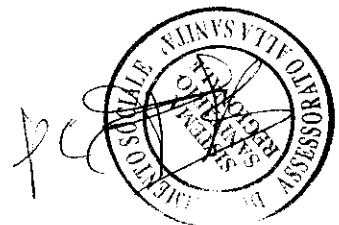
Per valutare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate, vengono preliminarmente individuati i seguenti indicatori (altri potranno essere indicati dalla società di gestione o determinati da esigenze intercorrenti).

Indicatori Generali

1. Diminuzione del numero di ricoveri in ospedali
2. Costi generali in relazione alla diminuzione dei costi per DRG in ospedale
3. Indici di qualità percepita

Indicatori di processo

1. Appropriately della prestazione
2. Nuovi ricoveri non pianificati entro 10 giorni dalla prestazione
3. Ritardo nella dimissione rispetto a quanto pianificato
4. Costo medio pro-capite di assistenza



5. Tempi di Lista di attesa.

Altri Indicatori

1. Valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari
2. Valutazione dell'autosufficienza alla dimissione dal trattamento
3. Numero di ore di servizio giornaliera
4. Numero di giorni settimanali di servizio
5. Adeguatezza del numero delle prestazioni rispetto alle richieste presentate
6. Adeguatezza del tempo medio di attesa tra richiesta e prestazione

GESTIONE DELLA SICUREZZA E DELLE PROBLEMATICHE AMBIENTALI IN FASE DI GESTIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E COMPLEMENTARI

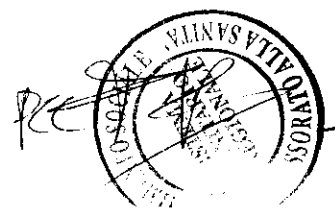
Come previsto dalle norme specifiche europee (direttive comunitarie recepite nel nostro paese tramite diversi corpi legislativi), nello svolgimento delle attività lavorative, i dipendenti devono essere tutelati dai rischi e, le attività medesime, non possono essere condotte con danno alla salute di terzi ed all'ambiente.

E' per questo che un'attenta analisi dei rischi per le persone e per l'ambiente, connessi a tali attività, deve essere effettuata già in fase progettuale.

Durante lo svolgimento delle attività lavorative, prestate dai dipendenti della costituenda società a regime, dovrà essere garantita l'applicazione ed il controllo della normativa sulla sicurezza mediante lo svolgimento del ruolo di *Responsabile del servizio di prevenzione e protezione* (il titolare dei rapporti di lavoro della costituenda società avrà l'obbligo, in base alla normativa sulla sicurezza, di nominare tale figura). Tale svolgimento sarà finalizzato a quanto previsto nell'articolo 9 del D.lgs. 626/94 anche mediante la definizione degli adempimenti documentali. In particolare:

Predisposizione del **Documento di valutazione dei rischi** (D.lgs. 626/94, art. 4, comma 2) attraverso l'identificazione e la valutazione dei pericoli derivanti dall'attività normale od anomala con valutazione delle relative probabilità e gravità.

Stesura delle **Procedure di gestione** ed istruzioni operative specifiche del Servizio di Prevenzione e Protezione per i compiti previsti dalla legge (d.lgs. 626/94, art. 7 e titolo IV) ed elaborazione delle **Procedure di**



sicurezza (d.lgs. 626/94, art. 9, comma 1, lettera c) finalizzate alla prevenzione dei rischi per i lavoratori.

Stesura del **Piano di emergenza** ed evacuazione (d.lgs. 626/94, art. 12, comma 1, lettera e – D.M. 10 marzo 1998, art. 5, comma 1).

Predisposizione ed attuazione dei programmi di **Informazione e formazione** al personale con attribuzione di mansioni, responsabilità e compiti (d.lgs.626/94, artt. 21 e 22 – D.M. 10 marzo 1998, art. 3, comma 1, lettera f - D.M. 16 marzo 1998, art. 1).

Assistenza al Datore di Lavoro per **tutti gli adempimenti** previsti nella normativa previgente (DPR 547/55, DPR 303/56, L. 46/90) e nelle norme di attuazione di direttive europee (d.lgs. 277/91, d.lgs. 626/94, d.lgs. 459/96 e d.lgs. 493/96).

La gestione corretta delle problematiche legate all'ambiente (rifiuti, acqua, aria) verrà assicurata da una continua *attività di auditing* anche mediante l'assistenza e la verifica degli:

ADEMPIMENTI PER EMISSIONI IN ATMOSFERA
ADEMPIMENTI PER GESTIONE RIFIUTI
ADEMPIMENTI PER SCARICHI E GESTIONE ACQUE

LA RICERCA

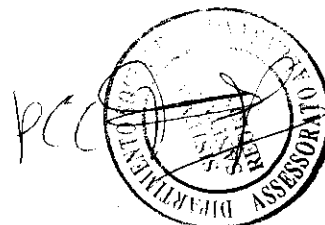
Nell'ambito del presente progetto è previsto anche lo sviluppo di un'attività di ricerca sui seguenti argomenti:

- **stato di salute della popolazione** di riferimento per quanto riguarda singole malattie; i Medici di famiglia coinvolti, opportunamente dotati di strumenti informatici e riuniti in gruppo avranno la peculiare possibilità di fornire notizie sugli esiti e quindi sull'efficacia delle prestazioni

- **efficacia delle cure** in alcune malattie a livello territoriale; in Italia ed in particolare nelle Regioni del Centro Sud è sempre stata scarsa la cultura circa la vasta possibilità di cure territoriali; diventa, quindi, opportuno effettuare ricerche di confronto per dimostrare come sia possibile e sicura una alternativa all'ospedale

- **rapporto costo/efficacia** di un modello di prestazioni anche suddiviso nei suoi singoli aspetti (spesa farmaceutica – assistenziale);

- **diminuzione dell'ospedalizzazione** ed internalizzazione: si tratta di uno specifico vero *core* dell'organizzazione che andrà attentamente valutato e fatto oggetto di specifiche ricerche atte a comprendere quali e quanti DRG/malattie possano essere spostati nel territorio con vantaggi economici e sulla qualità assistenziale percepita dei cittadini



RICERCA IN CAMPO AMBIENTALE NELLA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI

GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE AMBIENTALI NELLA SANITÀ

Nella gestione di servizi per la Sanità non si può prescindere da funzioni applicate di R&S e da una cultura di progetto che si esplicita nella capacità di monitorare e leggere lo “stato dell’arte” delle conoscenze nel settore in cui si opera; di interpretare i bisogni di nuovo sapere nell’economia e nella società; di esprimere una leadership che consenta di superare l’organizzazione individualistica e parcellizzata del lavoro scientifico; di motivare il fattore umano ed orientarlo alla cooperazione e ai risultati. Tali funzioni avranno sostanza anche nell’approfondimento delle problematiche di gestione con ricadute sull’ambiente, sul benessere e sulla sicurezza delle persone prestatrici e beneficiari dei servizi erogati.

In una logica di miglioramento continuo, rispondente ai più attuali requisiti della Qualità, sono programmati metodi di verifica e controllo sulle prestazioni ambientali, con la finalità del raffronto, sulla base dei principi e dei criteri adottati dal mondo scientifico internazionale.

Strumenti di verifica e di trasferimento delle conoscenze all’interno, oltre che momenti di comunicazione delle informazioni agli stake holders, costituiranno l’obiettivo della ricerca ambientale.

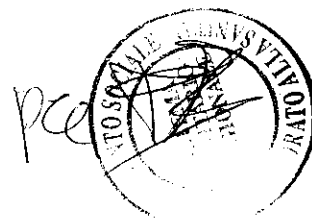
DETERMINAZIONE DEGLI IMPATTI SIGNIFICATIVI

Un’attenta analisi dei dati, svolta secondo le prassi consolidate di AAI (analisi ambientale iniziale) congiuntamente alle funzioni responsabili della gestione dei servizi, permetterà di acquisire la matrice dei dati ambientali di partenza connessi sia allo svolgimento delle attività interne sia quelli caratterizzanti le sensibilità territoriali con cui si rapporta il complesso del sistema dei servizi.

Mediante strumenti di elaborazione e di controllo i dati verranno rapportati periodicamente ad altre realtà simili per determinare qualitativamente e quantitativamente la consistenza degli impatti.

DETERMINAZIONE DEI SISTEMI DI PREVENZIONE E DI ABBATTIMENTO

Per ogni impatto determinato ed in funzione della priorità attribuita verranno ipotizzati e studiati i metodi di prevenzione e mitigazione degli impatti, secondo le tecniche di BAT (best available technology).



I rapporti ambientali annuali (RA) riporteranno i dati elaborati, i risultati raggiunti e le programmazioni definite.

DETERMINAZIONE DEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE

In funzione delle attività, degli impatti, dei sistemi di prevenzione e di mitigazione saranno definiti i programmi di formazione mirati al personale titolare dei vari servizi. In essi saranno evidenziate le procedure finalizzate al miglioramento delle prestazioni ambientali.

DETERMINAZIONE DEI PROGRAMMI DI INFORMAZIONE

Al rapporto ambientale, nella forma destinata all'esterno del sistema, verrà data divulgazione.

Esso sarà diviso in due sezioni: la prima con carattere qualitativo presenterà le attività del sistema dei servizi, la seconda con carattere quantitativo conterrà l'analisi di dettaglio degli aspetti ambientali.

A titolo esemplificativo si riportano i fattori ambientali che potranno essere monitorati.

Aria

Emissioni in atmosfera dovute ad impianti termotecnici

Emissioni diffuse in atmosfera dovute a stoccaggi od utilizzi di prodotti

Emissioni in atmosfera dovute a polveri

Emissioni in atmosfera dovute a vapori

Qualità dell'aria interna (microclima, agenti)

Acqua

Scarichi su corpi idrici superficiali

Scarichi fognari

Emissioni da dilavamento

Suolo

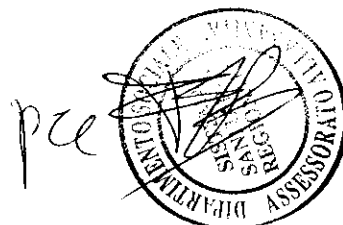
Produzione di rifiuti

Rumore

Emissioni interne

Emissioni esterne

RICERCA IN CAMPO ECONOMICO-GESTIONALE



GESTIONE MANAGERIALE DELLA SANITÀ: IL CONTROLLO DI GESTIONE ED IL CONTROLLO DI QUALITÀ

L'aziendalizzazione del sistema rende sempre più pressante l'esigenza di ottimizzare il processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo delle prestazioni erogate, al fine di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione non solo in termini di efficacia (qualità della prestazione) ma anche in termini di efficienza (ottimizzazione delle risorse impiegate) e di appropriatezza delle cure.

Il processo di programmazione coinvolge, secondo i vari livelli di responsabilità tutti i soggetti preposti alla gestione della struttura sanitaria; risulta quindi fondamentale che tutti gli operatori, sanitari e non, coinvolti nel processo utilizzino adeguati *strumenti di management*.

A tal fine, il controllo di gestione ed il controllo della qualità sarà rivolto a tutti gli operatori che a vario titolo operano all'interno della nostra realtà sanitaria (amministratori delegati, coordinatori sanitari, responsabili amministrativi, responsabili di settori, di servizi e di unità operative, ecc.) ed è articolato in due parti e finalizzate sia a presentare gli strumenti manageriali di maggiore interesse per una corretta gestione della sanità resa "sistema" e sia a presentare l'applicazione pratica dell'analisi procedurale per la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici.

GLI STRUMENTI A SUPPORTO DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE :

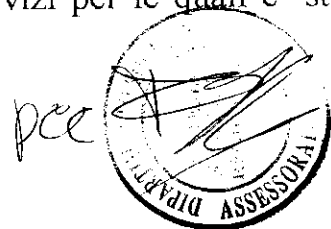
- **l'organizzazione;**
- **la realizzazione del Budget;**
- **il controllo economico-finanziario;**
- **il controllo di gestione, l'auditing;**
- **l'analisi di bilancio;**
- **il reporting**

Il programma di controllo di budget e controllo di qualità risulterà quindi essere il processo di organizzazione, realizzazione e controllo di tutte le fasi dei servizi, nessuno escluso, individuando quali strumenti (analisi costi-benefici, analisi strutturale, analisi procedurale, ecc) che meglio si prestano a supportare il processo decisionale di ciascuna specifica fase.

Per quanto riguarda il controllo di qualità necessariamente legato al rispetto dei parametri economici dell'azienda, dovrà essere anch'esso integrato dall'analisi e la progettazione organizzativa, analisi costi-benefici, analisi della struttura organizzativa, analisi delle procedure attraverso l'utilizzo dei diagrammi di flusso.

Partendo dalla analisi della strutture e delle sue componenti riassumeremo quali saranno gli interventi di Audit Reporting e Quality Control:

La struttura risulterà divisa in alcune principali aree di servizi per le quali è stato stabilito un Budget di spesa:



Osserviamo, ora, in dettaglio, la fase di **analisi del sistema** amministrativo aziendale per comprendere quali implementazioni sono necessarie al fine di raggiungere gli obiettivi conoscitivi preposti.

L'attuale tecnologia informatica consente l'impianto di un soddisfacente sistema di controllo senza per ciò investire ingenti mezzi.

Il software contabile prescelto può infatti prevedere la registrazione dei fatti gestionali secondo dimensioni più o meno articolate.

L'impostazione di un sistema contabile frazionato per commesse consentirà di aggiungere informazioni, tali da registrare i fatti amministrativi secondo modalità multidimensionali.

Nella fase di registrazione contabile, la presenza del campo commessa tra le variabili del programma, oltre che la codifica e la gestione delle medesime, conduce alla produzione di rapporti più dettagliati della contabilità generale.

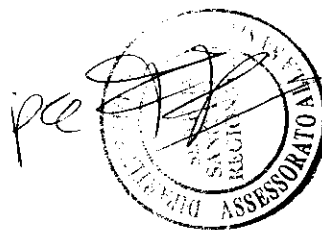
In primo luogo risulta subito evidente come, al fine di determinare la ripartizione di cui sopra, sarà necessaria un'accurata rilevazione extracontabile volta ad attribuire, commessa per commessa, "la qualità" della registrazione.

Così che il mero processo di registrazione contabile risulta moltiplicato tante volte quanti sono gli oggetti (commesse, reparti, ecc.) contemporaneamente rilevanti e la loro numerosità (numero di reparti, prodotti, commesse esistenti).

Effettuando la contabilizzazione dei fatti secondo molteplici dimensioni, attraverso le rilevazioni elementari, inducono verso la complessità e costituiscono una parte rilevante e costante dell'investimento inteso in attività di controllo.

La modalità delle rilevazioni elementari (ore lavorate, consumi di materie, ecc.), poi, va attentamente valutata per evitare di trovarsi, successivamente, a disporre di informazioni parziali o palesemente errate. La fase di registrazione contabile delle medesime (in contabilità o con l'ausilio di strumenti pseudocontabili) deve fare conto su di un successivo momento di verifica circa la correttezza, di fatto, delle imputazioni effettuate. La probabilità di errori umani in detto stadio è alta (imputazione di un costo ad un prodotto errato) e la mancanza di controllo porterebbe alla stratificazione di errori e, di conseguenza, alla scarsa attendibilità del reporting.

Tale attività è, naturalmente, riferibile anche alla fase di rilevazione elementare ed è intimamente connessa al mantenimento, nel tempo, della bontà delle informazioni.



Ogni funzione aziendale è infatti responsabile della corretta e tempestiva rilevazioni delle informazioni che riguardano l'attività da esse svolta; informazioni che, in ultima analisi, confluiranno all'amministrazione.

Analizzare ogni singola transazione aziendale e identificare con chiarezza flussi fisici e documentali è opera propedeutica ai fini del disegno del sistema di controllo.

Altro punto essenziale, che deriverà dall'analisi delle transazioni aziendali, è la corretta individuazione delle sfasature temporali circa il rapporto tra competenza economica e reale momento di registrazione delle informazioni.

Ciò che occorre determinare con assoluta precisione è il soddisfacimento dei seguenti requisiti conoscitivi:

- **inclusione di tutti i costi di competenza. E ciò tenendo presente che taluni costi possono non essere ancora contabilizzati ovvero, se tali, riferirsi a più periodi d'osservazione;**
- **corretta considerazione dei ricavi d'esercizio. Parte del fatturato potrebbe essere da riscontare e, viceversa, occorre far rilevare la quota di sconto di competenza del periodo in esame e sospesa nei precedenti "esercizi" gestionali;**
- **valorizzazione di consumi, rimanenze e prodotti in ossequio ai principi contabili vigenti e corretta posizione nei rapporti periodici;**
- **analisi degli elementi di carattere presuntivo (ammortamenti, svalutazione dei crediti, fatti non ancora accertati ma altamente probabili) che devono essere adeguatamente accantonati;**
- **l'azienda è un universo ove variano gli "oggetti" delle rilevazioni oltre che le variabili chiave su cui focalizzare l'attenzione del reporting.**

In questo modo il sistema di controllo porta la disponibilità di una "fotografia" sempre aggiornata del sistema azienda, della sua organizzazione e dei rapporti con i mercati di riferimento.

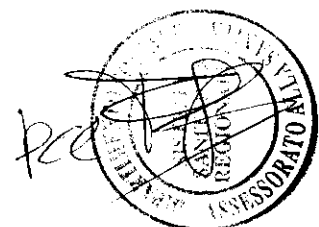
Partendo quindi da un programma amministrativo contabile specifico struttureremo il sistema di reporting definendo la reportistica, le variabili chiave del business e le procedure di rilevazione – contabili e statistiche – dei fatti aziendali.

Il reporting finanziario

Planning & reporting

Il piano strategico ed il budget annuale

Il bilancio di periodo dei profitti e delle perdite



Il formato del bilancio
Il Piano dei conti divisionale
Lo stato patrimoniale
L'elaborazione elettronica dei dati e il reporting finanziario
Il reporting finanziario per le direzioni dei reparti
Le previsioni quinquennali
Controllo generale dei risultati
Il reporting finanziario per unità operative
Costi operativi consolidati quinquennali
Costi operativi dell'ufficio acquisti
Costi operativi di magazzino
Il piano di produzione
La programmazione di produzione
Esigenze d'inventario
Il controllo dei costi di giacenza
Il piano quinquennale delle spese amministrative
Il confronto degli effettivi con gli standard
I costi dei servizi
Acquisti
Costi amministrativi
Costruzione degli standard e rilevazione delle varianze
Standard delle spese generali
Il reporting di fatturato, utile e flussi di cassa
Il risultato "divisionale"
Piano strategico quinquennale fatturato e utili
Flussi di cassa consolidati
I crediti, gli inventari ed il capitale investito
Il reporting dei costi inventariali
Il reporting degli investimenti
Il reporting di capitale

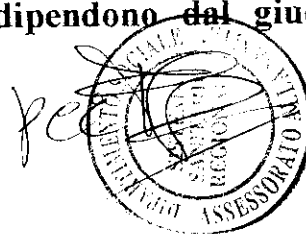
Dopo aver gestito la parte statistica e numerica affrontiamo l'altro aspetto complementare della gestione di controllo che riguarda il **CONTROLLO DI QUALITÀ**.

L'Analisi critica e sistematica della qualità della assistenza medica (o sanitaria) che include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli outcome risultanti e la qualità di vita per i pazienti.

Viene realizzata utilizzando vari metodi di valutazione ed usata come strumento per il monitoraggio di standard professionali (tecnici e interpersonali) e nella erogazione delle cure.

Di seguito differenziamo tre tipologie di analisi:

- **Medical audit** valutazione degli elementi che dipendono dal giudizio medico



- **Clinical audit** valutazione degli elementi che non dipendono dal giudizio medico
- **Professional audit** valutazione degli elementi che dipendono dalla attività di professionisti sanitari non medici
- **Service audit** valutazione complessiva del servizio erogato.

L'aumento dei costi di produzione e la concorrenza, che tende a contrarre i prezzi e a ridurre i profitti, costringono le aziende ad applicare tutte le azioni possibili mirate a migliorare la produttività.

Per mantenere la qualità dei servizi entro limiti di tolleranza ben definiti è necessario svolgere azioni di prevenzione su tutte le attività.

Per Controllo Qualità si intende l'insieme di tutte quelle azioni che permettono di controllare, misurare e certificare le caratteristiche di un'operazione, un servizio, un componente, un impianto, verificandole a fronte di prefissate prescrizioni.

IL CONTROLLO DI PROCESSO

La variabilità è insita in ogni processo. Le macchine si usurano, le persone si distruggono, si dimenticano e lentamente finiscono con non applicare più le procedure previste.

Le cause di variazione possono essere classificate seguendo più criteri e precisamente:

- **variabilità della caratteristica**: con tale classificazione le cause che hanno maggiore effetto sulla caratteristica prendono il nome di cause speciali, le altre cause comuni
- **influenza che hanno sulla caratteristica**: alcuni fattori modificano il valore medio, e quindi possono essere utilizzati per riportare il processo al valore nominale, altri influenzano la variabilità, altri ancora ambedue
- **controllabilità**: alcuni parametri del processo sono fattori controllabili, mentre altri non lo sono (o potrebbero non essere economicamente controllabili).

Al servizio viene richiesto di dare uno standard conforme alle specifiche attraverso una sistematica opera di controllo e regolazione. L'individuazione, il controllo e la riduzione delle cause di variazione sopra classificate è lo scopo del Controllo di Processo. La qualità sarà quindi valutata in termini di deviazione dalla caratteristica dal suo valore nominale.

Deviazioni ridotte significherebbero in poche parole: riduzione di costi.

GLI STRUMENTI E GLI ATTORI DEL CONTROLLO.



Il principio base su cui si struttura la logica del controllo di processo è che non esiste miglior conoscitore del processo di colui che vi opera direttamente. Basandosi su questo principio, si ottengono due risultati importanti:

1. **coinvolgimento delle risorse mediante ricorso alla loro esperienza (“complicità”)**
2. **suddivisione del sistema in sottosistemi o elementi controllabili dalle risorse stesse (“autoregolazione”).**

In altre parole gli operatori vengono deputati a guidare il processo e a prevenire i problemi invece di subirne passivamente le conseguenze.

LE CAUSE DI PERTURBAZIONE

Le azioni di disturbo, o perturbazioni, si dividono in due categorie in funzione del tipo di causa che le determinano:

- **cause comuni**: sono una caratteristica del sistema nel suo complesso, dipendono dalle modalità di procedura, dal ruolo del personale addetto. Esse sono persistenti e l'ampiezza di dispersione degli output è prevedibile e costante. Quindi si possono correggere o rimuovere modificando il sistema.
- **cause speciali**: dipendono da aspetti specifici e non prevedibili, quali per esempio errori di conduzione. Si deve intervenire quindi su un aspetto specifico del sistema per eliminare la causa della variazione che ha generato.

LE TECNICHE DI STATISTICA permettono di distinguere in modo oggettivo situazioni in cui agiscono solo cause comuni da quelle in cui agiscono anche cause speciali. Il controllo è lo strumento più semplice e più efficace a questo scopo.

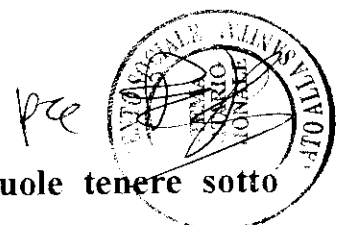
Esso è caratterizzato da un limite di controllo superiore e da uno inferiore. Fino a che i punti rimangono all'interno dei limiti, sul processo agiscono solo cause comuni.

La fuoriuscita dai limiti di controllo dei punti indica che si è in presenza di cause speciali. La presenza di cause speciali inoltre è evidenziata anche da comportamenti particolari dei punti all'interno dei limiti.

IL CONTROLLO

Esistono due tipi fondamentali di controllo:

- **per variabili**: che vengono impiegati nei casi in cui si vuole tenere sotto controllo una caratteristica misurabile



• per attributi: che si usano nel caso in cui la caratteristica debba essere giudicata in termini di “va bene” o “non va bene”. Si dovranno quindi considerare delle prescrizioni se si vuole che il processo rispetti le tolleranze stabilite.

Per ogni report mensile di gestione di budget, verrà segnalato lo stato di qualità del servizio rispetto agli standard stabiliti.

LA FORMAZIONE

La formazione avverrà quanto più possibile in modalità interattiva con un forte coinvolgimento dei professionisti, secondo un modello su cui vi è ormai un consenso diffuso a livello scientifico. Infatti, i discenti adulti, dotati di autonomia decisionale, quando vengono inseriti in un ambiente formativo tradizionale, regrediscono immediatamente al ruolo in cui li ha condizionati il modello pedagogico: la dipendenza passiva dal docente, modello efficace sui bambini.

Se i formatori insistono nel ruolo di “educatori tradizionali” – considerando gli adulti, dal punto di vista dell’apprendimento, alla stessa stregua dei bambini - si configura il “paradosso del purgatorio didattico”, dove il docente insegna ed i discenti non apprendono.

D’altronde, l’incapacità della pedagogia tradizionale a preparare gli operatori sanitari per un *lifelong learning* è riconosciuta da tempo: infatti, indipendentemente dal ruolo e dal livello professionale, gli adulti sono motivati ad apprendere se l’attività didattica:

- Viene percepita rilevante
- E’ basata e costruita sulle precedenti esperienze
- Li coinvolge direttamente e ne consente partecipazione attiva
- E’ basata su problemi (*problem-based learning*)
- Permette di responsabilizzare il proprio apprendimento (*self-directed learning*)
- Consente immediatamente di applicare quanto appreso alla pratica
- Prevede cicli di riflessioni ed azioni
- E’ basata sulla fiducia e sul rispetto reciproci (sia tra discenti, sia nei confronti dei docenti)

La formazione avverrà quindi secondo un modello a tre tempi:

1° formazione sugli strumenti operativi



A. *gli strumenti della qualità ed i principi basilari della stessa*: al fine di a far conoscere a tutto il personale (medico e paramedico) gli elementi di

- qualità tecnico professionale
- qualità organizzativa
- qualità percepita
- qualità totale
- miglioramento continuo della qualità
- come fare un progetto di “qualità”

2° **formazione permanente** secondo un modello *learning by doing*, coinvolgendo l’operatore nella valutazione della pratica clinica abituale, nella lenta e progressiva costruzione di una *learning organization*, che considera l’apprendimento dei professionisti la chiave per il miglioramento ed il mantenimento della qualità assistenziale.

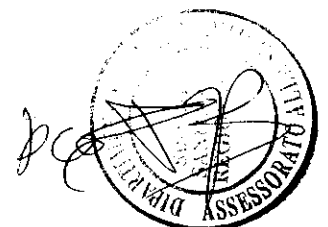
Questo tipo di formazione verrà impostato secondo i seguenti principi:

- fare in modo che la formazione diventi un’attività realmente “continua” e non casuale, sporadica, opportunistica.
- stimolare i professionisti a formulare problematiche assistenziali rilevanti, a ricercare ed interpretare le nuove conoscenze e ad applicarle nella pratica assistenziale.
- responsabilizzare i professionisti ad una formazione *self-directed*, che comprende la gestione dei contenuti ed il contesto dell’apprendimento
- fornire ai professionisti la possibilità, sia di riflettere sulle “criticità” della loro pratica professionale, sia di “misurare” i miglioramenti indotti dalla formazione stessa

Essa si realizzerà attraverso:

A. *audit* strutturati ed integrati nella pratica professionale, secondo un sistema che porti ad un miglioramento continuo della propria attività attraverso

- la definizione di un argomento congruente con l’attività clinica
- la ricerca e critica della letteratura esistente sull’argomento
- la valutazione della propria attività sull’argomento
- il confronto con la *best practice*
- la compilazione di un protocollo o linea guida



B. incontri periodici “*Journal club*”, in cui attuare:

- la revisione della letteratura
- la scelta di un argomento innovativo in grado di modificare il comportamento clinico dei professionisti
- il confronto con la letteratura precedente
- il confronto con l'attività clinica abituale
- l'eventuale elaborazione di protocolli o linea guida

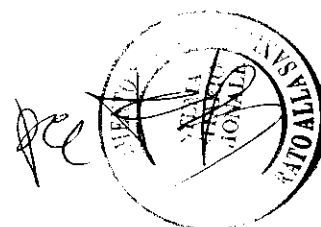
La formazione, per quanto possibile, seguirà i criteri per l'accreditamento ECM secondo quanto indicato in materia dal Ministero della Salute.

L'obiettivo di tali percorsi formativi è'

- uniformare i comportamenti professionali secondo standard qualitativi validi e scientificamente riconosciuti
- fornire gli operatori delle competenze sufficienti a fronteggiare eventuali emergenze
- diffondere la consapevolezza tra i partecipanti che i risultati della ricerca devono rappresentare elemento costante di qualunque decisione clinica
- far acquisire competenze logistiche e tecniche per gestire l'informazione biomedica (uso delle banche dati biomediche come ad esempio Medline),
- far acquisire competenze per una analisi critica della letteratura biomedica (analisi sulla validità ed applicabilità di studi primari, come ad esempio *trials* clinici controllati, e/o di studi integrativi, come ad esempio le revisioni sistematiche e linee guida),

I momenti formativi indicati saranno sviluppati sotto forma di lezioni frontali, ma anche e soprattutto sotto forma di lavoro a piccoli gruppi, discussione di casi clinici, sviluppo di attività pratiche con lo scopo di integrare al massimo l'équipe terapeutica con i vari docenti.

I corsi saranno rivolti a gruppi di venti - trenta medici per volta, prevederanno la compilazione di pre e post test, schede di gradimento e seguiranno i criteri per l'accreditamento ECM secondo quanto indicato in materia dal Ministero della Salute.



FAMIGLIA E CONTRASTO ALLE POVERTÀ.

Nel territorio esiste un numero rilevante di nuclei familiari sia italiani che stranieri che presentano problemi di grave disagio sociale sotto molteplici aspetti legati sia ad una povertà estrema (emergenza abitativa e prolungata disoccupazione) che ad una elevata fragilità dovuta a profondi cambiamenti culturali che hanno messo in crisi i tradizionali valori familiari con conseguente disgregazione della famiglia. Il servizio sociale nell'ottica di un superamento di un intervento di tipo assistenzialistico che non può rispondere ai reali bisogni dei nuclei disagiati, ha previsto un complesso di azioni come contrasto alla povertà e a supporto delle famiglie che metta al centro il territorio locale con i suoi problemi e le sue risorse. La mancanza di una banca dati esauriente dei servizi erogati, di una analisi sistematica del territorio e di una rilevazione e valutazione della rete dei servizi sia pubblici che privati, sono da considerarsi modi problematici ed essenziali nella formulazione di proposte per migliorare i percorsi futuri, si dovrà prevedere l'attivazione di nuovi servizi che diano risposte coordinate ed esaurienti dei bisogni espressi dalla popolazione, consentendo un accesso più allargato alle informazioni sociali con l'elaborazione di una guida di servizi assistenziali e sanitari sia pubblici che privati.

ASPETTI METODOLOGICI DI PROGETTO

PREMESSA

La riforma sanitaria introdotta in Italia agli inizi degli anni '90 rappresenta indubbiamente uno dei temi di dibattito che maggiormente interessano gli studiosi, gli operatori del settore ed i cittadini, alcuni accentuandone gli aspetti evolutivi altri quelli involutivi.

Non esistono cioè opinioni condivise, né giudizi unitari, né tantomeno certezze sulla rivoluzione manageriale che ha riguardato la sanità pubblica, ma esistono, appunto soltanto valutazioni di merito, per la maggior parte condizionate da esperienze di vita quotidiana o da una visione dei problemi probabilmente parziale.

Il problema manageriale nelle aziende sanitarie, non può essere confinato agli aspetti tecnico-contabili della riforma, ma riguarda principalmente l'analisi delle dinamiche competitive delle unità economiche in oggetto, delle scelte strategiche e operative tese al raggiungimento delle finalità istituzionali del sistema nel rispetto della sopravvivenza autonoma delle Aziende.

Le leggi di riforma hanno trasformato in Aziende le Unità Sanitarie Locali introducendo l'efficienza, l'efficacia e l'economicità come principi guida delle scelte di gestione variabili chiave nella valutazione delle performance delle Aziende stesse e di qui della tecnostuttura manageriale.



L'economicità delle Aziende sanitarie rischia di rimanere un concetto incomprensibile se non è valutato alla luce che delle modifiche che hanno radicalmente mutato lo scenario del sistema sanitario nazionale dal punto di vista delle strutture di offerta, delle modalità di finanziamento, degli incentivi manageriali e dei **modelli di governo**.

Il nuovo scenario della sanità pubblica italiana è uno scenario competitivo di quasi-mercato, i cui meccanismi e le cui regole di funzionamento introducono un insieme di incentivi che rende possibile assimilare il comportamento delle Aziende Sanitarie a quello delle Aziende operanti sul mercato e applicarne i principi, i modelli e le tecniche di gestione.

Si può affermare che la creazione di un quasi-mercato contestabile, l'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione, l'introduzione di sistemi di tariffazione delle prestazioni, la responsabilità economica della tecnostruttura manageriale siano aspetti salienti della teoria del mercato in campo sanitario.

Gli effetti sperati, indotti dalla creazione di un contesto competitivo, sono evidentemente quelli connessi ad uno spiccato orientamento delle Aziende sanitarie al raggiungimento di condizioni di equilibrio economico sia attraverso il perseguimento di migliori condizioni di efficienza produttiva, che mediante scelte di politica aziendale dirette ad accrescere i livelli qualitativi dei servizi prodotti.

In questo senso la più importante innovazione della riforma ha riguardato il modello di erogazione delle prestazioni finalizzato ad un innalzamento dei livelli di efficienza ed efficacia, attraverso l'introduzione di logiche di mercato e la strutturazione di nuove relazioni tra **pubblico e privato** fondate anche sulla disciplina dell'accreditamento.

Introdotta nell'ordinamento sanitario italiano per la prima volta più di 10 anni fa, la **sperimentazione gestionale** rappresenta da sempre **una grande sfida** per un SSN sempre a caccia di modelli innovativi e di strumenti **per puntare all'efficienza, all'efficacia e all'economicità**.

In questo progetto la sperimentazione gestionale è proposta attraverso la costituzione di una **società mista pubblico-privati**, così come previsto dall'articolo 9-bis della legge 229/99 come risulta modificato dall'articolo 3 della legge 405/01.

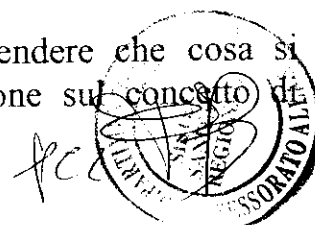
LA COLLOCAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE NEL SISTEMA DEI SERVIZI PUBBLICI

a. la natura pubblica del servizio sanitario

Per meglio comprendere la natura pubblica del servizio sanitario occorre analizzare in sequenza logica i seguenti concetti:

- ❖ il concetto di servizio pubblico
- ❖ il concetto di servizio pubblico sanitario.

Seguendo allora questa impostazione, iniziamo con il comprendere che cosa si intende per servizio in generale per poi concentrare l'attenzione sul concetto di



servizio pubblico ed arrivare, infine alla identificazione del concetto di servizio pubblico sanitario.

b. il concetto di servizio pubblico

All'interno dell'ampia categoria dei servizi in generale, troviamo la categoria dei servizi pubblici che assume un peso ed una portata rilevanti sia sotto il profilo della numerosità delle attività di servizio in essa comprese sia sotto il profilo della importanza che le predette attività rivestono per il benessere della collettività.

Il termine servizi pubblici viene utilizzato per indicare una categoria di servizi verso i quali gli Stati moderni hanno mostrato una maggiore attenzione perché collegati al soddisfacimento di particolari bisogni della collettività, soprattutto nel ventennio che va dal 1960 al 1980 (periodo del Welfare State).

I servizi pubblici possono essere definiti come **prestazioni di attività rilevanti sotto il profilo economico e sociale a favore dei cittadini, singolarmente o collettivamente considerati.**

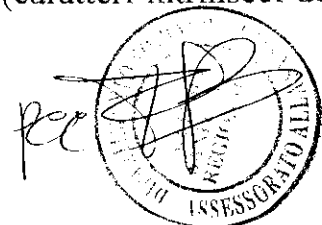
Questa definizione trae origine dalla normativa riguardante l'esercizio dei servizi pubblici. Il carattere di rilevanza dei servizi viene sottolineata dalla stessa Costituzione all'articolo 43 dove si dice che *"ai fini di utilità generale la legge può riservare originariamente o trasferire, mediante espropriazione e salvo indennizzo, allo stato, ad enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti determinate imprese o categorie di imprese, che si riferiscono a servizi pubblici essenziali o a fonti di energia o a situazioni di monopolio ed abbiano carattere di eminente interesse generale"*.

La definizione giuridica di servizio pubblico è, pertanto, strettamente legata al carattere di necessità dei bisogni e, conseguentemente al carattere di essenzialità delle prestazioni (servizi) che tendono a soddisfarli.

In generale maggiore è il livello di necessità dei servizi che l'individuo è costretto a richiedere, maggiore è la sua dipendenza dal fornitore del servizio. In queste situazioni, dove sono più facilmente verificabili forme di ingiustizia o di abuso a danno dei cittadini, l'intervento delle autorità politiche di governo è essenzialmente volto, come si vuole in una società democratica, a far sì che ciascuno di loro possa fruire delle prestazioni desiderate senza dover farsi carico di oneri o comunque incoerenti con la qualità e quantità delle utilità ricevute. E' uno dei fondamenti della riduzione della conflittualità sociale.

Intanto gli organi della Pubblica amministrazione sono stati, in misura via via crescente, coinvolti in tutta una serie di attività di servizio che il progresso della società ha fatto emergere, accrescendo il loro contenuto di importanza e di rilevanza. Si dice, al riguardo, che ogni epoca storica è caratterizzata da una *gerarchia di bisogni normali* espressi cioè in modo corrente dai cittadini. Si tratta di bisogni il cui soddisfacimento rende normale l'esistenza dell'individuo.

In ogni caso osservare, che la qualifica di pubblico ad un servizio è determinata non tanto dal sistema di norme che lo regolano è un criterio troppo generico quanto dal fatto che si rifarsi al contenuto della prestazione (caratteri intrinseci del servizio) che rende pubblico un servizio.



L'analisi economica offre un contributo importante per la soluzione di questo problema. Nell'ottica economica sono definiti pubblici i servizi che:

- hanno il carattere di rilevanza sociale già richiamato, cioè sono ritenuti di rilevante interesse per la collettività, in quanto soddisfano bisogni largamente sentiti dalla comunità degli individui considerati sia singolarmente sia nelle loro organizzazioni economiche;
- sono prodotti in presenza di forti imperfezioni del mercato;
- hanno contenuti tali da indurre lo stato ad utilizzarli come strumenti di politiche redistributive.

La redistribuzione viene realizzata attraverso interventi sul prezzo del servizio. Quando il servizio è reso a prezzo zero si raggiunge la massima efficacia della redistribuzione.

La politica di redistribuzione benché sia soggetta a diverse critiche, se applicata a certi servizi (secondo alcuni violerebbe il principio, fondamentale dell'economia del benessere, della sovranità del consumatore perché interferisce con le sue scelte e sarebbe usata in non pochi casi per mascherare rilevanti inefficienze produttive) è pienamente giustificata per alcuni servizi (sanitari - *come nel caso del progetto sperimentale in proposta* - e di istruzione), laddove l'intervento dello Stato è volto a garantire alla collettività un certo *livello di consumo e di soddisfazione*, a prescindere dalle preferenze individuali.

Pertanto, i servizi sono qualificabili pubblici se oltre ad essere giudicati indispensabili per la collettività mostrano alcuni caratteri che ne possono inibire la libera, agevole ed equa erogazione alla larga massa degli utenti cui sono rivolti.

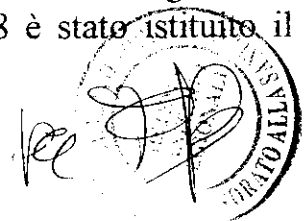
Ciò detto, possiamo meglio definire i servizi pubblici come attività tendenti a soddisfare necessità dei cittadini incluse nella richiamata fascia dei bisogni normali e che per caratteristiche legate alla loro produzione/erogazione/consumo, sono meritevoli di attenzione da parte della mano pubblica, tanto da costituire oggetto di regolamentazione specifica o di diretto intervento gestionale.

Il servizio pubblico si contraddistingue quindi per i caratteri di socialità ed equità che esprime (caratteri intrinseci), in funzione della necessità che di tale servizio possono usufruire tutti i cittadini, indipendentemente dalla residenza e dalle condizioni di reddito.

In definitiva dal punto di vista economico-aziendale, un servizio è definibile pubblico quando è volto al soddisfacimento di esigenze espresse uniformemente dalla comunità amministrata o da larghi strati della stessa.

La regolamentazione va intesa come lo sforzo di individuare i sempre nuovi punti di equilibrio fra i mutevoli interessi dei singoli e quelli altrettanto mutevoli e di più difficile individuazione e valutazione della collettività.

La categoria dei servizi pubblici è una *categoria eterogenea*, in continua evoluzione ed aperta in quanto soggetta nel tempo ad ampliarsi o restringersi in funzione degli orientamenti dello Stato nei confronti degli interessi e dei bisogni della collettività amministrata (ricordiamo che in Italia solo nel 1978 è stato istituito il



Servizio Sanitario Nazionale di cui possono usufruire tutti i cittadini, mentre nel Regno Unito questo servizio è stato istituito ben 30 anni prima).

Nei programmi politico-economici l'autorità pubblica di governo in un'ottica di accrescimento del progresso della società, si propone obiettivi di allargamento della fascia di bisogni normali includendovi anche quelli meno indispensabili, o più sofisticati (cioè non legati alla mera sussistenza), cercando al contempo di limitare al massimo fenomeni di esclusione e di emarginazione.

Possiamo, a questo punto identificare gli Elementi distintivi dei servizi pubblici.

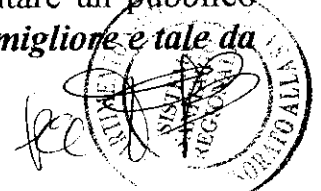
I servizi per rientrare nella categoria dei servizi pubblici devono possedere *contemporaneamente* le seguenti caratteristiche:

- devono presentare il carattere di ***elevata indispensabilità*** per gli utenti, perché destinati a soddisfare bisogni ritenuti necessari e irrinunciabili per il benessere della collettività e dei singoli individui (è il caso del nostro progetto);
- devono essere ritenuti di interesse pubblico perché ***richiesti dalla collettività*** considerata nel suo complesso (è il caso del nostro progetto);
- sono prodotti da imprese pubbliche o da imprese private che operano in regime di concessione o ***autorizzazione*** (è il caso del nostro progetto);
- i servizi pubblici sono prodotti da imprese in posizione di monopolio sul mercato dell'offerta ***sebbene in presenza di limiti e controlli esterni*** che riducono l'autonomia decisionale dell'impresa relativamente a: quantità, qualità, orari, modalità di erogazione, competenza territoriale (è il caso del nostro progetto);
- utilizzano complessi processi produttivi che richiedono notevoli finanziamenti e determinano una ***tendenza all'integrazione del processo*** -il processo produttivo settoriale nel suo complesso, composto di tutte le diverse fasi per arrivare al servizio finale, si svolge nell'ambito della ***stessa azienda***- (è il caso del nostro progetto);
- normalmente la struttura dei costi che caratterizza la produzione della gran parte dei servizi pubblici è composta da una ***rilevante quota di costi fissi e di costi comuni rispetto al totale dei costi di produzione*** (è il caso del nostro progetto).

I servizi pubblici sono, inoltre caratterizzati da alcuni elementi già esaminati per i servizi in generale, quali segnatamente:

- intangibilità
- impossibilità di immagazzinamento da cui il rilevante problema del dimensionamento della capacità produttiva rispetto ai picchi di domanda e di conseguenza la scelta degli investimenti da realizzare;
- sono venduti sui mercati a prezzi multipli controllati.

Apriamo una breve parentesi sull'istituto della ***concessione*** - assimilabile al nostro caso ***autorizzatorio*** della sperimentazione da parte della Regione -: la concessione/autorizzazione/adozione si identifica in un rapporto contrattuale tra l'ente pubblico concedente/autorizzante/adottante ed una Azienda privata, mista o anche pubblica indipendente ed autonoma rispetto all'ente pubblico competente. In sostanza, la Pubblica amministrazione conferisce al privato, a un'azienda mista o ad una impresa pubblica il diritto, e nello stesso tempo l'obbligo di esercitare un pubblico servizio, considerando quindi questo sistema o mezzo di gestione ***il migliore e tale da***



essere preferito alla gestione diretta per il soddisfacimento del pubblico interesse a cui tende il servizio.

L'ente pubblico, per perseguire le finalità di pubblico interesse dispone di una serie di vincoli e di modalità di gestione del servizio cui l'impresa deve attenersi.

All'impresa concessionaria/autorizzata viene attribuito il diritto di usare aree/immobili pubblici.

Gli oneri connessi allo svolgimento dell'attività sono a carico dell'impresa concessionaria/autorizzata che, peraltro deve dimostrare di avere capacità e attrezzature adeguate allo svolgimento dell'attività (vedi piano delle ristrutturazioni e degli investimenti del nostro progetto). Il concedente/autorizzante può eventualmente fornire dei contributi per compensare aggravii eccessivi della gestione legati al carattere sociale della prestazione.

Il vantaggio dello strumento della concessione/autorizzazione/adozione, come vedremo, consiste nella separazione che viene mantenuta tra le funzioni di tutela e di controllo del soggetto pubblico (*maggioranze pubbliche nell'assetto societario*, nel caso *del nostro progetto*), che verifica la piena fruizione del servizio da parte della collettività, e funzione produttiva, svolta dall'impresa la quale di fatto realizza i servizi accollandosene i costi e ricavandone un profitto.

Lo svantaggio principale è connesso proprio alla finalità sociale dell'impresa di servizi il cui perseguimento difficilmente viene pienamente garantito dal rispetto di semplici clausole contrattuali. Potrebbero infatti prevalere finalità lucrative da parte dell'impresa e che snaturerebbero il carattere attribuito alla prestazione deteriorando l'immagine dell'autorità di governo nei confronti degli utenti.

Affinché un servizio possa essere incluso nella categoria dei servizi pubblici, dicevamo, deve possedere contemporaneamente tutti i caratteri sopra indicati.

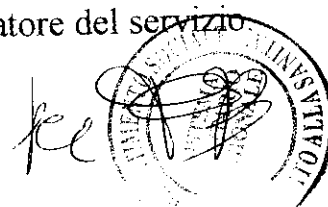
Infatti per esempio anche i servizi bancari sono servizi altamente necessari alla collettività ma non per questo sono qualificabili come pubblici. La stessa cosa vale per i beni di consumo o per altri beni. Anche le imprese petrolifere sono caratterizzate dall'imponenza degli impianti ma non sono certo imprese pubbliche.

c. il concetto di servizio pubblico sanitario

Nell'ambito della categoria dei servizi pubblici possiamo identificare il servizio pubblico sanitario, così come altre tipologie di servizi pubblici, in funzione di alcuni rilevanti aspetti, quali segnatamente:

- le modalità di fruizione del servizio;
- le modalità di copertura dei costi;
- i bisogni soddisfatti;
- i processi produttivi impiegati.

Secondo le modalità di fruizione del servizio, le prestazioni sanitarie rappresentano servizi pubblici collettivi (o generali), cioè prestazioni indivisibili offerte alla collettività. Anche se alcuni servizi sanitari sono caratterizzati da una domanda ed un godimento singolarmente individuabile non danno mai luogo ad un rapporto di natura contrattuale colto regolare lo scambio tra produttore ed utilizzatore del servizio.



Secondo le modalità di *copertura dei costi*, possiamo rilevare come la fonte dei ricavi e delle entrate, destinati alla copertura dei costi sostenuti dall'Azienda sanitaria per l'espletamento del servizio, è di tipo misto: da mercato e, per circa l'80% delle spese complessive, da trasferimenti dello Stato in forma di imposte e tasse per il tramite della Regione. Quest'ultima può attingere, per quanto pianificato a livello statale al fondo sanitario nazionale.

Relativamente ai bisogni *soddisfatti*, le prestazioni sanitarie sono rivolte a soddisfare il bisogno di assistenza sanitaria.

Secondo i processi *produttivi impiegati*, cioè le tecnologie e gli strumenti impiegati per la produzione del servizio sanitario, le prestazioni sanitarie rappresentano servizi di tipo non industriale nel senso che il contenuto del processo di produzione delle prestazioni sanitarie differisce notevolmente da quello di produzione dei beni di consumo. Altresì, relativamente al peso della strumentazione fisica o delle risorse umane impiegate nella realizzazione ed erogazione del servizio, le prestazioni sanitarie sono prevalentemente basate sull'uomo.

Il servizio pubblico sanitario, come la gran parte dei servizi pubblici, svolge certamente una *attività di distribuzione*, nel senso che è una tipica attività attraverso la quale la collettività ridistribuisce il reddito, perché il prezzo pagato da ciascun soggetto è di molto inferiore al costo effettivo del servizio utilizzato e la differenza viene coperta dal gettito fiscale o para-fiscale (ex tassa sulla salute ed altro).

L'AZIENDA SANITARIA COME AZIENDA DI PUBBLICO SERVIZIO

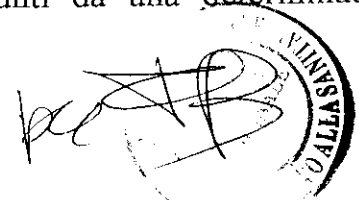
In materia di sanità pubblica in Italia, spicca il grande sforzo giuridico recentemente compiuto per sostituire al precedente modello organizzativo fondato sull'elemento-base della Unità sanitaria locale una nuova struttura basata sulla *Azienda* di servizi sanitari e sulle possibilità offerte alla stessa di muoversi con una certa autonomia gestionale e sperimentale.

Si tratta, naturalmente, di un cambiamento enorme, giacché si è voluto introdurre nella sanità italiana una organizzazione fondata su criteri aziendalistici a salvaguardia della salute pubblica.

Per definizione, proprio perché deve mirare alla salvaguardia della salute pubblica, la nuova Azienda sanitaria si configura e rientra a pieno titolo nel novero delle *aziende di pubblici servizi*, come sopra definite.

In questa premessa sul modello di sperimentazione gestionale, ci si è concentrati e ci seguiranno a concentrare per l'appunto sulla *nuova Azienda* sanitaria *quale Azienda di pubblico servizio portatrice di "idee e di modelli" destinati a migliorare il soddisfacimento della collettività, a migliorare lo sfruttamento delle risorse disponibili e a ridurre al massimo la conflittualità sociale.*

Ricordiamo, al riguardo, che, entro ogni collettività, esistono alcuni bisogni definiti *normali*, giacché manifestati in modo corrente dai singoli cittadini, che si individuano coerentemente con i livelli di civiltà raggiunti da una determinata collettività.



Quanto più primordiali essi sono tanto più sono prioritari rispetto ad altri. Ora, la nozione giuridica di servizio pubblico è connessa, come già discusso, al concetto di necessità di alcuni bisogni e, conseguentemente, alla essenzialità di prestazioni che mirano a soddisfarli.

Una azienda erogante un pubblico servizio è una azienda caratterizzata da alcune importanti peculiarità, quali, innanzitutto, i caratteri di socialità ed equità, essendo rivolta al soddisfacimento di bisogni elementari di tutti i cittadini, senza distinzione di ordine e grado, secondo criteri di giustizia sociale.

Ciò si ripercuote direttamente sul prodotto di una siffatta azienda, che si presenta come un prodotto di natura complessa, un vero e proprio pacchetto di beni sia fisici sia intangibili (psicologici, ecc.).

Questo concetto è spiegabile se consideriamo che una azienda di pubblici servizi, specie se preposta al soddisfacimento di bisogni ad alto impatto sociale, come nel nostro caso la salvaguardia della salute, deve necessariamente soddisfare, oltre al bisogno principale, altri bisogni secondari variabili per caratteristiche ed importanza a seconda del tipo di popolazione e delle sue caratteristiche storiche, geografiche, culturali e sociali. In questa accezione, non è un caso che, anche a parità di servizi fisici o tangibili resi, il rapporto tra fornitore della prestazione e cliente si realizza sulla base di elementi anche di tipo psicologico scarsamente prevedibili.

Il ricorso allo strumento dell'azienda, sia essa con personalità giuridica pubblica o privata, per la realizzazione di attività di pubblico servizio non significa che lo Stato rinuncia al controllo sul raggiungimento delle finalità fissate ma si spiega, invece, con finalità di **ordine organizzativo e gestionale**.

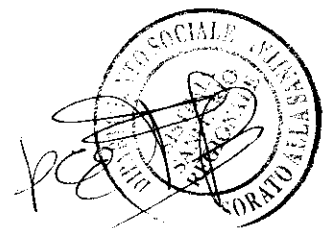
Fino alla fine degli anni '80, infatti, il sistema sanitario italiano presentava un impianto gestionale, basato sulle unità sanitarie locali, rivolto più al rispetto di norme e procedure che non piuttosto al conseguimento di risultati operativi. In conseguenza di un discutibile sistema di "finanziamento su base storica", venivano premiate maggiormente quelle strutture sanitarie che più spendevano, a prescindere dalla loro capacità di impiegare le risorse, a scapito di altre strutture che privilegiavano la razionalizzazione della spesa.

L'eccessiva burocratizzazione delle USL, l'elevato grado di infiltrazione entro queste ultime dell'elemento politico, con conseguente rapporto conflittuale ed antagonista tra organi politici ed organi tecnici, la mancanza di una accorta programmazione gestionale delle risorse ha portato, nel corso del tempo, ad una ingiustificata ed abnorme crescita della spesa sanitaria, niente affatto relazionata ad un effettivo riscontro in termini di livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni fornite.

L'impovertimento delle risorse economiche correnti ha quindi reso necessaria, anche in Italia, una riorganizzazione del sistema sanitario, riconducendolo a criteri fondamentali di gestione aziendale.

Ciò comporta:

- diretta responsabilizzazione dei responsabili del governo dell'impresa riguardo alla spesa sanitaria ed ai risultati raggiunti;
- autonomia organizzativa e gestionale degli stessi;
- produzione di servizi, intesa quale attività caratterizzante l'azienda;



- presenza di un sistema articolato di competenze e capacità nella figura del direttore Generale.

Considerare le USL e gli Ospedali come aziende ha comportato, per definizione, dare legittimo spazio alle istanze organizzativo-gestionali viste in chiave strategica, e, *in strictiore*, dare vita ad un sistema che produce un servizio (sanitario) perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

In questo modo, si è passati da un tipo di assistenza sanitaria che si limitava ad utilizzare le risorse per erogare prestazioni in maniera spesso irrazionale ad un tipo molto più razionale di assistenza sanitaria che svolge il suo ruolo nel limite delle risorse disponibili, cioè nell'ambito di livelli uniformi di assistenza decisi dallo Stato, come sua scelta, politica riguardo al tipo di risorse da destinare alla sanità ed al grado di efficienza nel loro impiego.

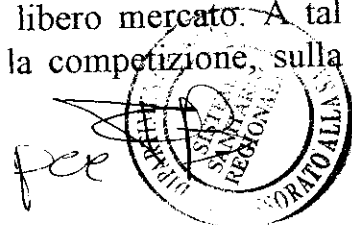
La politica di aziendalizzazione del settore sanitario è stata dettata da profonde esigenze organizzative da parte dello Stato per il riordino e la razionalizzazione dei criteri di spesa sanitaria, sulla base del raggiungimento di livelli di maggiore produttività delle strutture, per la qual cosa non bisogna intendere, invece, l'aziendalizzazione come privatizzazione dei servizi sanitari: infatti, lo Stato non mira a costituire Aziende sanitarie private bensì unità sanitarie pur sempre pubbliche ma aziendalizzate, cioè organizzate nella loro gestione secondo parametri aziendalistici e autorizzandole ad intervenire in maniera incisiva sulle politiche generali di razionalizzazione attraverso gestioni sperimentali programmate e controllate. Questo concetto è molto importante e va spiegato più nel dettaglio. Si può affermare che una azienda sanitaria pubblica deve funzionare secondo 4 principi fondamentali:

- principio del **funzionamento adeguato**: il servizio erogato deve essere appropriato, secondo parametri qualitativi e quantitativi, ed efficace;
- principio del **funzionamento equo**: tutti i cittadini devono avere equamente diritto di accesso da un punto di vista sia fisico sia economico;
- principio del **funzionamento continuativo**: non devono esistere pause nella erogazione del servizio, pena gravi risvolti per la salute collettiva;
- principio del **funzionamento razionale**: deve esistere un impiego razionale delle risorse a disposizione per erogare un servizio.

L'aziendalizzazione della sanità pubblica voluta dallo Stato deve intendersi come il miglior strumento a disposizione per rispondere a queste quattro esigenze fondamentali. In questa accezione, l'azienda sanitaria, ancor più che le altre aziende di pubblici servizi, si deve necessariamente differenziare dalla azienda privata, sotto il profilo meramente economico-aziendale. E' anche questo il senso che si vuole dare al nostro progetto di sperimentazione gestionale.

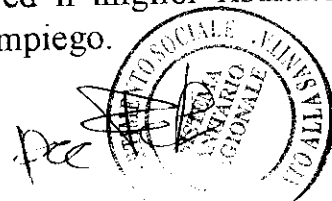
Schematicamente, si possono individuare i diversi punti di differenza tra azienda privata intesa in senso tradizionale ed azienda pubblica sanitaria:

- **l'azienda privata** svolge una attività produttiva col mero fine di ricavare un adeguato profitto, soggiacendo completamente alle leggi del libero mercato. A tal proposito, giova ricordare che il mercato è definibile come la competizione, sulla



base di regole ben definite, tra più soggetti che mirano a soddisfare nel modo migliore determinate esigenze dei clienti al fine di avere un guadagno. **L'azienda sanitaria**, invece, quale azienda produttrice-erogatrice di pubblici servizi, in prima istanza, mira soprattutto ad un **profitto sociale**, che è quello di soddisfare l'interesse di altri, cioè dei propri assistiti. Ciò, comunque, non vuol dire, come più volte sottolineato, non porsi obiettivi di equilibrio economico della gestione, ricercando le condizioni che consentono il perseguimento dei predetti obiettivi economici e, quindi, in ultima analisi il conseguimento di un utile economico. Piuttosto la rilevanza sociale della sua attività fa sì che essa non debba operare secondo gli schemi del libero mercato, ma secondo "mercati variamente regolati" o della cosiddetta "public competition"; essa prevede di poter erogare anche servizi non remunerativi da un punto di vista economico;

- anche per conseguenza del punto precedente, *il management dell'impresa privata* tende alla realizzazione di propri obiettivi, che si rivolgono a proprio vantaggio ed a tale fine si dà una organizzazione. Tutto questo viene fatto in regime di chiara autonomia imprenditoriale del management. Il management dell'azienda sanitaria, invece, presenta una autonomia imprenditoriale vincolata, proprio per conseguenza del fatto che, perseguendo fini di utilità sociale pubblica, deve adeguare la sua organizzazione interna a finalità stabilite da una alta direzione ad essa esterna (a livello di Stato, Regione);
- la contabilità economica dell'impresa privata è rivolta a controllare la formazione dei costi, migliorare il rapporto costi-ricavi, orientare i prezzi di vendita. La contabilità economica nell'azienda sanitaria, così come nella privata, è pure rivolta a controllare la formazione dei costi ma, in più, deve essere anche finalizzata a valutare il costo della prestazione e a migliorare il rapporto costo-prestazioni.
Come si vede da quanto appena detto, le differenze tra una impresa privata e una azienda sanitaria restano notevoli, almeno sotto certi aspetti. Parlare, quindi, di aziendalizzazione delle USL non significa affatto che esse sono state rese imprese private, bensì che esse sono da intendere come aziende di produzione eroganti pubblico servizio che si sono dotate di una struttura organizzativa di tipo aziendale ed a carattere manageriale. In altre parole, per conseguire il fine ultimo della tutela della salute della collettività, l'azienda sanitaria assume una gestione aziendale organizzata, fondata su logiche e principi di conduzione di tipo imprenditoriale. Il suo obiettivo di fondo è creare ricchezza, attraverso un uso razionale delle risorse di cui dispone, per soddisfare i bisogni dell'utenza secondo i principi di efficacia qualitativa e quantitativa, equità, tempestività e continuità. In questa ottica, va anche valutato il prodotto offerto dalla azienda sanitaria in rapporto alle risorse utilizzate, ai **programmi e ai progetti innovativi** portati a compimento ed alle attese da parte dell'utenza. Tutti i giudizi sul rendimento di questa azienda sanitaria si riconducono, genericamente, a due possibili metri di valutazione:
 - un metro di efficacia: rapporto tra il risultato dell'attività svolta e le attese iniziali al riguardo al suddetto risultato;
 - un metro di efficienza: rapporto tra il risultato ottenuto ed il miglior risultato ottenibile a parità di risorse disponibili e di condizioni di loro impiego.



L'aziendalizzazione, quindi, si esprime in questo rapporto dinamico tra azienda erogatrice del servizio sanitario, la sua possibilità di verificare e sperimentare percorsi alternativi e l'utenza, laddove si cerca di *ottimizzare il processo di impiego delle risorse*, legandolo ai concetti di razionalizzazione ed economicità, per meglio rispondere con criteri di efficacia e di efficienza ai bisogni dell'utenza, attribuendo a questi ultimi un ordine strategico di priorità. E' chiaro che lo Stato, nell'assumersi questo gravoso compito di ristrutturazione del servizio sanitario nazionale, con la formazione di una sanità aziendalizzata, ancora da migliorare, vieppiù si trova nella obiettiva necessità di regolare un mercato sanitario giocoforza cambiato, in cui sarà d'ora in poi presente un certo grado di competitività, ed in cui dovrà comunque garantire su tutto il territorio nazionale:

- omogenea presenza geografica del servizio sanitario,
- omogenea erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari sul piano sia quantitativo sia qualitativo;
- controllo della spesa sanitaria.

FONDAMENTALI CARATTERI COSTITUTIVI DELL'AZIENDA PUBBLICA SANITARIA

Le considerazioni fin qui esposte ci consentono, infine, di tracciare il quadro delle caratteristiche distintive delle aziende sanitarie, raggiungendo così l'obiettivo di fondo che ci siamo proposti con la presente relazione introduttiva.

In questo ambito, caratteri fondamentali dell'azienda sanitaria sono:

- la natura pubblica;
- la formula aziendale;
- attività operativa finalizzata allo scambio,
- produzione di ricchezza come finalità di fondo.

La natura pubblica

Parlare di "azienda pubblica sanitaria" significa utilizzare una espressione costituita da due termini che si fondano su approcci culturali anche fortemente differenziati e che per molto tempo sono stati considerati come contrapposti. Il termine "azienda" proviene dal mondo dell'economia aziendale, mentre il termine "pubblica" appartiene al mondo del diritto.

In un'ottica tipicamente economico-aziendale, partendo dal concetto di soggetto economico, una azienda si definisce pubblica quando colui (o coloro) che ha il potere effettivo di assumere le decisioni aziendali è una persona giuridica pubblica.

Rientrano in questa fattispecie gli enti pubblici tradizionali, quali segnatamente: Stato, Regione, Provincia, Comune, nonché tutte quelle aziende ed in particolare *le aziende USL* e *le aziende Ospedali*, che indirettamente sono da essi controllate, cioè quelle il cui soggetto economico è costituito da una o più aziende pubbliche tradizionali (ad es. per le aziende sanitarie il Comune o l'associazione di Comuni).



Si può notare al riguardo che per le aziende sanitarie, per come è attualmente concepita la loro formula giuridica ed organizzativa, non sussistono rilevanti contrasti tra soggetto giuridico (colui che risponde nei confronti della legge) e soggetto economico, in quanto entrambi hanno natura pubblica. In alcune aziende controllate produttrici di altri servizi pubblici, invece, il predetto contrasto assume spesso un peso rilevante, come nel caso di aziende (es. le ex municipalizzate ovvero speciali) che nate con soggetto giuridico pubblico hanno assunto successivamente la forma di S.p.A. (con soggetto economico privato).

In ogni caso la natura pubblica dell'azienda sanitaria è connessa, come già discusso, al concetto di necessità dei bisogni sanitari e, conseguentemente, alla essenzialità di prestazioni che mirano a soddisfarli. Insomma, lo ribadiamo, assumono un ruolo di primo piano i caratteri di **socialità ed equità**, essendo la sua attività rivolta al soddisfacimento di bisogni elementari di tutti i cittadini, secondo criteri di giustizia sociale.

La formula aziendale

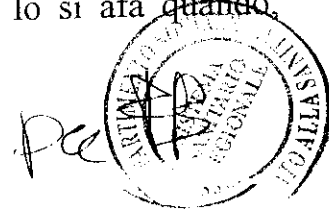
Considerare le USL e gli Ospedali come aziende (pubbliche) significa attribuire un peso rilevante alle istanze organizzativo-gestionali delle aziende medesime, creando strutture organizzative di tipo aziendale, rispondenti ad una logica di conduzione manageriale, improntata sui principi di efficienza, efficacia ed economicità. Conseguendo, per tale via, la finalità sociale della tutela della salute.

Il concetto di azienda rinvenibile nella letteratura la identifica come una organizzazione, una coordinazione, una sistema di persone e di beni rivolto, attraverso una serie di operazioni, alla produzione di beni e servizi a fini di scambio. Le aziende sanitarie sono definibili come quelle il cui **output** specifico è costituito da un oggetto di scambio (la prestazione di assistenza) dotato prevalentemente di contenuto immateriale. La loro missione o campo di attività si identifica, pertanto, nella **produzione del servizio pubblico sanitario**.

La concezione di azienda sanitaria come azienda di produzione costituisce un superamento della ormai obsoleta distinzione tra *aziende di produzione* (imprese) caratterizzate dal fine di lucro, dal rischio e dalla natura privatistica ed *aziende di erogazione* (non imprese) caratterizzate dal fine sociale del soddisfacimento dei bisogni umani, dall'assenza di rischio economico, dalla natura pubblicistica. Con ciò si vuole intendere che oggi l'attività di produzione di un servizio non sembra contrapporsi con le attività, tradizionalmente tipiche delle entità pubbliche, di consumo, di distribuzione ed erogazione.

A ben vedere le funzioni di distribuzione e di erogazione possono essere a pieno titolo ricomprese nella tipica attività dell'azienda di produzione, cioè la "produzione del servizio".

Gestire un Ospedale era considerata una attività di erogazione e non di produzione: se l'ospedale era privato aveva certi vincoli di ordine economico, che venivano meno se era pubblico. Ma l'attività di erogazione, per quanto sopra riportato, si può esercitare perfettamente attraverso la formula aziendale. Ciò è possibile e lo si fa quando,



nell'ambito dell'attività di erogazione, si stabiliscono prezzi politici o multipli o si modifica il sistema dei costi, ottenendo delle entrate compensative a livello fiscale. La tradizionale distinzione tra aziende pubbliche e aziende private considerava pubbliche quelle che si occupavano del consumo, della distribuzione e dell'erogazione (nella distribuzione prevalentemente lo Stato e nell'erogazione i Comuni, gli Ospedali e le vecchie Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, che erano il nucleo portante della sanità pubblica). Nella realtà odierna questa distinzione è superata: funzione produttiva e funzione erogativa possono svolgersi al contempo nella medesima formula aziendale, così come avviene in campo sanitario ed in particolare nel modello gestionale proposto.

In conclusione, possiamo affermare che la formula aziendale che oggi caratterizza le USL e gli Ospedali si fonda sulla considerazione che le attività produttive, distributive, erogative e di consumo possono convivere contemporaneamente e svolgersi adeguatamente attraverso appunto la formula aziendale.

Attività operativa finalizzata allo scambio

L'azienda pubblica sanitaria svolge una attività di produzione volta a realizzare i correnti rapporti di scambio con l'ambiente, e segnatamente con l'utenza destinataria del servizio sanitario.

Nello scambio, inteso in senso lato, infatti, conta soprattutto che ci sia un corrispettivo del servizio. Allorché sussiste un corrispettivo, anche se a prezzo politico, siamo in presenza di un atto di scambio. Pertanto, possiamo affermare che per USL ed Ospedali lo scambio costituisce il normale esito del loro processo produttivo, nonché il presupposto per l'utilizzazione del preconstituito apparato operativo di approvvigionamento, produzione, distribuzione.

La produzione di ricchezza come finalità di fondo

Le aziende sanitarie rispondono a finalità di natura sociale e di equilibrio economico, predeterminate e controllate non loro assolvimento dalle Autorità Regionali e governative.

Pertanto, pur in presenza di forti condizionamenti derivati sull'attività decisionale di queste imprese, dall'esterno (organi pubblici), per il tramite di un sistema di vincoli anche legislativi, le aziende sanitarie non possono prescindere dall'assumere comportamenti incentrati su logiche imprenditoriali ed innovative-sperimentali tipicamente riconducibili alla impresa privata. Naturalmente questo compito, in non pochi casi, si presenta alquanto arduo e di difficile assolvimento, proprio in virtù del peso dei condizionamenti derivanti dall'esterno delle aziende medesime.

Tradizionalmente la finalità caratterizzante l'impresa privata sarebbe stata la *massimizzazione del reddito (profitto)*, mentre per le non-imprese il fine veniva individuato nella *soddisfazione dei bisogni umani*. In questa impostazione, la

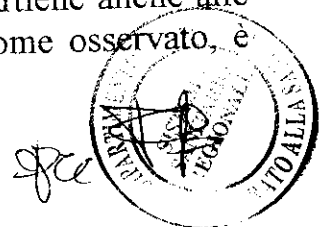


discriminazione era incentrata proprio sull'economicità della gestione, talché si poteva parlare di imprese, economiche nel fine e nel mezzo, e non-imprese, economiche nel mezzo ma non nel fine.

Ad una analisi più approfondita, che parte dalla considerazione che un unico fenomeno non può avere fini alternativi, ma uno solo e caratterizzante, si giunge opportunamente alla conclusione che entrambi i fini indicati non possono costituire la vera finalità ultima dell'azienda. Invero, i predetti fini costituiscono entrambi mezzi per il perseguimento della finalità ultima dell'azienda che è la produzione di ricchezza.

A questa conclusione si arriva in base alle seguenti considerazioni:

- il *soddisfacimento dei bisogni umani* non può considerarsi come finalità caratterizzante le sole aziende, ma caratterizza una pluralità di associazioni (politiche, sociali, culturali, ecc.) con caratteri non necessariamente riconducibili al fenomeno aziendale;
- a ben vedere il perseguimento della predetta finalità (soddisfacimento dei bisogni umani) non è assolutamente in contrasto con il perseguimento di condizioni di economicità della gestione, bensì, quest'ultimo, come già precisato, può rappresentare una importante via per assicurare nel modo migliore la soddisfazione dell'utenza destinataria del servizio sanitario;
- con riguardo al fine della *massimizzazione del reddito*, tradizionalmente associato alle imprese private di produzione, possiamo osservare come, invero, tutte le aziende (imprese e non-imprese) hanno come fine la salda continuità nel tempo, attraverso il raggiungimento ed il successivo mantenimento di adeguati livelli di equilibrio economico. Soltanto in questo modo qualsiasi azienda o altra organizzazione può raggiungere e mantenere un equilibrio tra ricchezza consumata e ricchezza prodotta e, quindi in definitiva, garantirsi una salda esistenza;
Benché le aziende sanitarie, così come le altre aziende pubbliche, presentino problemi specifici connessi ai caratteri distintivi della loro attività, inclusi i condizionamenti esterni alle loro scelte e i vincoli posti a singoli atti di gestione, tuttavia la presenza di questi fattori limitanti non è caratteristica unica delle aziende pubbliche, ma è rinvenibile, sia pure con diverso ordine e grado, nelle più svariate tipologie aziendali.
- nella prospettiva della ricerca e del consolidamento di condizioni di equilibrio economico della gestione perde di significato la contrapposizione tra finalità di lucro e finalità non di lucro. Nella realtà sono presenti al contempo aziende che conseguono significativi profitti, aziende che conseguono, alternandoli, risultati diversi, altre, infine che mantengono posizioni di pareggio.
In ogni caso, come anticipato, entrambi questi fini (soddisfazione di bisogni sanitari ed economicità di gestione) costituiscono in realtà mezzi per il perseguimento della finalità di fondo dell'azienda sanitaria, rinvenibile nella produzione di ricchezza. Infatti, è fuor di dubbio che il fine del soddisfacimento dei bisogni umani, tradizionalmente associato alle aziende di erogazione, in realtà appartiene anche alle aziende di produzione, in virtù della loro finalità di fondo che, come osservato, è



rinvenibile nella produzione di ricchezza, presupposto necessario per garantire la piena soddisfazione dell'utenza destinataria del servizio.

Concludendo questa parte possiamo affermare che la produzione di ricchezza rappresenta di per sé l'espressione massima della finalità sociale dell'azienda sanitaria (e non solo).

Questa affermazione si comprende facilmente se consideriamo che:

- la produzione di ricchezza è il presupposto perché possa esistere la sua distribuzione;
- conseguentemente, la produzione di ricchezza è senza dubbio una attività rivolta primariamente alla soddisfazione sia dei bisogni di sanità sia, più in generale, di coloro che operano all'interno dell'azienda stessa;
- la produzione di ricchezza presuppone il raggiungimento ed il mantenimento nel tempo di adeguati livelli di equilibrio economico.

Ecco, parte delle motivazioni della scelta di un modello gestionale sperimentale complesso rifacentesi prevalentemente *ad una società di tipo commerciale* come le società per azioni, ma che tiene ampiamente conto delle *eccellenze e delle peculiarità appartenenti alle non-imprese*.

I MODELLI SPERIMENTALI GESTIONALI

Dal 1991 solo conferme per il metodo "sperimentale". La "sperimentazione gestionale" è stata prevista e regolamentata nell'articolo 4, 6° comma della legge 412/1991, come uno strumento per favorire l'apertura del sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati.

Essa è finalizzata a verificare "sul campo" la possibilità di utilizzare nell'ambito del settore sanitario strumenti e modelli gestionali già sperimentati nella realtà aziendale privata; ciò al fine di acquisire conoscenze, esperienza e risorse finanziarie idonee a migliorare l'efficienza e la qualità del Servizio sanitario.

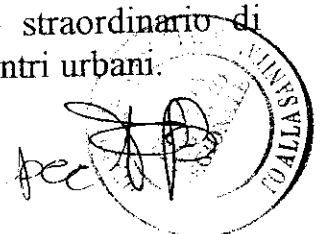
Il metodo sperimentale consente di riferire l'intervento regolatore (mediante leggi, regolamenti, atti amministrativi) alla fase conclusiva del processo sperimentale, per "istituzionalizzare" i risultati positivi dello stesso, superando in tal modo la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della sanità.

L'articolo 9-bis del Dlgs 502/1992 definisce il regime procedurale di attuazione delle sperimentazioni e diventa la norma fondamentale in materia.

Allo stesso fa esplicito riferimento una serie di disposizioni successive, generalmente contenute in leggi finanziarie, che prevedono specifici progetti (da realizzare con la procedura delle sperimentazioni) per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, finalizzati al superamento di carenze strutturali del sistema, finanziabili su una quota del fondo sanitario a tal fine vincolata.

La rilevanza dello strumento è stata ulteriormente sottolineata dall'articolo 71 della legge 488/1998, che prevede l'avvio e l'attuazione di un piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Punti fermi nella regolamentazione dell'istituto sono:



- La necessità di elaborare uno specifico progetto, con l'apporto di livelli istituzionali diversi (Regione, Aziende sanitarie, Province, Comuni, privati);
- L'attribuzione alla Regione di adottare ed autorizzare il progetto ai fini dell'avvio della sperimentazione e di verificare i risultati della stessa.

La struttura di tale regolamentazione finale non è sostanzialmente mutata dal Dlgs 229/1999 che ha sostituito il precedente articolo 9-bis, che in sostanza si è limitato a disciplinare i profili relativi alla presenza dei soggetti privati nell'ambito delle società miste, ove queste assumano compiti di gestione dell'attività sanitaria.

Il nuovo 9-bis aveva creato incertezze interpretative che sono state sostanzialmente superate dall'articolo 90 della legge 388/2000 (finanziaria 2001).

Con tale nuova disposizione è stata prevista la possibilità di utilizzare strumenti giuridici a partecipazione mista, anche per sperimentare un diverso assetto istituzionale del Servizio sanitario; si è inoltre agevolato sul piano fiscale il trasferimento di beni a favore di tali enti.

VALUTAZIONE DEL QUADRO NORMATIVO GENERALE

Volendo fornire una valutazione sintetica del quadro normativo attuale, derivato dai continui interventi ed aggiustamenti legislativi, si potrebbe dire che tutti gli strumenti integrativi e modificativi introdotti dai nuovi articoli di legge sulle sperimentazioni gestionali, sono stati sempre tesi ad incentivare e semplificare le procedure di avvio di iniziative per nuovi modelli gestionali.

Il legislatore ogni anno (vedi gli interventi sulle finanziarie) ha voluto rammentare la problematica relativa alle sperimentazioni ed ha voluto aggiungere chiarimenti e semplificazioni: ***segno evidente di interesse particolare e di continua promozione delle iniziative***, ritenute sostanzialmente necessarie per una attiva "ricerca sul campo" in grado di dare ***soluzioni innovative alla complessa problematica connessa alla spesa sanitaria*** ed a ciò che ***la "salute" dei cittadini rappresenta*** per uno Stato che vuole definirsi realmente moderno, democratico e attento alle diseguaglianze in un così delicato campo.

La sperimentazione va intesa in generale come uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati (appunto in via sperimentale) la rigidità del sistema di regolazione pubblica del settore della Sanità e introduce in tale settore, attraverso forme di collaborazione con i soggetti privati, strumenti e modelli gestionali già sperimentati con successo in altri settori della Pubblica amministrazione e che trova riscontro in altri Paesi dell'Ue.

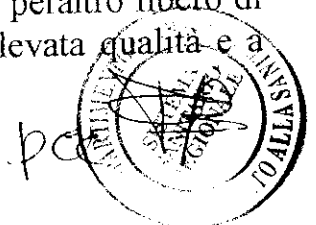
Tali collaborazioni possono realizzarsi in forme e con modelli diversi (es. rapporti convenzionali, costituzione di nuovi soggetti con la partecipazione di altri enti pubblici oltre che di quelli privati, ecc.). I modelli di collaborazione recentemente esplorati e sperimentati sono di varia natura e presentano, in alcuni casi, aspetti tra

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text, possibly a date or a reference number, and is partially obscured by the signature.

loro complementari. Essi possono concretizzarsi nella costituzione appunto di nuovi enti ovvero nell'utilizzo di strumenti gestionali, diversamente denominati, quali il private financing (Pfi), l'outsourcing, con la sua evoluzione nota come public/private partnership (Ppp). La scelta dell'uno o dell'altro modello e, talvolta, della loro combinazione, dipende da numerose variabili, a partire da quelle istituzionali, per giungere fino a quelle organizzativo-gestionali. Tali variabili vanno poi valutate nell'ambito delle diverse situazioni nelle quali si applicherà il modello. Poiché diversi sono i modelli e varie sono le realtà alle quali possono essere applicati, pare indispensabile che vengano individuati opportuni criteri che consentano di definire quale modello sia utile applicare nelle diverse situazioni. Preliminare alla scelta dei criteri di selezione dei diversi modelli è la definizione con chiarezza degli obiettivi di ogni sperimentazione e l'adozione delle corrette metodologie per misurare i risultati conseguiti. Nella sperimentazione del modello è indispensabile seguire gli standard definiti per la sua corretta applicazione affinché le diverse esperienze fatte risultino omogenee e confrontabili. Dalla sistematica applicazione della metodologia sopra indicata conseguirà l'individuazione dei criteri di selezione dei diversi modelli. Ci si potrà accorgere che talvolta i modelli non sono tra loro esclusivi ma complementari. La combinazione dei modelli può risultare infatti in molti casi opportuna.

IL POTERE DI DEROGA ALLE DISPOSIZIONI VIGENTI

Il successo o l'insuccesso di una sperimentazione dipende non solo dai meccanismi istituzionali in cui si inserisce, ma anche dalle possibilità di adottare le corrette modalità gestionali. Perché ciò sia possibile è indispensabile individuare, come nel nostro modello sperimentale, regole ad hoc, se del caso modificando quei vincoli normativi che impediscono di sviluppare le azioni previste per giungere ai risultati voluti. La sperimentazione ha pertanto senso e può acquistare valore solo se avviene in un quadro di regole funzionali all'attuazione del modello oggetto di sperimentazione; ciò potrà far sì che tutte le azioni previste possano essere compiute con la dovuta efficacia; in caso contrario non si potrà confondere l'impossibilità di agire correttamente con l'inadeguatezza del modello. I principali obiettivi che si pone, in generale, il sistema pubblico nel coinvolgere i privati sono quelli di usufruire di maggiori disponibilità finanziarie e capacità gestionali, nonché di ridurre il rischio associato all'attività che viene condivisa ovvero assegnata totalmente al privato. Il privato, d'altra parte, desidera ottenere la corretta redditività dagli investimenti fatti e dalla relativa gestione, verificando che il rischio dell'impresa sia accettabile. Perché ciò possa realizzarsi, il privato richiede che il pubblico scelga il partner privato sulla base dei risultati attesi, misurati in termini di costi e qualità del servizio ottenuto e non vincoli i parametri del processo produttivo al punto di limitare le capacità innovative dell'imprenditore. In presenza di un'innovazione tecnologica molto rapida, il sistema pubblico deve essere capace di ripartire il rischio dell'ottimizzazione del processo produttivo con l'imprenditore privato, il quale deve essere peraltro libero di far leva sulle evoluzioni tecnologiche per fornire un servizio di elevata qualità e a



costi contenuti. Il sistema pubblico dovrà viceversa concentrarsi sulla modalità di misurazione dei risultati ottenuti.

Le esperienze estere, soprattutto quelle del Nhs inglese, dimostrano che il sistema pubblico deve individuare i servizi che ritiene strategici (core) e su questi concentrarsi e sperimentare, delegando tutto ciò che non è strategico (no core) all'imprenditore privato.

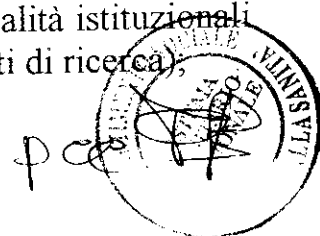
Deve inoltre migliorare la capacità di misurare l'output di tali servizi. E' importante sperimentare, con una buona metodologia di applicazione e di confronto, le diverse alternative di collaborazione tra il pubblico e il privato per poter individuare quali forme risultino le più adatte ad attirare in Sanità le risorse finanziarie e gestionali del privato.

LA SCELTA DEL MODELLO DELLA SOCIETA' MISTA MAGGIORITARIA (SMM) QUALE SPECIAL PURPOSE VEICLE (SPV)

Dall'esame delle diverse disposizioni relative alla sperimentazione emerge chiaramente che la collaborazione pubblico-privato può essere realizzata attraverso la costituzione di nuovi soggetti di diritto privato, esplicitamente individuati nelle società miste (articolo 9-bis più volte citato). In relazione alle indicazioni metodologiche di cui al punto precedente, la scelta è stata fatta avendo presenti le diverse variabili, di natura istituzionale, organizzativo-gestionali e relative alle situazioni nelle quali si prevede di intervenire.

Il ricorso alle società miste è preferibile nella realizzazione di opere, acquisto di beni e servizi, nella gestione di attività sanitaria di supporto e di eccellenza). E' implicito che tale soggetto è caratterizzato per la partecipazione significativa, anche se non esclusiva, della componente pubblica, il requisito della maggioranza pubblica è previsto esplicitamente per le società miste che gestiscono attività sanitaria). Una volta individuato il modello in relazione alle caratteristiche dell'intervento, è stato necessario verificare in concreto se lo strumento prescelto fosse stato congruo al fine di raggiungere gli obiettivi perseguiti. Il modello è particolarmente indicato in quanto la sperimentazione tende a coinvolgere anche soggetti non profit ed è finalizzato al raggiungimento di alcuni specifici obiettivi, quali:

- Verifica in via sperimentale di assetti e ruoli istituzionali diversi da quelli oggi tipici dell'organizzazione del Servizio sanitario;
- Integrazione e coordinamento dell'apporto di più soggetti con finalità istituzionali o sociali diverse (es. cooperative di operatori sanitari, Università, enti di ricerca);

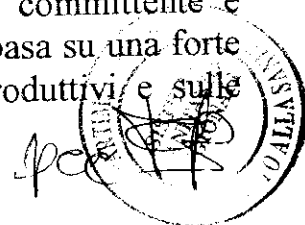


- Promozione e sostegno a funzioni e attività (es. ricerca biomedica, formazione, ecc.) non congruamente svolte nell'ambito dell'Azienda per indisponibilità di modelli organizzativi e gestionali e per carenza di risorse (finanziarie, tecnologiche, ecc.);
- Attribuzione, in via sperimentale in relazione ad una situazioni particolarmente complessa, di un ruolo partecipativo ad altri soggetti pubblici (Comuni, Provincia e Regione Lazio) sul cui ruolo nel settore sanitario oggi si registrano esigenze diverse;
- Promozione di processi di integrazione, a livello sovra-aziendale e in relazione a particolari ambiti disciplinari e/o territoriali, di strutture facenti capo a enti diversi. Ovviamente la concreta configurazione della società è stata definita in relazione alle situazioni concrete e agli obiettivi specifici perseguiti con la sperimentazione.

LA SCELTA DEL MODELLO CHE VA DALL'OUTSOURCING TRADIZIONALE AL PUBLIC/PRIVATE PARTNERSHIP (Ppp)

La Sanità in Europa vede da tempo l'affermazione e lo sviluppo dell'outsourcing nelle sue varie forme, con particolare riferimento ai servizi di supporto non sanitari. Le forniture private registrano da tempo una continua crescita, con una specializzazione degli operatori sempre più marcata. Dall'altra parte La domanda di servizi sanitari continua anch'essa a crescere, a fronte di risorse pubbliche limitate, in tale contesto, il tradizionale rapporto di fornitura (committente-fornitore) mostra limiti evidenti, soprattutto in considerazione delle prospettive di modernizzazione del settore pubblico e della conseguente necessità di attingere alla riconosciuta capacità di innovazione gestionale del settore privato. I tradizionali processi di esternalizzazione (outsourcing) si sono rivelati limitati in termini di capacità a incentivare l'innovazione di processo e di prodotto, poiché hanno vincolato le forniture a parametri di input invece che di risultato. Inoltre la componente qualitativa del servizio fornito è risultata di difficile valutazione, costringendo la competizione ai soli aspetti economici di contenimento dei costi.

Alle già note esigenze di modernizzazione si aggiunga l'avvento delle tecnologie internet e le opportunità che queste aprono al settore sanitario nel suo complesso. La necessità di ridefinire interi processi produttivi non potrà essere soddisfatta né con risorse proprie del settore pubblico, né attraverso le tradizionali tecniche di esternalizzazione dei servizi. La public/private partnership rappresenta una radicale innovazione nella concezione del tradizionale rapporto di fornitura. Essa propone un approccio collaborativo, distinguendosi nettamente da qualsiasi rielaborazione dell'outsourcing: al tradizionale rapporto rigido tra committente e fornitore, si sostituisce il concetto di partnership. Tale approccio di basa su una forte focalizzazione sul risultato del servizio (invece che sui fattori produttivi e sulle



infrastrutture) e prevede un'effettiva condivisione, tra il partner pubblico e quello privato, dell'analisi del processo produttivo. Il partner privato studia tutte le opportunità di miglioramento grazie alle tecnologie di cui dispone e alle relative metodologie organizzative. Il risultato dell'analisi conduce a un'attenta valutazione dei costi di produzione e della qualità del servizio fornito. In UK, ricorrendo alla normativa comunitaria, l'ente ospedaliero assegna, senza gara, l'appalto privato qualora costi e qualità raggiungano un livello competitivo rispetto alla situazione effettivamente presente nell'ospedale. Gli ambiti di applicazione della Ppp coprono praticamente l'intera gamma delle attività no core dell'azienda sanitaria.

Noi, con il modello sperimentale possiamo distinguere:

- I servizi di tipo clinico: laboratorio di analisi (generalmente escludendo lo staff medico); diagnostica per immagini; servizi di sterilizzazione; fornitura di prodotti per la medicazione e servizi di supporto: fornitura e gestione di letti e attrezzature; farmacia;
- I servizi di tipo "corporate"; costruzione e manutenzione degli edifici; servizi di tesoreria; gestione del personale; paghe e contributi; information technology; gestione integrata degli acquisti (acquisti, logistica e gestione di magazzino); gestione della cartella clinica (patient file).

Alcune esperienze realizzate, in particolare per i laboratori di analisi, mostrano chiari benefici di tipo finanziario e in termini di impatto sulla qualità del servizio.

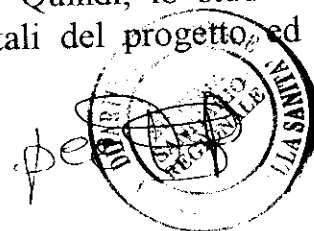
Per quanto concerne la fornitura di beni e di attrezzature, si stanno sviluppando in Europa molte iniziative particolarmente per i servizi ad alto valore aggiunto, con consorzi di strutture ospedaliere che operano in collaborazione con i fornitori e che saranno particolarmente seguite dai responsabili del nostro progetto.

Tra le forme innovative privilegeremo:

- Facility management: il settore privato, ricorrendo alle tecniche offerte dal private financing iniziative (Pfi), potrà finanziare, anche acquisendone la proprietà, la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento delle strutture utilizzate ovvero di nuove eventualmente individuate;
- Information technology: che in UK si stanno sviluppando proprio attraverso la Ppp;
- Finanza e risorse umane: la creazione di appositi centri di servizi integrati è stata vista come strumento per il cambiamento nella qualità dei servizi e nel controllo dei costi.

LA SCELTA SUL PERCORSO E LA RAPPRESENTAZIONE DELLO STUDIO DI FATTIBILITA'

Il primo passo, nella realizzazione dell'idea progettuale di base, è stato effettuato attraverso lo studio preliminare di fattibilità che è servito a verificare le pre-condizioni per procedere nell'impostazione del progetto. Quindi, lo studio di fattibilità ci è servito a identificare gli elementi fondamentali del progetto, ed a



valutare la possibilità concreta di poter ricorrere, utilizzando una serie di test di viabilità tecnica ed economica, ad un modello sperimentale.

I test, o valutazioni preliminari, sono stati in grado di dare una prima risposta alla fattibilità tecnica del progetto:

- Viabilità tecnica: che è il modo con cui lo abbiamo strutturato;
- Viabilità economica e finanziaria: che è l'equilibrio economico-finanziario data al progetto. Ad ogni buon fine si precisa che la viabilità economica e finanziaria, predisposta riservatamente dalla ASL e non conosciuta neppure dall'Agenzia consulente, non verrà resa pubblica per consapevole scelta, in quanto la ASL stessa intende voler valutare i soggetti aspiranti partners anche attraverso la dimostrazione delle loro capacità di costruzione ed implementazione di un modello economico finanziario in grado di autofinanziare il progetto.

Per lo studio di fattibilità si è lavorato sulle informazioni essenziali del progetto, che hanno fornito le indicazioni necessarie alla costruzione di una preliminare *analisi*, e cioè raccolta dei dati su:

- Promotori: ASL, Autorità Portuale di Civitavecchia, Regione Lazio, Asclepion
- Strutturazione societaria
- Descrizione del progetto
- Tecnologia
- Mercato
- Investimenti
- Costi e ricavi (ASL)
- Coperture finanziarie (ASL)

Lo studio di fattibilità si presenta quindi come un documento interno di lavoro, da articolare di volta in volta secondo le esigenze specifiche che dovrà soddisfare.

Esso riassume i principali elementi da realizzarsi con i fondi pubblici e privati, e che possono riassumersi:

- Relazione generale sul progetto
- Caratteristiche e modalità di adattamento dell'immobile
- Tecnologie utilizzate
- Mercato di riferimento
- Qualità dei servizi
- Provenienza e natura delle prestazioni
- Fruitore finali dei servizi
- Modalità di determinazione dei flussi finanziari (ASL)
- Caratteristiche della gestione delle ristrutturazioni
- Caratteristiche delle prestazioni dei servizi
- Aspetti di garanzia
- Fabbisogni
- Struttura della società mista

Dunque, *lo studio di fattibilità* descrive il progetto nel suo insieme, fornendo tutte le relative informazioni di carattere generale riassumendo il contenuto anche delle convenzioni, che realizzano l'iniziativa.



La redazione dei documenti informativi/informatici rappresenteranno un processo, che si realizzerà durante l'opera proprio in quanto gli elementi del progetto di definiscono solo progressivamente, nel corso dell'attività. Questi documenti rappresenteranno, dunque, un vero strumento di lavoro durante la realizzazione dell'iniziativa.

Il nucleo centrale di questa attività è rappresentato dalla costruzione del modello economico-finanziario interno, prevalentemente orientato al coinvolgimento di organizzazioni no profit di soggetti privati altamente qualificati. Peraltro, si sottolinea l'importanza delle valutazioni tecniche, legali e contrattuali proprio per effettuare una adeguata previsione di costi d'investimento e di gestione, e di ricavi.

Tra gli obiettivi del progetto emerge la volontà di armonizzare gli interessi che hanno promosso il progetto e la costruzione dell'equilibrio economico-finanziario dell'operazione che non potrà scaturire altro che dall'equilibrio complessivo tra gli interessi dei partecipanti.

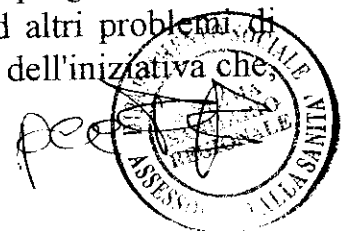
Il documento, che è spalmato in tutta la documentazione e che *rappresenta la prima applicazione interpretativa dei soggetti aspiranti soci*, presenta la struttura di base appresso elencata e contiene solo le informazioni più rilevanti calate "a pioggia": poiché non si è voluta dare forma schematica allo stesso;

- Quadro normativo di riferimento e i rapporti con le istituzioni;
- Realizzazione delle opere di adattamento dell'immobile;
- Tecnologia del progetto;
- Impatto ambientale;
- Caratteristiche degli utenti di riferimento;
- Gestione dell'iniziativa;
- Convenzioni;
- Fabbisogno finanziario;
- Garanzie e aspetti di monitoraggio.
- I settori dell'iniziativa,
- Le motivazioni,
- Le caratteristiche peculiari dell'iniziativa;
- La storia dell'operazione dall'idea progettuale alla strutturazione finale;
- Le delibere da effettuare;
- I passi amministrativi che servono alla realizzazione definitiva del progetto.

Va anche rammentato che il progetto, che nasce per iniziativa della Azienda unità sanitaria locale Roma F, si realizza solo attraverso lo strumento della autorizzazione/adozione da parte della Regione Lazio.

In ogni caso, l'azione e la tempestività di tutte le autorità pubbliche coinvolte, costituisce un elemento essenziale per la riuscita del progetto stesso.

I tanti ostacoli amministrativi che possono frenare o annullare ogni sforzo volto alla realizzazione di un progetto di pubblico interesse: ritardi nella concessione dei permessi per la realizzazione delle opere, incertezze nella programmazione, modificazioni del regime di disponibilità degli immobili, ecc., ed altri problemi di questo tipo finirebbero per influenzare negativamente la redditività dell'iniziativa che



per esplicitarsi, ha bisogno di un quadro di *consenso pubblico istituzionale* di riferimento così forte da poter invogliare i privati ad investire in termini di professionalità e finanze, riducendo al massimo il senso di approssimazione e di incertezza.

Con questa osservazione, si sottolinea ancora una volta il fatto che un'efficiente funzione pubblica può consentire consistenti risparmi al bilancio pubblico. Perciò, la preventiva firma di convenzioni, contratti o lettere di intenti con le autorità pubbliche coinvolte nel progetto, al fine di fissarne in modo chiaro e preciso obbligazioni e diritti, rientra certamente in quell'insieme di garanzie che sono in grado di trasformare un'operazione progettuale in una azione concreta di eccellenza dell'efficienza pubblica.

LE DIMENSIONI DA PRESIDARE

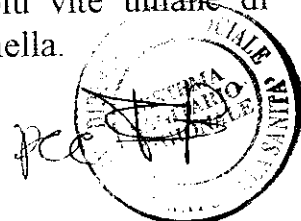
L'assistenza sanitaria può agire sulla salute di una persona direttamente e indirettamente. Indirettamente in quanto l'assistenza sanitaria costituisce una parte essenziale della protezione sociale di una persona: l'incidenza circa la disponibilità dell'assistenza sanitaria, come quella relativa ad altre componenti del Welfare, potrebbe concorrere a perturbare la salute, senza che perciò si possa parlare di un effetto diretto dell'assistenza sanitaria sulla salute. Non c'è poi dubbio che l'assistenza sanitaria abbia buone riserve di efficacia diretta nel migliorare alcune capacità funzionali di specifici malati, come nel caso della cataratta o in quello della patologia dell'anca; analogamente l'assistenza sanitaria assolve importanti funzioni nell'alleviare la sofferenza. Tuttavia l'importanza nel ridurre l'incidenza e la mortalità per la maggior parte delle malattie risulta molto modesta. Questi meccanismi di influenza sono particolarmente attuali in questi tempi di revisione dei sistemi sanitari.

Tre sono le dimensioni da presidiare affinché tali revisioni non aggravino le diseguaglianze nella salute, anzi migliorino la situazione: l'equità, l'efficacia e l'efficienza.

Le principali attenzioni, per garantire l'equità nel diritto di accesso derivante dalla organizzazione dei nuovi sistemi sanitari nazionali, regionali e locali, devono essere rivolte alle seguenti importanti aree:

- Diseguaglianze nella disponibilità di servizi per gli anziani;
- Diseguaglianze nella disponibilità di servizi per i malati terminali;
- Diseguaglianze nell'utilizzo dei servizi specialistici e di alleggerimento dei carichi familiari;
- Diseguaglianze negli standard di qualità, efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari;

Mirando esplicitamente la soluzione ai gruppi sociali più svantaggiati è possibile moderare queste diseguaglianze, aumentando complessivamente l'efficacia pratica della tecnologia di screening affiancata con ricerche sulle diseguaglianze. È stato stimato, ad esempio, che se le cause delle *diseguaglianze sociali* nella sopravvivenza per tumori fossero identificate e rimosse, si risparmierebbero più vite umane di quante non se ne salvano con i programmi di screening della mammella.



Lo stesso argomento si pone nell'area dell'efficienza, dove si aprono spazi interessanti per la priorità alle disuguaglianze nella salute. Infatti il principio dell'efficienza richiede che si orientino le risorse là dove c'è il massimo di possibilità per il miglioramento della salute della popolazione. quale intendiamo dare risposta concreta.

LE CONSIDERAZIONI DI PROGETTO PER CONTRASTARE LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Sarebbe forse utile, in questo contesto, anche un'analisi dell'esperienza fin qui condotta nell'ambito delle sperimentazioni avviate (prima della entrata in vigore del D.lgs 229/1999), al di là delle limitate indicazioni che emergono dai documenti disponibili ma non ne abbiamo lo spazio sufficiente né desideriamo distogliere l'attento lettore dall'obiettivo principale.

Soprattutto, sarebbe essenziale operare una ricognizione sistematica delle esperienze di sperimentazione avviate nel contesto e sulla base della nuova disciplina della materia introdotta con l'articolo 10 del D.lgs 229/1999, specie di quelle che non hanno seguito l'iter delineato nella nova normativa.

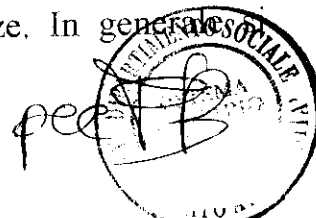
L'esame delle disposizioni emanate nel corso di un decennio in materia di sperimentazione dimostra, e lo abbiamo già affermato, che una grande importanza è attribuita dal legislatore a tale strumento per stimolare e indirizzare il processo di trasformazione e riqualificazione del sistema Sanitario italiano.

Non si ritiene che sia necessario intervenire con ulteriori leggi, che potrebbero, anzi, comportare il rischio di ridurre quella flessibilità che deve caratterizzare le sperimentazioni.

Di queste, non a caso, il legislatore non ha dato una definizione astratta e normativa, ma si è limitato a individuarle in termini generali come forme di collaborazione con soggetti privati, finalizzate all'acquisizione di risorse (di conoscenze, esperienza e finanziarie), ritenute essenziali per risolvere carenze strutturali del sistema sanitario.

Coerentemente con tale scelta, e molto opportunamente. È stato però previsto, come necessario, un momento di accertamento in concreto, con funzione costitutiva in relazione a certi effetti, della riconducibilità di un singolo progetto alla categoria delle sperimentazioni.

Introducendo la lotta alle disuguaglianze nella salute tra i punti qualificanti delle politiche sanitarie e sociali del patto per la salute, il Piano sanitario Nazionale 1998-2000 esige che ogni politica, sanitaria e non, che possa avere un riflesso sulla salute si misuri con il problema delle disuguaglianze in modo esplicito. Questo significa che ogni politica dovrà interrogarsi sull'esistenza di disuguaglianze nel settore di sua competenza e dovrà pronunciarsi sul modo con cui intende contrastarle, con il sistema sanitario in un ruolo di promozione e di monitoraggio. Purtroppo non è affatto scontato che il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo verso il quale non ha né consuetudine né particolare propensione. E' utile quindi aprire una riflessione su quali responsabilità e su quali azioni spettino al sistema sanitario e su come queste abbiano dimostrato di funzionare in altre esperienze. In generale

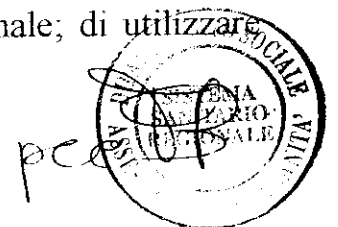


potrebbe dire che su questo tema al sistema sanitario competono le politiche di ricerca, informazione e patrocinio, il concorso a politiche di promozione della salute, il concorso a politiche di riduzione dei danni delle diseguaglianze sociali e le politiche di correzione del sistema delle cure: la risposta e l'impegno dell'Azienda USL Roma F è contenuta, come evidente e per quanto possibile, anche in questo progetto di sperimentazione gestionale.

Senza dilungarci ed affrontare il percorso della cronaca legislativa sulle diseguaglianze diciamo subito che tale problematica iniziò ad affermarsi intorno agli anni Ottanta e le prime esperienze di ricerca in epidemiologia furono concentrate sui rischi occupazionali. Il Ministero della Sanità approvò nel 1990 un programma nazionale di ricerca proposto dalla Regione Piemonte, che si proponeva di sperimentare tutte le procedure di monitoraggio delle diseguaglianze occupazionali e sociali nella salute che era possibile implementare in Italia attraverso tecniche di record-linkage. Il programma ottenne tre risultati principali. Il primo consisteva nella dimostrazione che anche in Italia erano possibili numerose forme di monitoraggio delle diseguaglianze nella salute attraverso il record-linkage su base individuale o l'integrazione su base microgeografica (indici di deprivazione geografica) di fonti sanitarie (la mortalità a livello nazionale, e la morbosità a livello locale) e di fonti amministrative recanti informazioni socio-economiche (il censimento di popolazione, l'anagrafe dei redditi, l'archivio delle prestazioni previdenziali, l'archivio degli infortuni sul lavoro). Il secondo fu la creazione di una rete di competenze epidemiologiche e statistiche e di istituzioni sanitarie e di ricerca, nazionali e locali, che coordinavano i propri sforzi per modificare l'architettura e il funzionamento dei sistemi informativi a scopo di monitoraggio della salute occupazionale e delle disuguaglianze. Il terzo risultato fu la redazione di un rapporto italiano sulle diseguaglianze sociali, scaturito da un primo convegno nazionale sul tema. Il convegno ed il rapporto si sforzarono di raccogliere e discutere criticamente tutta l'evidenza epidemiologica che era disponibile in Italia sulle diseguaglianze nella salute e nell'accesso alla assistenza sanitaria passata in rassegna grazie al contributo critico di alcuni esperti inglesi e scandinavi. Con il nostro progetto **intendiamo riprendere, ovviamente dal nostro punto di osservazione ed a livello Regione Lazio**, questa complessità sociale ed affrontarla alla luce della **multi-etnica nella quale siamo ormai calati, anche scientificamente**: non riteniamo di poter più fare finta di non considerare in tutta la sua drammaticità (in particolare nel nostro territorio) il rinnovato problema delle disuguaglianze nella salute.

Quattro tipi di raccomandazioni riprenderemo dal rapporto conclusivo dei lavori e, da quelle ripartiremo per la nostra analisi:

- La prima, sul tema del monitoraggio delle diseguaglianze nella salute, proponeva: di sviluppare nuove possibilità di analisi delle differenze su base geografica, attraverso l'acquisizione della sezione di censimento sui sistemi informativi sanitari per le esigenze di studio di tipo locale; di sviluppare modelli di studio su base individuale, via record-linkage tra dati amministrativi o per rilevazione diretta, di tipo longitudinale a livello locale e di tipo trasversale a livello Regionale; di utilizzare



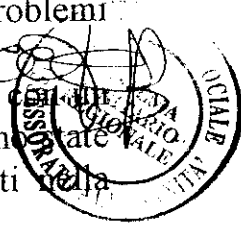
indicatori sociali di tipo semplice e modelli di analisi non complessi atti a garantire trasparenza alla comunicazione su questi temi.

- Il secondo tipo di raccomandazioni riguarda la ricerca delle spiegazioni delle diseguaglianze nella salute, con particolare riguardo per lo studio dell'importanza delle diseguaglianze nelle diverse fasi della vita e della storia clinica di un problema di salute, e per un ruolo attivo di "advocacy" dell'epidemiologia su questo tema nei confronti dei medici e delle direzioni dei servizi.
- Il terzo tipo di raccomandazioni riguarda le politiche di contrasto delle diseguaglianze nella salute, in particolare: l'inclusione di una misura di diseguaglianza nei meccanismi di ripartizione del fondo sanitario; una armonizzazione degli obiettivi di efficienza dell'organizzazione e di soddisfazione professionale degli operatori con gli obiettivi di equità; una correzione di tutti i potenziali di iniquità che si nascondono dietro l'introduzione di nuove tecnologie, i meccanismi di compartecipazione alla spesa, la molteplicità dei rapporti di lavoro tra pubblico e privato; la copertura sociale e sanitaria alle aree di emarginazione, con particolare riferimento all'immigrazione e all'handicap.
- L'ultima raccomandazione riguarda la formazione degli operatori e l'educazione dei cittadini, dove si auspica un nuovo modello epistemologico, capace di riconoscere le diseguaglianze, proporsi una ricerca partecipata per il cambiamento, utilizzando metodi attivi di formazione e di comunicazione, in un contesto di cambiamento delle condizioni sociali ed ambientali.

Riteniamo utile in questo contesto riportare anche il contenuto della politica a cavallo tra il settore sanitario e quello sociale relativamente agli stranieri immigrati in quanto ne rifaremo, con il progetto, una attenta analisi per gli eventuali necessari aggiornamenti.

Nel 1998 è stata approvata una strategia nazionale per le politiche sull'immigrazione, fondata su principi di equità nell'accesso ai servizi, di protezione e valorizzazione delle differenze, di inclusione di questi gruppi nelle politiche per i poveri, dall'educazione alla formazione professionale, alla casa alla assistenza sanitaria (D.L. 25/07/1998). Sulla base di questi principi il regolamento nazionale sugli stranieri immigrati del 1999 (D.P.R. 31/08/1999 n. 394) per la parte dell'assistenza sanitaria ha disciplinato per gli stranieri regolari procedure di registrazione nel servizio sanitario nazionale e, per la prima volta in un paese europeo, ha introdotto per gli stranieri irregolari meccanismi di accesso all'assistenza sanitaria urgente ed essenziale per malattie, incidenti e maternità (con possibilità di continuità delle cure) e alla medicina preventiva, gratuita per i poveri (su reddito autocertificato) e senza notificazione dell'identità alla polizia. Uno specifico progetto obiettivo del governo (al quale il progetto sperimentale intende collegarsi) sta elaborando raccomandazioni specifiche per particolari problemi di salute di queste popolazioni, come le madri, i bambini e i lavoratori a maggior rischio, e per problemi di qualità dell'assistenza in un contesto multiculturale.

Complessivamente la storia delle politiche per le disuguaglianze si chiude con un bilancio non negativo. In relativamente pochi anni, meno di un decennio, sono state elaborate le prime evidenze scientifiche che hanno giustificato investimenti



ricerca e che si sono trasformate nell'avvio di processi politici significativi. Le principali ombre sono che questi processi non sono ancora consolidati e non possono ancora esibire risultati documentabili, né di processo né di impatto. Inoltre la diffusione dell'informazione e della percezione dell'importanza e risolvibilità delle diseguaglianze nella salute è rimasta elitaria e, probabilmente, di parte; in momenti di trasformazione degli equilibri politici del paese questo fatto potrebbe compromettere il successo di questi processi che, a nostro avviso, dovrebbero essere avulsi da ogni "ragionamento politico-partitico". Anche dal punto di vista delle capacità di ricerca e di monitoraggio i risultati conseguiti non possono ritenersi ancora adeguati per fondare uno sviluppo significativo della ricerca in campo eziologico e valutativo: ci siamo impegnati ad apportare il nostro modesto contributo. In questo caso le ragioni principali di ritardo riguardano:

- Lo scollamento tra la ricerca medica-epidemiologica, quella sociale e statistico-demografica e quella economica;
- La povertà di fonti informative di utilizzo comune (soprattutto studi longitudinali) che stimolino iniziative integrate di ricerca scientifica;
- La scarsa integrazione tra le fonti di finanziamento della ricerca nei diversi campi.

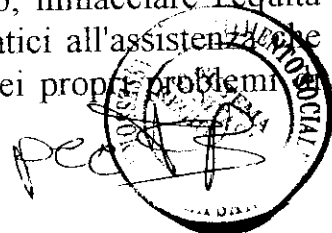
LO STUDIO SUI LIVELLI EQUIVALENTI DI ASSISTENZA (LEA)

Alla luce di queste argomentazioni, vediamo anche quale impatto si potrebbe avere sull'equità nella salute, **determinabile dallo studio** approfondito che ci si è proposti di fare con il nostro progetto, dei livelli uniformi ed equivalenti di assistenza (LEA).

Un primo effetto atteso deriva dalle differenze nel grado di incertezza percepita dalle persone circa la nuova disponibilità di assistenza sanitaria.

Poiché l'incertezza genera insicurezza la quale a sua volta è uno dei fattori psicosociali all'origine delle disuguaglianze nella salute, se i LEA sono percepiti come una riduzione dell'assistenza disponibile da parte dei meno avvantaggiati rispetto a quanto possono avere i più avvantaggiati attraverso sia l'assistenza integrativa sia il pagamento diretto, allora i LEA sono una minaccia che può contribuire alle diseguaglianze nella salute. Sullo stesso piano si gioca l'argomento dello stigma quale risultato del condizionamento del LEA nelle proprie libertà di scelta a causa del proprio status; anche in questo caso un fattore di rischio psico-sociale si aggiunge a coloro che già sono in svantaggio nel profilo di salute. La contromossa di efficacia che occorre prevedere è un marketing sociale piuttosto aggressivo che nella presentazione dei LEA tenda a promuovere l'argomento dell'efficacia contro quello del razionamento.

Sul piano diretto i LEA non dovrebbero, in linea di principio, minacciare l'equità negli esiti di salute, purché non aumentino gli ostacoli burocratici all'assistenza che già oggi fanno da barriera ad una presentazione tempestiva dei propri problemi.



salute da parte delle classi meno istruite e più svantaggiate. In questo caso, forse, ed a nostro avviso, non si è ancora compreso a fondo che cosa significhi il sovraconsumo di assistenza generica e il sottoconsumo di assistenza specialistica (con qualche indizio di sovraconsumo di prestazioni inappropriate) da parte dei più deboli. E' possibile che un sovraconsumo specialistico non mirato costituisca comunque un fattore protettivo per la salute per i più ricchi (come sembrerebbe ad una lettura superficiale). In tal caso la restrizione dei LEA non potrebbe contribuire a scoraggiare i più deboli a prendersi cura della propria salute? Si tratta di un quesito ancora aperto per la ricerca qualitativa sulle ragioni delle diseguaglianze nell'accesso alle cure, al quale intendiamo dare risposta concreta.

Un argomento positivo potrebbe essere quello che introduce la sovrarequisita tra le variabili operative che definiscono il LEA. In questo caso la discriminazione potrebbe essere giustificata da considerazioni di efficienza, dato che un LEA è più efficiente se agisce su fasce di popolazione dove massima è la potenzialità di risultato.

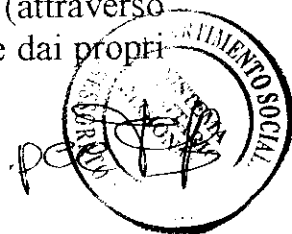
LA SCELTA DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

Il decreto legislativo n. 502/1992 introduce, per la prima volta in un documento di legge, il concetto di "Qualità delle prestazioni" e dunque esplicita in maniera inequivocabile un'esigenza del sistema sanitario nazionale ormai divenuta irrinunciabile.

I mutamenti sociali, economici e culturali susseguitisi nel nostro Paese negli ultimi 20 anni hanno generato nuove esigenze e soprattutto spostato verso l'alto i livelli di aspettativa dei cittadini nei confronti di tutto ciò che ha a che fare con la salute. Prova ne sia anche l'attenzione quotidiana dei principali organi di informazione sul problema "Sanità".

Fino a poco prima della introduzione del termine di Qualità in un testo di legge questo, come concetto non scritto, era affidato, nel campo sanitario, alla bravura ed al buon senso degli operatori del settore che, a seconda della propria sensibilità e del "modus operandi", lo esplicitavano quotidianamente attraverso le proprie azioni e senza un riferimento a standard comparativi.

In tale sistema il paziente, o come giustamente viene definito oggi, "cittadino-utente", anch'egli privo di riferimenti precisi se non derivanti dalla propria personale esperienza, ne subiva tutte le eventuali conseguenze senza essere consapevole di ciò che gli stava accadendo. Con l'avvento dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 nonché di tutti gli atti legislativi di riforma del SSN il governo centrale, ha inteso affermare il semplice concetto, fondamentale in Sanità, di dover procedere ad erogare prestazioni e servizi badando alle modalità di erogazione degli stessi (attraverso l'analisi dei processi produttivi) ed ai risultati raggiunti, al fine di imparare dai propri eventuali errori a porre in essere tecniche e procedure idonee ad evitarli.

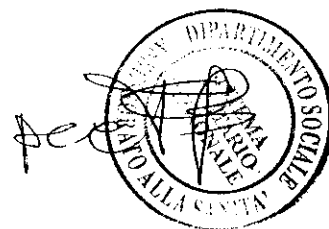


In effetti sono stati necessari dieci anni di "informazione culturale" da parte di organi di informazione e formazione al fine di affermare, quantomeno concettualmente, che il termine "Qualità" esprimeva in Sanità una "condizione sine qua non" principalmente per la tutela del cittadino-utente. E proprio la centralità del fruitore di servizi sanitari ha rappresentato l'elemento catalizzatore dell'attenzione degli operatori del settore. Il Sistema Qualità è anche visto, da chi opera in Sanità, come strumento necessario per il cambiamento del sistema di organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private. Se ben introdotto, infatti, permette di rivedere e riorganizzare i propri servizi in un'ottica di razionalizzazione utilizzando così le risorse disponibili al fine di ottimizzare i risultati. Il che, in termini economici, vuol dire spendere in maniera appropriata il proprio denaro ricavandone benefici in termini di produttività ed efficienza ai vari casi patologici ricavandone benefici assoluti di efficacia delle prestazioni.

In definitiva, l'introduzione di un sistema di qualità all'interno di una struttura sanitaria ha significato introdurre il concetto della rivisitazione delle procedure attraverso cui i servizi vengono prodotti ed erogati.

Solo attraverso l'analisi delle azioni quotidiane di ogni singolo operatore (così come programmato nel nostro progetto), sia esso medico, infermiere, impiegato, ecc., sarà possibile verificare la corretta esecuzione, organizzazione e cronologia delle operazioni al fine di disegnare una traccia unica da seguire per ogni singola procedura che porti dall'accoglimento del bisogno alla erogazione della prestazione (appropriata) conseguente.

Tali interventi, tuttavia, non sono volti a cambiare le prassi tecnico-mediche per le quali esistono protocolli diagnostico-terapeutici redatti dalle società scientifiche internazionali, ma soltanto ad inquadrare un "modus operandi" definito dal punto di vista organizzativo che assorba il giusto numero di risorse e le impieghi al meglio affinché il cittadino-utente, destinatario ottenga l'assistenza più idonea alla sua richiesta (efficacia) nella maniera più rapida e corretta possibile e con il minor dispendio di risorse (efficienza). E' chiaro quindi, che l'introduzione di tali concetti ha avuto negli anni un'attenzione sempre crescente sia perché questi rappresentavano veri e propri "attrezzi" con i quali scardinare le routinarie modalità operative del settore sanitario, sia perché, sempre più spesso il termine "qualità" è accompagnato dal termine "accreditamento". Queste terminologie abbinate rappresentano, all'interno del decreto legislativo 502/1992, la "garanzia delle qualità del servizio" reso al cittadino. Tale garanzia o assicurazione di qualità, non esprime il concetto che non possano verificarsi errori all'interno di strutture accreditate che abbiano introdotto un sistema di qualità, tuttavia si ha l'assicurazione che quella struttura opera secondo regole di comportamento condivise ed utilizza una buona pratica che minimizza i rischi derivanti dalla conduzione di una struttura complessa come può essere un ospedale.



**SCHEMA DI STATUTO
DELLA SOCIETA' MISTA**

**AZIENDA USL ROMA F
REGIONE LAZIO**

**STATUTO DELLA SOCIETA' DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE AI
SENSI DELL'ARTICOLO 9 BIS DEL D.LGS. 502/1992 e s.m.**

**PARTE I
DENOMINAZIONE SEDE DURATA OGGETTO**

Articolo 1

Denominazione

E' costituita, ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis del D.lgs. 502/1992 e s.m. e come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001, una Società per Azioni con partecipazione maggioritaria dell'Azienda Sanitaria RMF denominata : ".....S.p.A."

Articolo 2

Sede

La Società ha sede legale in CIVITAVECCHIA (RM) alla Via

Nel rispetto delle norme di legge e del presente statuto potranno essere istituite e parimenti soppresse, in altre località nazionali ed all'estero:

- con deliberazioni assembleari straordinarie, sedi secondarie;
- con deliberazioni assembleari ordinarie, filiali, succursali, agenzie, uffici locali ed uffici di rappresentanza.

Articolo 3

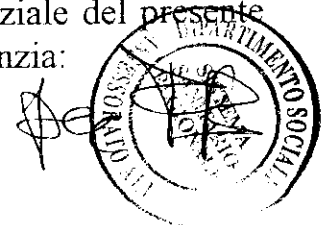
Durata

La durata della società è stabilita dalla data della sua legale costituzione sino a tutto il 31 dicembre 2053 ma potrà essere sciolta o trasformata anticipatamente rispetto alla scadenza nei casi e con le modalità previste espressamente dal programma di sperimentazione gestionale di cui al successivo articolo 4 ovvero prorogata con deliberazione dell'assemblea straordinaria degli azionisti.

Articolo 4

Finalità ed oggetto della società

La società ha per oggetto, attraverso il coinvolgimento diretto dei soci selezionati, l'attuazione di un programma di sperimentazione gestionale di servizi sanitari, adottato dalla Regionale Lazio e facente parte integrante e sostanziale del presente statuto, contenente in particolare i seguenti elementi e criteri di garanzia:



- disciplina delle forme di risoluzione del rapporto contrattuale con i privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- definizione dei compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;
- individuazione delle forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione delle convenzioni di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione;
- privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

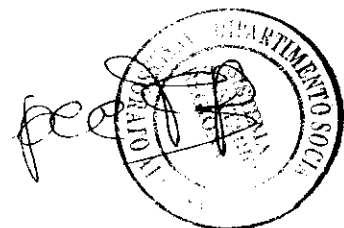
In via esemplificativa e non tassativa la società gestirà i seguenti servizi.....

Per il conseguimento delle sopra indicate finalità la società potrà compiere anche le seguenti attività:

- acquisizione di beni immobili e di beni strumentali necessari alla realizzazione delle strutture e alla gestione dei servizi;
- redazione di studi preliminari e di fattibilità, strumenti attuativi, indagini tecniche, progettazioni preliminari, definitive ed esecutive;
- realizzazione delle opere mediante esecuzione dei lavori in forma diretta o in affidamento;
- manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti oggetto dell'intervento.

La società, direttamente o indirettamente, potrà inoltre:

- eseguire ogni altra operazione attinente o connessa all'oggetto sociale, nessuna esclusa;
- compiere tutte le operazioni commerciali, industriali, finanziarie, mobiliari ed immobiliari ritenute necessarie ed utili per il conseguimento dell'oggetto sociale;
- assumere interessenze, quote o partecipazioni anche azionarie in società di capitali, imprese, consorzi ed enti anche di tipo associativo aventi scopi affini, analoghi, complementari o strumentali al proprio;
- ricorrere al prestito, al credito industriale, a finanziamenti per opere pubbliche, a finanziamenti europei, contrarre mutui, richiedere fidi, scontare e sottoscrivere effetti sia con Istituti Pubblici che Privati, concedere e ricevere fidejussioni e ipoteche di ogni ordine e grado, sviluppare ipotesi di project financing;
- raccogliere, ai fini del conseguimento degli scopi sociali, conferimenti di denaro o prestiti dai soci, esclusivamente nei limiti consentiti dalla delibera del 3 marzo 1994 del Comitato Interministeriale per il Credito ed il Risparmio e/o da eventuali future norme che verranno emanate in materia;



- essere soggetto destinatario di fondi provenienti da soggetti pubblici o privati che hanno interesse al raggiungimento del fine sociale;

La società potrà altresì costituire enti, società, consorzi ed associazioni, sotto qualsiasi forma e gestire altri servizi sanitari o socio sanitari tenendo separate contabilità rispetto al progetto di sperimentazione gestionale.

PARTE II

CAPITALE SOCIALE AZIONI OBBLIGAZIONI

Articolo 5

Capitale sociale

Il capitale sociale iniziale è di Euro 100.000,00 (centomila) ed è diviso in n° 100.000,00 (centomila) azioni da nominali Euro 1 (uno) ciascuna, aventi tutte parità di diritti.

Una quota di capitale sociale pari a minimo il 51% deve essere sempre detenuta dall'Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA F.

I conferimenti possono essere in numerario ovvero, previa perizia, in beni immobili o in beni mobili.

Gli eventuali versamenti effettuati dai soci ed eseguiti in conto futuri aumenti di capitale, sono infruttiferi e non comportano obblighi di restituzione per la società, salvo apposita deliberazione assembleare.

Su delibera dei soci, costoro, per necessità gestionali, potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale:

- ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale;
- quanto versato sarà comunque infruttifero salvo che il Consiglio di amministrazione, sentito il collegio sindacale, non deliberi il riconoscimento di un interesse a un tasso da stabilire.

Articolo 6

Variazioni del capitale sociale

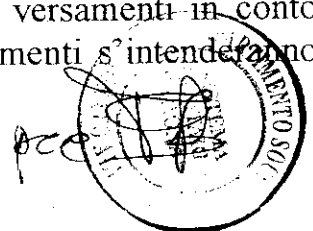
Il capitale sociale può essere aumentato o diminuito con deliberazione dell'Assemblea straordinaria e alle condizioni e nei termini da questa stabiliti, nel rispetto delle disposizioni del c.c. in materia e senza diminuire la percentuale maggioritaria spettante alla Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA F.

In caso di aumento del capitale sociale verrà riservato, salvo diversa deliberazione assembleare, il diritto di opzione agli azionisti.

Articolo 7

Finanziamento dei soci

Nel caso in cui, per qualsiasi motivo, si rendessero necessari versamenti in conto capitale e tutti i soci fossero disponibili a eseguirli, tali versamenti s'intenderanno



proporzionali alle quote di partecipazione al capitale sociale, salvo e unanime altra pattuizione.

La società ha facoltà di emettere ogni titolo o valore mobiliare previsto dalla legge. Su delibera dei soci, costoro potranno finanziare la società senza che ciò comporti aumento di capitale sociale. Ciò potrà avvenire anche in proporzione diversa alle quote di partecipazione dei soci al capitale sociale.

Articolo 8

Azioni

Le azioni sono obbligatoriamente nominative ed indivisibili e conferiscono ai loro possessori uguali diritti.

Ai soli fini della nomina del consiglio di amministrazione di cui all'articolo 20 del presente statuto le azioni sono nominalmente divise in due categorie: categoria "A" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti pubblici e categoria "B" alla quale appartengono le azioni possedute dai soggetti privati.

Le azioni sono indivisibili e ognuna di esse dà diritto ad un voto, in occasione delle assemblee.

In sede di aumento di capitale sociale gli azionisti hanno diritto di opzione nella sottoscrizione di azioni di nuova emissione, proporzionalmente al possesso azionario rilevabile dall'iscrizione nel libro soci alla data di deliberazione dell'aumento di capitale sociale. Il termine per l'esercizio del diritto di opzione di all'articolo 2441 del C.C. è fissato in mesi sei.

Le eventuali azioni aventi diritti diversi da quelle già emesse godono dei diritti per esse espressamente previsti nell'atto che ne disciplina l'emissione.

I certificati azionari, se emessi, portano le firme di due amministratori, oppure quelle di un amministratore e di un procuratore speciale all'uopo delegato dal consiglio di amministrazione.

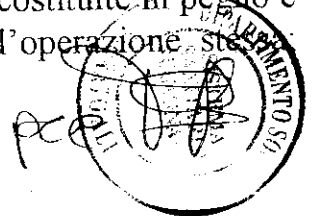
I versamenti sulle azioni sono richiesti dal consiglio di amministrazione, in una o più volte, nei termini e nei modi che lo stesso reputi convenienti.

A carico dei soci in ritardo nei pagamenti decorrerà l'interesse nella misura che, di volta in volta, verrà fissata dal Consiglio di amministrazione, salvo il diritto degli amministratori di avvalersi delle facoltà loro concesse dall'articolo 2344 del codice civile.

In conformità dell'articolo 2441 del codice civile, la società potrà aumentare il proprio capitale riservando parte delle azioni di nuova emissione ai propri dipendenti e ai propri utenti.

La società potrà, altresì, aumentare il proprio capitale per destinarne parte all'azionariato diffuso.

Il socio che intende costituire in pegno, in tutto o in parte, le proprie azioni dovrà darne comunicazione scritta agli altri soci, indicando le condizioni dell'operazione di finanziamento in relazione alla quale le azioni dovrebbero essere costituite in pegno e gli altri soci avranno diritto di prelazione nell'esecuzione dell'operazione stessa.



diritto da esercitarsi dandone comunicazione scritta entro 15 giorni dal ricevimento dell'offerta.

In caso di esercizio di prelazione esercitato da un socio resta convenuto che il diritto di voto continuerà a spettare al socio debitore che ha costituito le azioni in pegno.

Ove gli altri soci non si avvalgano del diritto di prelazione di cui sopra, il socio interessato potrà, entro un mese dalla spedizione della lettera di offerta compiere l'operazione, ma ciò:

- solamente con primaria banca o assicurazione;
- ed a condizione che la banca o assicurazione riconoscano di aver accertato la preliminare osservanza della clausola di prelazione contenuta nel presente articolo e che nell'atto di costituzione di pegno, da produrre alla società, sia stato convenuto che il diritto di voto spetti al socio debitore.

La qualità di azionista comporta di per sé sola, piena ed assoluta adesione all'atto costitutivo della società ed al presente statuto.

Articolo 9

Prelazione

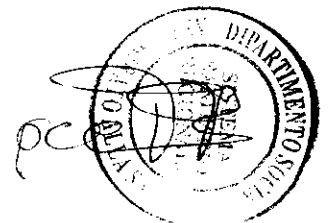
Qualora un socio intenda trasferire in tutto o in parte le proprie azioni, ovvero i diritti di opzione su nuove azioni emesse in caso di aumento di capitale, dovrà previamente, con raccomandata R.R. da inviare al consiglio di amministrazione, offrirle in acquisto agli altri soci, specificando il nome del terzo e dei terzi disposti all'acquisto e le condizioni di vendita. Il consiglio di amministrazione entro 10 giorni dal ricevimento della proposta di vendita provvederà a darne comunicazione a tutti i soci.

I soci che intendono esercitare il diritto di prelazione debbono, entro 20 giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al comma precedente, darne comunicazione a mezzo di lettera raccomandata R.R. indirizzata al consiglio di amministrazione, nella quale dovrà essere manifestata l'incondizionata volontà di acquistare le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita. Il consiglio di amministrazione provvederà a dare comunicazione all'offerente ed a tutti i soci a mezzo raccomandata R.R. delle proposte di acquisto pervenute entro 10 giorni dal ricevimento.

Nel caso in cui l'offerta venga accettata da più soci, le azioni o i diritti di opzione offerti in vendita verranno attribuiti ad essi in proporzione alla rispettiva partecipazione al capitale della società.

Qualora, in seguito ad alienazione, venisse raggiunta la quota minima pubblica di possesso azionario, di cui all'articolo 5, le successive alienazioni di azioni e di diritti di opzione da parte di enti pubblici potranno essere disposte esclusivamente in favore di altri enti pubblici locali soci e non soci.

Nel caso in cui nessuno dei soci eserciti il diritto di prelazione, le azioni ed i relativi diritti di opzione possono essere offerti anche a terzi nel rispetto di quanto disposto dal successivo articolo.



Articolo 10

Trasferimento delle azioni

Il trasferimento volontario delle azioni non può avvenire prima del quinto anno successivo alla data di costituzione della società.

Il trasferimento delle azioni e dei diritti di opzione è comunque subordinato all'attuazione del programma di sperimentazione di cui al precedente articolo 4 e al preventivo gradimento del Consiglio di amministrazione, espresso con la maggioranza qualificata di cui all'articolo 24 del presente statuto, anche per quanto concerne la qualifica del cessionario.

E' libero sia da prelazione che da gradimento il trasferimento di azioni mortis causa.

Il rifiuto deve essere motivato. Comunque il gradimento dovrà essere negato in presenza delle seguenti circostanze:

- nel caso che l'acquirente persona fisica abbia subito condanne, anche non definitive, per reati dolosi;
- nel caso che la parte acquirente abbia subito protesti cambiari o per assegni a vuoto;
- nel caso che, con l'alienazione delle azioni messe in vendita, la partecipazione complessiva del capitale sociale dell'Azienda RMF scenda al di sotto del limite del 51%;
- nel caso in cui l'acquirente non sia in possesso dei requisiti richiesti dal disciplinare di gara, approvato con deliberazione del n. __/__/ del __/__/2003 della Regione Lazio, per la scelta degli azionisti privati con procedure di evidenza pubblica.

A tal fine il socio alienante deve comunicare al Consiglio di amministrazione le generalità del cessionario, ed ogni altra indicazione eventualmente richiesta, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Consiglio di amministrazione deve comunicare al socio la propria decisione entro il termine di 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della raccomandata di cui al precedente comma, trascorso tale termine senza che l'organo amministrativo si sia pronunciato il consenso si presume prestato.

In particolare la società, qualora non voglia o non possa acquistare essa stessa, ai sensi dell'articolo n. 2357 C.C., le azioni od i diritti di opzione che si vogliono trasferire, può indicare al socio alienante un acquirente ad esso gradito.

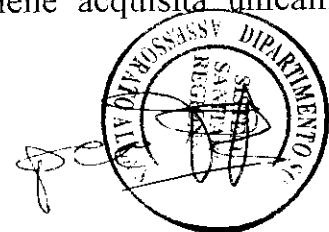
Articolo 11

Certificati azionari

La società non ha l'obbligo di emettere i titoli azionari se non a richiesta del socio interessato.

Essa potrà emettere certificati provvisori firmati da almeno due amministratori, fra i quali il presidente o l'amministratore delegato.

La qualifica di azionista, nei rapporti con la società viene acquisita unicamente attraverso l'iscrizione nell'apposito albo/libro dei soci.



Articolo 12

Obbligazioni

La società potrà emettere obbligazioni ordinarie nei limiti e con le modalità previste dall'articolo n. 2410 del Codice Civile e dalle altre disposizioni vigenti in materia.

Articolo 13

Contributi

La società potrà ricevere contributi di ogni tipo per il conseguimento dello scopo sociale da chiunque.

PARTE III

ORGANI

Articolo 14

Organi della società

Sono organi della società:

- l'Assemblea degli azionisti;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Collegio Sindacale.

Articolo 15

Assemblea

L'assemblea rappresenta l'universalità dei soci e le sue deliberazioni, assunte in conformità della legge e dello statuto, obbligano tutti i soci, ancorché assenti o dissenzienti, ed i loro aventi causa, salvo il disposto dell'art. 2437 cc.

L'assemblea è ordinaria e straordinaria ai sensi di legge.

L'assemblea ordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2364 del c.c. e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

L'assemblea straordinaria delibera sulle materie indicate dall'articolo 2365 e su quanto previsto dal presente statuto e suoi allegati.

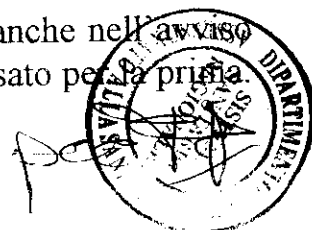
Articolo 16

Convocazione delle assemblee

L'assemblea, che può essere ordinaria e straordinaria, è convocata dal Presidente del consiglio di amministrazione, anche fuori dalla sede sociale, purché in Italia, osservate le disposizioni dell'articolo 2366 del c.c..

In occasione di ogni convocazione, il Presidente provvederà altresì ad inviare ai soci almeno quindici giorni liberi prima di quello fissato per l'adunanza, avviso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente il giorno, l'ora, il luogo della riunione in prima ed in seconda convocazione e gli argomenti posti all'ordine del giorno.

La seconda convocazione dell'assemblea che può essere contenuta anche nell'avviso di prima convocazione, non può essere tenuta nello stesso giorno fissato per la prima



L'assemblea è altresì validamente costituita quando sia presente l'intero capitale sociale, il consiglio di amministrazione e tutti i sindaci effettivi; in seconda convocazione invece, l'assemblea è validamente costituita, ai sensi dell'articolo 2369 del c.c., e qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

Articolo 17

Partecipazione all'assemblea

Hanno diritto ad intervenire e votare nell'assemblea i soci regolarmente iscritti nel libro soci almeno cinque giorni prima dell'adunanza, anche se non regolarmente convocati.

Ogni socio può farsi rappresentare, a mezzo di delega scritta, da altro socio o da persona non socio, con osservanza del disposto e dei limiti dell'articolo 2372 del c.c.. All'assemblea può altresì partecipare, qualora la società a norma del precedente articolo abbia emesso obbligazioni, il rappresentante comune degli obbligazionisti.

Articolo 18

Funzionamento dell'assemblea

L'assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione, in caso di impedimento, se nominato, dal Vice Presidente ed in assenza di quest'ultimo da persona designata dall'assemblea stessa, che nominerà altresì un segretario, anche non socio, salvo che tale ufficio sia assunto da un notaio ai sensi di legge. In caso di assemblea straordinaria il verbale dell'assemblea dovrà essere redatto da un notaio.

Spetta al Presidente constatare la validità dell'assemblea, la regolarità delle deleghe, il diritto degli intervenuti di partecipare all'assemblea e di regolarne l'andamento dei lavori e delle votazioni sottoscrivendo, per ciascuna seduta, il relativo verbale unitamente al segretario, che ne cura la trascrizione sull'apposito libro dei verbali delle assemblee.

Ogni socio ha diritto di esprimere nelle assemblee un voto per ogni azione posseduta.

Articolo 19

Assemblea ordinaria e straordinaria

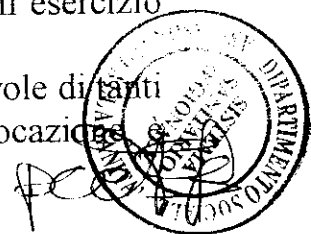
L'assemblea ordinaria, in prima convocazione, è validamente costituita con la presenza di tanti soci che rappresentino in proprio o per delega, almeno il 51% del capitale sociale. In seconda convocazione l'assemblea ordinaria è regolarmente costituita qualunque sia la parte di capitale rappresentata dai soci intervenuti.

L'assemblea ordinaria delibera sugli oggetti indicati nel 1° comma dell'articolo 2364 c.c. e su ogni altro oggetto previsto dal presente statuto.

L'assemblea ordinaria delibera sulle indennità di carica spettanti ai componenti del Consiglio di amministrazione ed al suo Presidente.

E' convocata almeno una volta l'anno entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio attesa la specificità dell'oggetto sociale svolto.

L'assemblea straordinaria delibera in prima convocazione col voto favorevole di tanti soci che rappresentino almeno i 2/3 del capitale sociale. In seconda convocazione



validamente costituita se può deliberare col voto favorevole di tanti soci che rappresentino, in proprio o per delega, il 51% del capitale sociale, fatte salve le disposizioni di legge inderogabili.

Articolo 20

Consiglio di amministrazione

La società è amministrata da un Consiglio di amministrazione formato da 5 membri, anche non soci.

I componenti del Consiglio di amministrazione vengono nominati nel seguente modo:

- n. 3, dai titolari di azioni di categoria "A", ai sensi dell'articolo 2458 del c.c.;
- n. 2, dai titolari di azioni di categoria "B";

La modalità di svolgimento delle nomine è determinata dal Presidente del Consiglio di amministrazione e comunicata all'assemblea prima dell'inizio delle operazioni.

Gli amministratori nominati ai sensi dell'articolo 2458 C.C. possono essere revocati solo dalla categoria di azioni che li ha nominati.

Il Consiglio di amministrazione dura in carica per 3 anni. I componenti sono rieleggibili.

Il Consiglio di amministrazione nomina, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria "A" di azioni, il suo Presidente.

Il Consiglio di amministrazione dovrà delegare ai sensi e nei limiti dell'art. 2381 c.c. parte dei suoi poteri ad un Amministratore delegato, scegliendolo tra i componenti nominati dalla categoria "B" di azioni, determinandone la remunerazione e sentito il collegio sindacale, ai sensi dell'art. 2389 c.c..

Il Consiglio di amministrazione dovrà nominare un coordinatore sanitario, con le modalità previste nel successivo articolo 22.

Nel periodo di intercorrenza tra la data di decadenza e quella di accettazione della carica da parte degli amministratori di nuova elezione, il Consiglio continua ad esercitare tutti i poteri previsti dalla legge e dal presente statuto senza limitazione alcuna.

Ai componenti del Consiglio di amministrazione spetta il rimborso delle spese sostenute per l'espletamento del proprio incarico, fermo restando la competenza dell'Assemblea ordinaria per la determinazione di cui al n. 3 dell'articolo 2364 del codice civile.

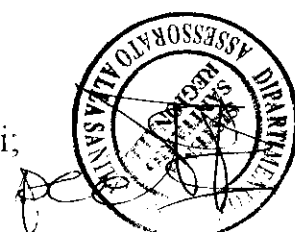
Gli amministratori comunque nominati non sono tenuti a presentare cauzione.

Articolo 21

Amministratore delegato

Il Consiglio di amministrazione potrà delegare all'Amministratore delegato le seguenti attribuzioni:

- dirigere l'attività tecnica e amministrativa della società;
- dirigere il personale dipendente;
- proporre i budget settoriali e gli organigrammi aziendali;
- provvedere alla formalizzazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti;



- adottare i provvedimenti per assicurare e migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dei servizi della società ed il loro organico sviluppo;
- provvedere nei limiti e con le modalità stabilite in un apposito regolamento alla esecuzione dei lavori ed alla acquisizione dei servizi e forniture indispensabili per il funzionamento della società;
- ogni altra attribuzione che il consiglio riterrà di delegare.

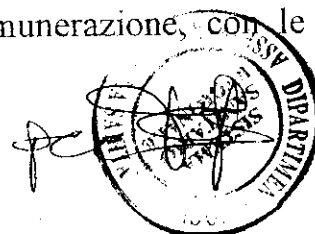
Non possono essere delegate le attribuzioni indicate negli articoli 2423.2442.2447 del codice civile.

Articolo 22

Poteri del consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è investito dei più ampi poteri di gestione ordinaria e straordinaria e gli sono riconosciute tutte le facoltà per il raggiungimento degli scopi sociali che non siano dalla legge e dallo statuto riservati all'assemblea dei soci e potrà quindi in via esemplificativa:

- procedere ad acquisti, permuta ed alienazioni mobiliari ed immobiliari, di assumere obbligazioni anche cambiarie e mutui ipotecari, di partecipare ad altre aziende o società costituite o costituende, anche sotto forma di conferimento, di fare qualsiasi operazione presso gli istituti di credito;
- decidere di assumere e licenziare personale;
- decidere di acquistare e vendere merci e beni mobili in genere anche registrati;
- procedere a revisioni e liquidazioni di conti;
- decidere di esigere somme o garanzie fideiussorie o simili e quant'altro comunque dovuto e da chiunque dovuto a da chiunque alla società e per qualsiasi titolo;
- decidere di compiere qualunque operazione bancaria, e così chiedere ed ottenere finanziamenti, aperture di credito e fini di conto corrente, perfezionando tutte le formalità relative; aprire e chiudere conti; depositare e ritirare somme, titoli e valori; emettere assegni sui conti correnti della società presso qualsiasi banca od istituto di credito, fino a concorrenza dei fidi accordati alla società stessa, compiere ogni atto od operazione presso la Cassa Depositi e Prestiti ove consentito dalla speciale normativa;
- deliberare la sottoscrizione di contratti di ogni tipo, necessari all'attività;
- decidere di nominare avvocati e procuratori alle liti in ogni sede e grado di giurisdizione;
- decidere di nominare un comitato esecutivo, consiglieri delegati e procuratori determinandone i poteri;
- decidere di nominare un Coordinatore Sanitario, scegliendolo tra i consiglieri nominati dalla categoria di azioni di tipo "B", ovvero, qualora si rendesse necessario per particolari compiti da assegnare, scegliendolo tra una rosa di tre nomi esterni, indicati dai consiglieri aventi diritto alla nomina - cioè quelli eletti dalle azioni di tipo "B" -, definendone poteri, compiti, attribuzioni, periodo e remunerazione, con le responsabilità di cui all'art. 2396 c.c..



Inoltre resta al Consiglio di amministrazione la competenza a decidere su atti che prevedano l'assunzione di nuove attività o servizi connessi a quelli oggetto della società.

Rientrano nella competenza collegiale del Consiglio, e quindi non sono delegabili ai singoli amministratori, oltre alle attribuzioni previste dalla legge come non delegabili, l'approvazione dei piani di investimento connessi ai contratti stipulati con gli enti pubblici per la gestione dei servizi pubblici sanitari.

Articolo 23

Convocazione del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è convocato dal Presidente o in caso di suo impedimento, dalla persona che lo sostituisce nella sede della società o in altro luogo, purché in Italia, con lettera raccomandata spedita almeno tre giorni prima della data fissata per la riunione e, per il caso d'urgenza, con telegramma o altro mezzo purché idoneo, da recapitarsi almeno 24 ore prima.

La convocazione ha luogo di regola una volta ogni bimestre e quando il Presidente ne ravvisi l'opportunità nonché quando ne faccia richiesta scritta almeno metà più uno dei consiglieri in carica.

Il Consiglio si reputa validamente costituito, anche in assenza di formale convocazione, qualora siano presenti tutti i consiglieri ed i sindaci effettivi.

Articolo 24

Validità delle delibere del consiglio di amministrazione

Per la validità delle delibere del Consiglio di amministrazione è necessaria la presenza della maggioranza degli amministratori in carica.

Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei voti favorevoli dei presenti.

In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente o di chi ne fa le veci.

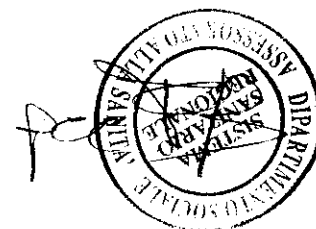
Per le deliberazioni che seguono sarà necessaria la maggioranza assoluta dei consiglieri in carica:

- trasferimento delle azioni;
- nomina dell'Amministratore delegato;
- nomina del Coordinatore Sanitario;
- esame e proposte all'assemblea di eventuali variazioni allo statuto.

Articolo 25

Deleghe

Il Consiglio può delegare parte delle proprie attribuzioni e dei propri poteri, compreso l'uso della firma sociale, ad uno o più dei suoi membri, con la qualifica di Consigliere delegato; potrà pure attribuire speciali incarichi e speciali funzioni d'ordine tecnico-amministrativo ad uno o più dei suoi membri, come pure potrà avvalersi della particolare loro consulenza.



In tal caso, l'assemblea potrà deliberare speciali compensi e particolari remunerazioni, sentito però in ogni caso il parere del collegio sindacale.

Articolo 26

Firma e rappresentanza sociale

Al Presidente del Consiglio di amministrazione ed in caso di assenza od impedimento, se nominato al vice presidente, spetta la rappresentanza legale, negoziale e giudiziale della società. All'uno ed all'altro potranno essere attribuite dal Consiglio di amministrazione particolari cariche, deleghe e funzioni.

Articolo 27

Presidente del Consiglio di Amministrazione

Il Presidente:

- ha la rappresentanza legale della società con firma libera per la esecuzione di tutte le deliberazioni del consiglio;
- può rilasciare anche a terzi procure speciali per atti o categorie di atti di ordinaria amministrazione predeterminati con deliberazione del consiglio di amministrazione;
- convoca l'assemblea, ne accerta la regolare costituzione e la presiede;
- sovrintende al regolare andamento della società;
- riferisce all'assemblea sull'andamento della gestione aziendale segnatamente in ordine alla realizzazione degli indirizzi programmatici stabiliti dall'assemblea stessa e, ove necessario, ne sollecita l'emanazione;
- promuove le iniziative volte ad assicurare una integrazione dell'attività aziendale con le realtà sociali, economiche e culturali della comunità locale;
- adotta, sotto la sua responsabilità, in caso di necessità ed urgenza insorti posteriormente all'ultima seduta, i provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione e li sottopone alla ratifica del consiglio stesso nella sua prima adunanza e, comunque, entro trenta giorni dalla assunzione.

In caso di assenza o di impedimento, il Presidente è sostituito dal Vicepresidente o dal consigliere anziano.

La firma del Vicepresidente o del consigliere anziano fa fede dell'assenza o dell'impedimento del Presidente.

Articolo 28

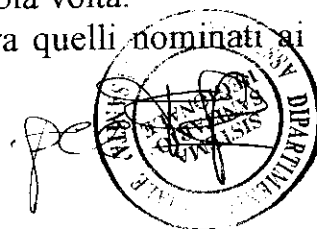
Collegio sindacale

Il Collegio sindacale è composto di tre membri effettivi e due supplenti, nominati non modo seguente:

- n. 2 effettivi e n. 1 supplente, dai titolari di azioni di categoria "A", ai sensi dell'articolo 2458 del c.c.;
- n. 1 effettivo e n. 2 supplenti, dai titolari di azioni di categoria "B";

I sindaci durano in carica un triennio e sono rieleggibili per una sola volta.

Il Collegio sindacale nomina tra i suoi membri, scegliendolo tra quelli nominati ai sensi dell'art. 2458, il Presidente.



I sindaci effettivi e supplenti dovranno essere scelti fra gli iscritti nel Registro dei Revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e giustizia.

L'assemblea determina il compenso spettante ai sindaci effettivi ed al Presidente del collegio sindacale.

PARTE IV BILANCIO ED UTILI

Articolo 29

Esercizio sociale

L'esercizio sociale ha inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Articolo 30

Bilancio

Il bilancio di esercizio, redatto secondo i criteri di cui all'articolo 2423 e seguenti del codice civile, costituito dal Conto economico dei profitti e delle perdite, dallo Stato patrimoniale, dalla Nota integrativa e da una relazione degli amministratori, sarà sottoposto all'approvazione dell'Assemblea ordinaria dei soci a cura del Consiglio di amministrazione nei termini di legge.

Il bilancio può essere certificato da società di revisione abilitata, prescelta dal consiglio di amministrazione.

Articolo 31

Utili

Gli utili netti di bilancio saranno ripartiti come segue:

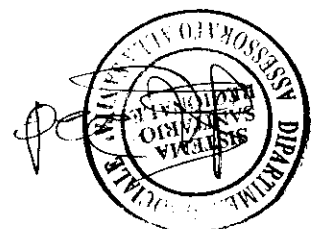
- il 5% al Fondo di riserva legale fino a che questa non abbia raggiunto il quinto del capitale sociale;
- il 5% ad un Fondo riserva statutario, destinato al miglioramento e allo sviluppo dell'azienda;
- il residuo verrà ripartito tra i soci in forma di dividendi in proporzione alle quote di capitale sociale possedute, salvo diversa deliberazione dell'Assemblea ordinaria, con il voto favorevole dei soci che rappresentino almeno i quattro quinti del capitale sociale.

Il pagamento dei dividendi è effettuato nei modi, luoghi e termini stabiliti dal consiglio di amministrazione.

I dividendi non riscossi entro il quinquennio dal giorno in cui divennero disponibili vanno prescritti a favore del Fondo di riserva statutario.

PARTE V DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 32



Scioglimento e liquidazione

Addivenendosi in qualunque tempo e per qualsiasi causa allo scioglimento della società l'assemblea straordinaria nominerà uno o più liquidatori, determinandone poteri e compensi e stabilendo le modalità di liquidazione

Articolo 33

Domicilio dei soci

Il domicilio dei soci, per quanto concerne i loro rapporti con la società, si intende eletto ad ogni effetto di legge presso quello che risulta dal libro dei soci.

Articolo 34

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra i soci, o fra la società, i soci, gli amministratori, i liquidatori, o fra soci, la società e gli eredi di un socio, in ordine all'esistenza, validità interpretazione ed osservanza del presente statuto e dell'atto costitutivo e ciò anche in sede di liquidazione, che non siano per norma imperativa deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al precedente punto 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento, saranno designati dal Presidente del Tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

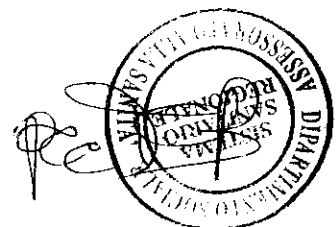
Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al Presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro 90 giorni dalla loro costituzione il collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il Comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.



Articolo 35

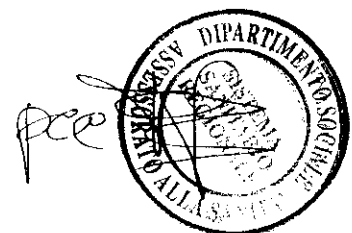
Rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente statuto si fa riferimento alle disposizioni in materia, contenute nel codice civile e nelle altre leggi in materia.

Articolo 36

Norme transitoria

Gli organi previsti dal presente statuto sono nominati per la prima volta in sede di costituzione della società senza formale convocazione di assemblea dei soci e comunicati sedutastante al notaio rogante.



**AZIENDA
UNITA' SANITARIA LOCALE RM F
REGIONE LAZIO
SCHEMA DI BANDO DI GARA**

1. DATI AMMINISTRAZIONE:

- a) **Nome:** ASL RMF REGIONE LAZIO
b) **indirizzo:** VIA
c) **telefono e fax:**
d) **e-mail:**
e) **responsabile del procedimento:**

2. FINALITA':

Selezione dei soci per la costituenda S.p.A. di sperimentazione gestionale finalizzata, attraverso il coinvolgimento diretto dei soci, alla gestione di una camera iperbarica ed altri servizi sanitari nonché di progettazione, realizzazione e manutenzione ordinaria dell'immobile destinato alle prestazioni, nel Comune di Civitavecchia, in zona di pertinenza dell'Autorità Portuale - (adiacente zona ASI), ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001;

I soci privati si dovranno far carico, a proprie spese e oneri:

- della progettazione e della realizzazione dell'immobile;
- della sua manutenzione ordinaria;
- della fornitura degli impianti (ad eccezione di quelli relativi alla camera iperbarica che dovrà essere delocalizzata dall'attuale sito) e delle attrezzature necessarie per la gestione dei servizi e della loro manutenzione;
- ogni altro onere relativo alla gestione e alla realizzazione del progetto.

Si veda in proposito la scheda "A" allegata.

Ai soci privati ammessi nella compagine sociale verranno affidati, a mente dell'articolo 4 dello statuto sociale, compiti funzioni e obblighi specifici.

3. CARATTERISTICHE ESSENZIALI DELLA COSTITUENDA SOCIETA':

- Capitale sociale iniziale: n. 100.000,00 azioni da Euro nominali 1 per un valore complessivo di Euro 100.000,00 (centomila/00);
- Quota capitale pubblico: minimo 51%, max 75%, di cui il 51% sempre di proprietà della AUSL RMF;
- Quota capitale privato: max 49%, min. 25%;
- Durata: fino al 2052;
- Regolamentazione in deroga alla normativa ordinaria per quanto riguarda la compagine sociale pubblico/privati ed i loro rapporti;

1. SERVIZI E LAVORI DA AFFIDARE ALLA SOCIETA':



- Gestione del progetto di sperimentazione gestionale;
- Pianificazione, progettazione e gestione di servizi di cui allo statuto sociale;
- Progettazione, realizzazione e manutenzione ordinaria dell'immobili cui si effettueranno le prestazioni nonché di tutti gli impianti (fatta eccezione per l'impianto iperbarico, che dovrà essere delocalizzato dall'attuale sito) e delle attrezzature;
- Ogni altro servizio ricompreso nello statuto o che si rendesse strumentale al raggiungimento dell'oggetto sociale;

In via esemplificativa:

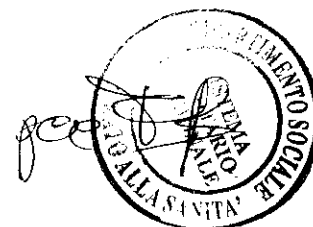
PATOLOGIE PREVALENTI, NUMERO TRATTAMENTI.
 AMBULATORI.
 DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.
 AREA CRITICA.
 AREA FORMAZIONE.

PATOLOGIA

EMBOLIA GASSOSA ARTERIOSA
 MALATTIA DA DECOMPRESSIONE
 INTOSSICAZIONE DA CO E DA SOSTANZE
 SOLFOMETAEMOGLOBINIZZANTI
 GANGRENA GASSOSA DA CLOSTRIDI
 INFEZIONE DA FLORA BATTERICA MISTA
 GANGRENA UMIDA DELLE ESTREMITA' IN DIABETICI
 SINDROME DA SCHIACCIAMENTO
 RADIONECROSI TISSUTALE
 SORDITA' IMPROVVISA
 OSTEOMIELITE
 TRAPIANTI E LESIONI CHIRURGICHE A RISCHIO
 INSUFFICIENZE VASCOLARI
 FRATTURE A RISCHIO DI SCARSO CONSOLIDAMENTO
 ALGODISTOFIE POST TRAUMATICHE E NECROSI ASETTICA
 PATOLOGIE RETINICHE
 FERITE INFETTE DA FLORA BATTERICA MISTA

AMBULATORI

ALLERGOLOGIA
 ANGIOLOGIA
 BIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
 CARDIOLOGIA
 CHIRURGIA GENERALE
 CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA



CHIRURGIA VASCOLARE
GERIATRIA
INFETTIVOLOGIA ED IMMUNOLOGIA
MEDICINA DELLO SPORT
NEUROLOGIA
OCULUSTICA
OTORINOLARINGOIATRIA
ORTOPEDIA
PNEUMOLOGIA
REUMATOLOGIA

DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.

LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE CON SEZIONE DI BATTERIOLOGIA DI ECCELLENZA
ECOGRAFIA
ECODOPPLER
SEZIONE DI DIAGNOSTICA NEUROFISIOLOGICA (POTENZIALI EVOCATI SENSITIVI, MOTORI, MAPPING CEREBRALE, POT EVOCATI VISIVI, ACUSTICI)
LABORATORIO DI OTOIATRIA DIAGNOSTICA
LABORATORIO DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA

AREA CRITICA.

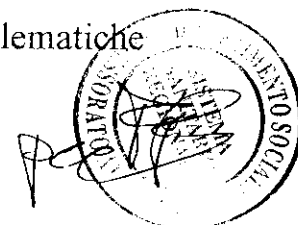
ELIAMBULANZA – CONNESSA ANCHE ALL'OSPEDALE

AREA FORMAZIONE.

Nella struttura dovrà essere compresa l'area dedicata alla formazione indirizzata, come già precisato, specificatamente agli operatori iperbarici (medici, rianimatori, infermieri, tecnici, volontari). Per l'attività di formazione occorrerà strutturare:
N° 3 AULE PER FORMAZIONE RESIDENZIALE DA 25-30 DISCENTI;
AULA CONGRESSUALE 200 POSTI (O PIU'), PER ATTIVITA' FORMATIVA E CONGRESSUALE, ATTREZZATA PER VIDEO CONFERENZE E CON COLLEGAMENTO SATELLITARE.

Nonché:

- gestione Ricerca in campo Sanitario
- gestione Ricerca in campo Economico-gestionale
- gestione Servizio catering e/o mensa
- gestione Servizio lavanderia
- gestione Servizi accessori e connessi ai precedenti
- gestione della sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali
- progettazione dell'immobile



- realizzazione delle opere e delocalizzazione della camera iperbarica dall'attuale sito
- manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti

Il tutto come meglio chiarito e regolamentato nell'apposita convenzione e nel disciplinare di selezione, facenti parte integrante e sostanziale del presente bando;

5. SOGGETTI AMMESSI A PRESENTARE DOMANDA:

- Regione Lazio;
- Enti locali e loro enti strumentali;
- Aziende sanitarie interessate al progetto;
- Altri enti e organismi pubblici
- Associazioni e Organizzazioni non lucrative (ONLUS);
- Cooperative di MMG e di PLS;
- Cooperative sociali;
- Consorzi;
- Fondazioni;
- Aziende ed Istituti di credito;
- Imprenditori individuali;
- Singole società;
- Associazioni temporanee di imprese e/o di enti senza scopo di lucro appositamente costituite;

nota: i soggetti che per loro natura giuridica o per statuto non possono essere titolari di azioni o partecipazioni, devono allegare una dichiarazione dalla quale risulti l'impegno a costituirsi ovvero a modificarsi, in caso di aggiudicazione di azioni, in soggetto idoneo a tale scopo.

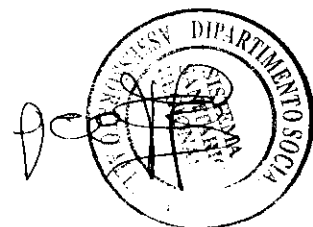
6. RICHIESTE PARZIALI:

Non sono ammesse richieste per quote inferiori a n. 2.000 azioni.

7. RICHIESTA DOCUMENTAZIONE:

Il disciplinare per la selezione, la convenzione ed i documenti allegati potranno essere richiesti ai recapiti indicati al punto 1 del bando:

- nel termine ultimo del __/__/2004;
- gratuitamente: tramite posta elettronica;
- al costo delle sole spese di duplicazione: se richiesti in copia.



8. MODALITA' D'INVIO DELLE DOMANDE:

- termine ultimo per il ricevimento: __/__/2004;
- recapito: all'indirizzo riportato al punto 1 del bando;
- lingua: italiana;

9. APERTURA DELLE DOMANDE:

- persone autorizzate a presenziare: legale rappresentante o suo delegato;
- data, ora e luogo dell'apertura: __/__/2004, ore __, presso la sede dell'Azienda Unità sanitaria locale Roma F.
-

10. CORRISPETTIVO DEL SERVIZIO:

- rapporto contrattuale con la Regione Lazio e con la Ausl RMF derivante dall'adozione del progetto; rapporto contrattuale con gli altri enti pubblici eroganti e con l'utenza, tutto come regolamentato e regolamentabile dall'apposita convenzione;

11. CONDIZIONI MINIME PER L'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE:

- requisiti d'ordine generale: di cui all'articolo 14 del disciplinare;
- referenze bancarie: rilasciate da almeno un primario Istituto di Credito;
- cauzione per la partecipazione alla gara: fideiussione bancaria o assicurativa pari al 30% del valore delle azioni richieste, con validità di 365 giorni dalla data del termine per la presentazione della domanda, rilasciata da primario Istituto di credito o assicurativo.

12. VALIDITA' DELLA DOMANDA:

- 365 giorni dalla presentazione.

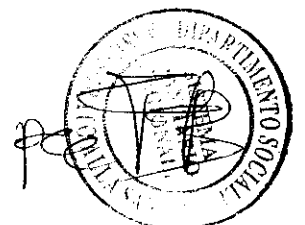
13. CRITERI PER LA SCELTA DEI SOCI:

Procedura:

per i soggetti privati:

- gara pubblica;

per i soggetti pubblici:



□ richiesta sottoscritta dal legale rappresentante con allegata documentazione deliberativa di rito.

Titoli preferenziali:

□ soggetti che presentino caratteristiche di omogeneità agli interessi della compagine sociale;

□ soggetti che hanno o che manifestino la volontà, in caso di assegnazione di azioni, di insediare la propria attività nell'area urbana di riferimento o nelle aree più prossime;

□ soggetti operanti da più tempo nei settori attinenti a quelli del servizio/i che dovrà rendere la società;

□ soggetti che possano determinare positivi impatti occupazionali;

□ soggetti appartenenti alle categorie del no-profit;

□ soggetti che dispongano al proprio interno di personale medico appartenente alla categoria dei mmg e pls, di personale paramedico e di personale di ricerca medica o/e economico-gestionale di comprovata professionalità;

□ soggetti che presentino proposte e soluzioni progettuali complessive e/o ipotesi di project financing e/o di lavoro e/o di ricerca attinenti l'attività da svolgere;

Attribuzione di azioni:

□ in base a quanto previsto all'articolo 23 del disciplinare di selezione.

14. ALTRE INFORMAZIONI:

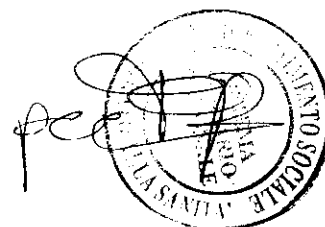
□ ulteriori informazioni e di maggior dettaglio sono contenute nel disciplinare per la selezione e nella convenzione.

15. DATA D'INVIO DEL BANDO ALLA GUCE: __/__/2004.

16. DATA DI RICEVIMENTO DEL BANDO DA PARTE DELLA GUCE: __/__/2004.

CIVITAVECCHIA, __/__/__

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DR. DOMENICO PASTA**



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RMF
REGIONE LAZIO

SCHEMA DI DICHIARAZIONE

Da allegare alla domanda per la selezione dei soci della costituenda S.p.A. di sperimentazione gestionale finalizzata alla gestione di una camera iperbarica ed altri servizi sanitari nonché di progettazione, realizzazione e manutenzione ordinaria dell'immobile destinato alle prestazioni, nel Comune di Civitavecchia, in zona di pertinenza dell'Autorità Portuale (adiacente zona ASI), ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001

e di cui i soci privati si dovranno far carico, a proprie spese e oneri:

- della progettazione e della realizzazione dell'immobile;
- della sua manutenzione ordinaria;
- della fornitura degli impianti (ad eccezione di quelli relativi alla camera iperbarica che dovrà essere delocalizzata dall'attuale sito) e delle attrezzature necessarie per la gestione dei servizi e della loro manutenzione;
- ogni altro onere relativo alla gestione e alla realizzazione del progetto.

Si veda in proposito la scheda "A" allegata.

Ai soci privati ammessi nella compagine sociale verranno affidati, a mente dell'articolo 4 dello statuto sociale, compiti funzioni e obblighi specifici.

DICHIARAZIONE

(Artt. 2 e 4 L. 04/01/1968, n. 15 e art. 3 L. 127/1997 e D.P.R. 403/1998)

il sottoscritto
nato a

provincia di (.....) il.....

in qualità di.....

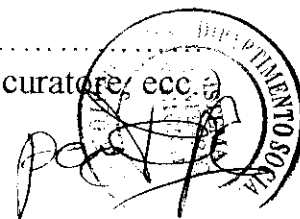
della società /associazione/impresa /ente

Con sede in

alla Via.....

Codice fiscale P. IVA.....

(titolare, legale rappresentante, procuratore, ecc.)



Con la presente

DICHIARA

di possedere i seguenti

REQUISITI D'ORDINE GENERALE:

di avere la cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;

di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;

l'inesistenza, a proprio carico, di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla moralità professionale;

l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione del Paese di residenza;

l'inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del Paese di residenza;

che la società/impresa, se richiesto per legge,

è iscritta nel registro delle imprese (o altro organismo equipollente secondo la legislazione dello Stato di residenza) di con il n°
dal ___/___/___, per l'attività di

l'insussistenza dello stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;

non avere in corso procedure di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;

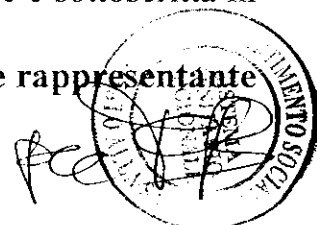
non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;

l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;

l'inesistenza di false dichiarazioni circa il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione agli appalti e per il conseguimento dell'attestazione di qualificazione.

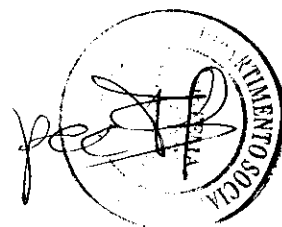
Ai sensi dell'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968, n° 15, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, la presente dichiarazione è sottoscritta in data

Timbro e firma del legale rappresentante



N.B. Allegare copia di un valido documento di riconoscimento. Togliere ciò che non interessa o non dovuto.

Timbro e firma del legale rappresentante



SCHEMA DI CONVENZIONE

della costituenda S.p.A. di sperimentazione gestionale finalizzata, attraverso il coinvolgimento diretto dei soci, alla gestione di una camera iperbarica ed altri servizi sanitari nonché di progettazione, realizzazione e manutenzione ordinaria dell'immobile destinato alle prestazioni, nel Comune di Civitavecchia, in zona di pertinenza dell'Autorità Portuale (adiacente zona ASI), ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001

e di cui i soci privati si dovranno far carico, a proprie spese e oneri:

- della progettazione e della realizzazione dell'immobile;
- della sua manutenzione ordinaria;
- della fornitura degli impianti (ad eccezione di quelli relativi alla camera iperbarica che dovrà essere delocalizzata dall'attuale sito) e delle attrezzature necessarie per la gestione dei servizi e della loro manutenzione;
- ogni altro onere relativo alla gestione e alla realizzazione del progetto.

Si veda in proposito la scheda "A" allegata.

Ai soci privati ammessi nella compagine sociale verranno affidati, a mente dell'articolo 4 dello statuto sociale, compiti funzioni e obblighi specifici.

CONVENZIONE

TRA

L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA F - REGIONE LAZIO -
ALTRI ENTI PUBBLICI

E

LA SPA MISTA MAGGIORITARIA AVENTE AD OGGETTO LE FINALITA' E
GLI ONERI SPECIFICATI NEL BANDO DI GARA, NELLO STATUTO, NEGLI
ALLEGATI E NEL PROGETTO STESSO DI SPERIMENTAZIONE, CHE FANNO
TUTTI PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA PRESENTE

L'anno

il giorno

del mese di

in Civitavecchia, nella sede dell'Azienda Unità sanitaria Locale RMF

innanzi al sottoscritto ufficiale rogante dott.

competente ai sensi di legge, senza l'assistenza di testimoni, per aver i signori intervenuti, d'accordo fra loro, espressamente dichiarano di rinunciarvi, sono personalmente comparsi:

da una parte il rappresentante legale della

codice fiscale

partita IVA

Dott.

nato a

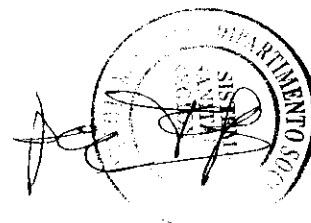
il

prov.

residente in

prov.

alla Via



che qui interviene esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse delle parti pubbliche e dell'Azienda unità sanitaria locale RMF, ai sensi e per gli effetti d'ora innanzi denominato Azienda

Dall'altra parte il legale rappresentante della società

codice fiscale

Partita IVA

d'ora innanzi denominato Società

Dott.

nato a _____ il _____ prov.

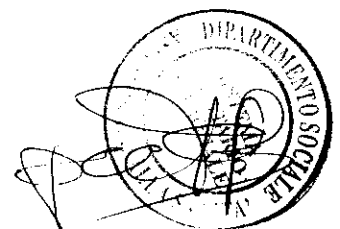
residente in _____ prov.

alla via

che interviene nel presente atto esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse della società, ai sensi e per gli effetti

PREMESSO

- Che con delibera della giunta Regionale del Lazio n. _____ del _____ pubblicata ai sensi di legge è stato autorizzato e adottato il progetto di sperimentazione gestionale predisposto dall'Azienda USL RMF ai sensi dell'articolo 9-bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m. facente parte essenziale della presente convenzione, e che dallo stesso risulta individuata l'area dove dovrà essere realizzato l'immobile strumentale alla gestione dei servizi di cui al progetto, nonché le principali caratteristiche che le prestazioni, le opere, gli impianti e le attrezzature dovranno rispettare;
- Che il progetto prevede, ai fini gestionali e di realizzazione degli interventi, la costituzione di una Società mista pubblico-privato a prevalente capitale dell'Azienda Sanitaria RMF;
- Che per la gestione, per la progettazione, la realizzazione e la manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti si pretende dalla società il rispetto di tutte le norme attinenti ad una corretta gestione ed agli strumenti urbanistici vigenti;
- Che con delibera/provvedimento n. _____ del _____ pubblicata ed esecutiva ai sensi di legge, è stata indetta la gara per la scelta dei soci privati da ammettere all'acquisto di azioni della predetta società;
- Che con la medesima delibera/provvedimento, di cui al punto precedente, è stato, tra l'altro, approvato lo schema della presente convenzione, da integrare ed aggiornare, se del caso, con l'offerta/project financing formulata dai soci privati in sede di gara;
- Che previa selezione tramite procedura di evidenza pubblica dei soci, in data _____ con atto notaio dott. _____ si è costituita la Società denominata _____



TUTTO CIO' PREMESSO

e ratificato dalle parti contraenti e stipulanti, che dichiarano di tenere a valere la su esposta narrativa come parte integrante del presente contratto, le parti medesime convengono e stipulano quanto appresso:

Articolo 1

Oggetto

la presente convenzione regola i rapporti, gli obblighi ed i diritti tra l'Azienda, la Regione Lazio, gli altri enti pubblici interessati e la Società appositamente costituita ed avente ad oggetto quanto in premessa specificato e meglio identificato negli allegati al progetto;

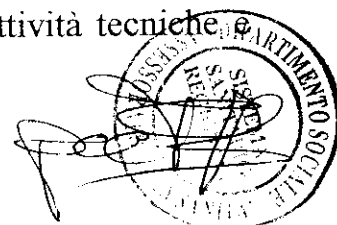
Gli enti pubblici di cui al comma precedente, affidano in via esclusiva, alle condizioni e con le precisazioni stabilite negli articoli che seguono alla società, che accetta, la gestione dei servizi, la progettazione e la realizzazione dell'immobile, la delocalizzazione della camera iperbarica e delle opere connesse e di manutenzione ordinaria, come previsto nel progetto.

La società dovrà provvedere, secondo le delibere prese nel rispetto dello statuto sociale:

□ Alla intera gestione e realizzazione del progetto, con spese e oneri a carico dei soci privati

- effettuando ricerca epidemiologica;
- applicando le linee guida internazionali nella gestione delle patologie;
- effettuando ricerca e verifica della qualità;
- organizzando formazione continua per gli operatori sanitari e non sanitari;
- promuovendo rapporti con i dipartimenti Universitari funzionali alle attività svolte; stipulando, se del caso, accordi e convenzioni esterne con soggetti terzi, nei limiti e con le modalità previste per legge, per l'effettuazione di prestazioni sanitarie integrative;
- garantendo le prestazioni sanitarie
- garantendo che il personale medico seguirà corsi specifici di formazione;
- garantendo che il personale paramedico seguirà corsi specifici di formazione;
- garantendo controlli e verifiche tramite indicatori di processo e di esito. **Sempre con spese e oneri a carico dei soci privati alla progettazione e realizzazione delle opere necessarie:**

- provvedendo alla preventiva acquisizione e disponibilità dell'immobile e delle annesse aree interessate dall'intervento mediante redazione di dettagliato verbale di consegna;
- alla progettazione degli interventi;
- alla approvazione della progettazione e all'acquisizione di tutti i permessi e delle autorizzazioni necessarie;
- alla realizzazione delle opere oggetto della progettazione;
- in particolare restando a carico della società tutte le seguenti attività tecniche e amministrative:



- studi di fattibilità;
- predisposizione degli strumenti urbanistici attuativi previsti dal P.R.G.;
- rilievi, indagini e prove preliminari ed in corso d'opera;
- predisposizione di tutti gli atti relativi ad eventuali espropri;
- progettazione fino al livello esecutivo;
- adempimenti connessi alla sicurezza (D.lgs 626/1994, D.lgs 494/1996);
- direzione e contabilizzazione dei lavori;
- assistenza al collaudo;
- acquisizione di tutti i pareri e nulla osta necessari per legge;
- alla richiesta e all'ottenimento, in tutte le sedi istituzionalmente competenti, nazionali e comunitarie, dei benefici, agevolazioni e finanziamenti possibili per l'iniziativa in oggetto o il suo ampliamento;
- all'espletamento di appalti dei lavori, non realizzati direttamente, mediante procedure di evidenza pubblica ai sensi di legge;
- atti di identificazione catastale (frazionamenti, mappali, accatastamenti, ecc.);
- **Sempre con spese e oneri a carico dei soci privati a quanto altro necessario alla migliore realizzazione dell'intervento in oggetto.**

Articolo 2

Durata

La presente convenzione ha durata dalla sottoscrizione, fino al e può essere automaticamente interrotta per scioglimento della società conseguente al mancato raggiungimento dello scopo sociale nei termini convenuti contrattualmente; Potrà essere prorogata per un successivo periodo da definirsi tra le parti, nel caso in cui, alla scadenza, si voglia proseguire con la sperimentazione ovvero si voglia integrare la stessa con ulteriori interventi;

Articolo 3

Immobili e aree interessate alle opere e loro specificazione

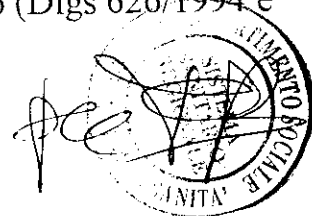
L'area interessata dagli interventi previsti dalla presente convenzione risulta dettagliatamente indicata nell'allegato al progetto.

Articolo 4

Obblighi e impegni

La società si obbliga e impegna:

- A perseguire le finalità programmatiche e di sviluppo socio-sanitario territoriale inerenti l'attività di cui è titolare, indicate per la zona di intervento e indicate dagli enti pubblici interessati;
- A realizzare tutte le opere e a prestare tutti i servizi, direttamente coi propri soci definendone, a mente dell'articolo 4 dello statuto sociale, compiti, funzioni e obblighi nonché i relativi corrispettivi, e/o mediante pubblici appalti, conformando la propria attività al rispetto della normativa vigente in materia di appalti e lavori pubblici;
- Al rispetto delle leggi e norme in materia di sicurezza del lavoro (Dlgs 626/1994 e D.lgs 494/1996);



- A perseguire e raggiungere accordi con gli enti pubblici interessati eventualmente ad insediare nell'area proprie strutture o a far gestire nuovi servizi;

Articolo 5

Indirizzi progettuali a carattere generale

Nella progettazione delle opere e delle eventuali trasformazioni, oltre alle specifiche indicazioni di cui all'articolo 7, comma 5, la società è obbligata a tenere conto dei seguenti indirizzi di carattere generale:

- **Rispetto dei seguenti criteri di riqualificazione urbana:**

- intervento a scala urbana con elevati caratteri formali, relazionali e percettivi;
- transito e sosta per veicoli a motore;
- aree fuori terra, non edificabili, destinate esclusivamente al transito e la sosta pedonale, eventualmente pista ciclabile ed a verde;
- reti necessarie alle esigenze tecnologiche degli insediamenti previsti ed in particolare per quelli scientifici a tecnologia avanzata;
- sistema di raccolta delle acque meteoriche innovativo, al fine di trattenerle totalmente e utilizzarle all'interno dell'area.

Garantire un elevato livello qualitativo della realizzazione, mediante ricerca di soluzioni progettuali innovative, rispetto all'ordinario criterio di progettazione, ricorrendo eventualmente anche a concorsi di progettazione.

A realizzare tutte le opere relative ai servizi a rete, per quanto possibile, con le modalità previste dalla "direttiva per la realizzazione delle reti tecnologiche nel sottosuolo" impartita dal Ministero dei lavori pubblici il 3/3/1999.

A collocare tutte le opere le cui installazioni comportino l'emissione di onde elettromagnetiche, sia in bassa frequenza che in alta frequenza, in modo che non producano elettrosmog e comunque conformi alle norme vigenti in materia e alle istruzioni del Ministero dell'ambiente e degli organi preposti alla sorveglianza sanitaria.

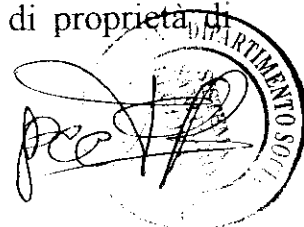
A realizzare tutte le opere inerenti il ciclo delle acque, dall'approvvigionamento idrico fino al recupero finale degli scarichi liquidi di qualsiasi genere, in conformità alle disposizioni di cui al titolo III, cap. III e IV e all'allegato 5 del decreto legislativo 11/05/1999 n. 152, nonché delle altre norme da questo richiamate.

Articolo 6

Eventuale cessione di aree e di immobili alla società -criteri standard

Le eventuali aree per le urbanizzazioni primarie e le aree per attrezzature pubbliche (standard) previste da *convenzioni integrative* si intenderanno cedute dalla società in forma gratuita agli enti pubblici Comune, Regione, Provincia contestualmente all'approvazione del piano particolareggiato che le identifichi.

La proprietà delle opere di urbanizzazione realizzate dalla società è pertanto attribuita automaticamente in forma gratuita al Comune, la Regione Lazio, la Provincia di Roma e l'Autorità Portuale di Civitavecchia, rispettivamente per quanto di competenza, risultando le opere realizzate direttamente su aree già di proprietà di questi ultimi enti.



La società con la firma della convenzione, conferisce procura irrevocabile al rappresentante degli enti competenti alla firma della stessa convenzione, a sottoscrivere anche per essa il successivo atto di identificazione catastale una volta intervenuta l'approvazione dell'eventuale frazionamento.

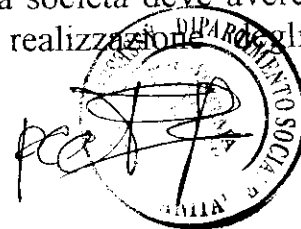
Articolo 7

Adempimenti e termini

Tutti i termini previsti dal presente articolo decorrono dalla data di stipula della presente convenzione.

La società si obbliga ed impegna a sviluppare e presentare alla all'Azienda:

- Entro il _____ uno studio di fattibilità atto ad individuare le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economiche e finanziarie dell'intervento e che deve in particolare contenere:
 - L'analisi dello stato di fatto di ogni intervento nelle sue eventuali componenti di sostenibilità ambientale, socio economiche, amministrative e tecniche;
 - Il piano economico-finanziario ipotizzando i seguenti elementi:
 - ipotesi di sviluppo di una partnership tra Banche ed Impresa anche attraverso l'intervento diretto delle Banche o Istituti di credito nel capitale di rischio;
 - capitale di prestito tradizionale, ovvero di rischio;
 - credito industriale;
 - eventuali leggi speciali;
 - eventuali finanziamenti Europei (BEI o altro);
 - finanziamenti alle opere pubbliche;
 - eventuali ipotesi di project financing intendendo il supporto finanziario non come l'unico, ma come uno degli elementi di un'attività di servizio e di consulenza, con un coinvolgimento più approfondito delle Banche nella iniziativa.
 - Entro il _____ un apposito piano particolareggiato dell'area e degli immobili oggetto dell'intervento;
 - Tutti i progetti ed atti tecnici accessori (rilievi, indagini, piani per la sicurezza, ecc.) necessari per la realizzazione delle opere e delle infrastrutture eventualmente necessarie in conformità a quanto previsto dalla legge quadro sui lavori pubblici (L. 109/1994) entro le seguenti date:
 - Entro il _____ i preliminari
 - Entro il _____ i definitivi
 - Entro il _____ gli esecutivi.
 - La società si obbliga inoltre:
 - A dare inizio ai lavori entro il _____
 - Ad ultimare le urbanizzazioni eventuali ed i lavori relativi alle strutture del comune entro il _____
 - In ogni caso, fermi restando i termini di cui ai punti precedenti, tutti gli adempimenti prescritti nella convenzione devono essere eseguiti e ultimati entro il termine massimo di 12 (dodici) mesi. Entro lo stesso termine la società deve avere conseguito l'ottenimento delle concessioni edilizie per la realizzazione degli



interventi ed aver iniziato i relativi lavori previsti da ciascuna singola concessione edilizia.

- Per la redazione dello studio di fattibilità, del piano particolareggiato e dei progetti preliminari definitivi relativi alle eventuali urbanizzazioni e strutture di proprietà degli enti locali, la società si impegna altresì ad acquisire e recepire integralmente le indicazioni degli stessi.
- Gli enti pubblici si impegnano a formulare le indicazioni di cui al comma precedente, entro massimo 30 giorni dalla richiesta.

Articolo 8

Attribuzione degli immobili e delle aree di proprietà pubblica

Gli enti pubblici si obbligano ad attribuire alla società i propri immobili e le proprie aree a titolo di concessione gratuita.

Articolo 9

Eventuale permuta di aree con immobili per nuove iniziative

Preliminarmente, nell'ipotesi che gli enti pubblici, per la cessione delle proprie aree ed immobili relativamente a nuove iniziative, decidano per questo tipo di scambio, rientrano nella permuta, nella effettiva consistenza che sarà determinata nell'ambito dello strumento attuativo, le seguenti aree/strutture:

- L'area standard in eccesso rispetto allo standard minimo previsto dalla normativa di P.R.G.,
- Eventuali parcheggi ad uso pubblico e servizi connessi (quali servizi igienici, biglietterie, ecc.);
- Immobili da destinare ad attrezzature pubbliche di competenza degli enti pubblici e da questi richiesti.

Articolo 10

Corrispettivo

Il compenso spettante alla società per l'espletamento di tutto quanto previsto nella presente convenzione e da ripartire secondo le attribuzioni, funzioni, compiti e obblighi assegnati ai singoli soci, è rappresentato dagli introiti **previsti contrattualmente dalla convenzione e contenuti nell'allegato prospetto**; dagli altri introiti e dai finanziamenti richiesti ed ottenuti provenienti da soggetti pubblici, compresa la comunità europea, e da privati eroganti; dagli introiti provenienti da raccolte pubbliche di fondi esercitate nelle forme e nei modi ritenuti più idonei dalla società stessa purché consentiti dalla legge.

La società è altresì titolare di ogni altro provento o finanziamento destinato alla attività oggetto della società anche per quegli interventi il cui costo sia stato già sostenuto a proprio totale o parziale carico nonché degli introiti derivanti dalla vendita di eventuali frazioni di immobili o servizi, autorizzati dagli enti pubblici.

Articolo 11

Concessione delle strutture pubbliche



La società si impegna a presentare al Comune ed agli altri enti interessati una o più ipotesi di gestione dell'eventuale parcheggio e connessi servizi che sia possibile avere in concessione, tenendo conto dei seguenti criteri:

- Remunerabilità della gestione, che comprenda ipotesi di canone da corrispondere ai soggetti pubblici o ipotesi di partecipazione in relazione all'investimento effettuato;
- Disciplina dell'accesso da parte dell'utenza.

Articolo 12

Eventuale vendita delle aree interessate da nuove iniziative

La società si impegna a vendere le aree o gli immobili oggetto di eventuali interventi di nuova iniziativa, fatte salve le aree da alienare, seguendo criteri di priorità dati dalle necessità di sviluppo delle attività dei soci.

Nel definire i prezzi di vendita delle aree e degli immobili si dovrà tenere conto:

- Della natura degli stessi,
- Della ubicazione degli stessi;
- Della potenzialità edificatoria;
- Delle appetibilità;
- Di ogni altro utile elemento estimativo.

Articolo 13

Garanzie

A garanzia degli immobili assunti con la convenzione, la società presta adeguata garanzia finanziaria con polizza fideiussoria n. _____ emessa in data _____ da _____ pari a Euro _____ con scadenza _____ incondizionata fino al _____

La garanzia non può essere estinta se non previo favorevole collaudo tecnico di tutte le opere e di regolarità di ogni altro adempimento connesso; tuttavia la garanzia può essere ridotta in corso d'opera, su richiesta della società quando una parte funzionale autonoma delle opere sia stata regolarmente eseguita e, sempre previo collaudo, anche parziale e gli enti pubblici interessati ne abbiano accertato la regolare esecuzione.

La garanzia è prestata con la rinuncia esplicita al beneficio della preventiva escussione del debitore principale e non trova applicazione l'articolo 1944, 2° comma, del c.c.. La fideiussione è operativa e soggetta ad escussione a semplice richiesta della parte pubblica, senza necessità di preventiva diffida o messa in mora, col solo rilievo dell'inadempimento.

Ancorché la garanzia sia commisurata all'importo delle opere, essa è prestata per tutte le obbligazioni a contenuto patrimoniale, anche indiretto, connesse all'attuazione della convenzione, da questa richiamate o il cui mancato o ritardato assolvimento possa arrecare pregiudizio alla parte pubblica, sia come ente territoriale, sia come soggetto iure privatorum, sia come autorità che cura il pubblico interesse. La garanzia copre altresì, senza alcuna riserva, i danni derivanti nel periodo di manutenzione e conservazione a cura della società fino all'approvazione del collaudo finale, nonché le sanzioni amministrative, sia di tipo pecuniario che ripristinatori e demolitorio.



irrogate dagli enti pubblici a qualsiasi titolo in applicazione della convenzione, divenute inoppugnabili e definitive.

La parte pubblica può richiedere alla società la reintegrazione della cauzione ove questa sia venuta meno o in tutto o in parte.

Per l'attività di progettazione ed esecuzione dei lavori la società si impegna a costituire o, per quelle non svolte direttamente, a far costituire, tutte le forme di garanzia previste dall'articolo 30 della legge 109/1994.

Articolo 14

Verifiche

La società e la parte pubblica si impegnano a verificare lo stato di attuazione della presente convenzione, la prima volta entro due mesi dalla data dell'atto costitutivo e successivamente a scadenze trimestrali.

La verifica riguarderà:

- Stato avanzamento lavori;
- La situazione economica e finanziaria;
- Eventuali ipotesi di varianti;
- La qualità dei servizi prestati.

Articolo 15

Collaudi

Alla parte pubblica compete il collaudo in corso d'opera e finale dei lavori relativi alla realizzazione delle opere e delle strutture di propria competenza. Ogni onere economico per tale attività resta a carico della società ovvero a carico della parte pubblica con i fondi messi a disposizione della stessa e, che la società deve eventualmente anticipare.

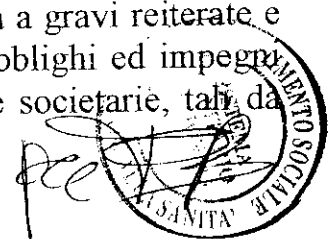
Ultimate le opere ed ogni altro adempimento costruttivo, la società presenta alla parte pubblica una dichiarazione di avvenuta ultimazione. Qualora la parte pubblica non provveda al collaudo finale entro tre mesi dalla dichiarazione di avvenuta ultimazione delle opere, ovvero non provveda alla sua approvazione entro i successivi tre mesi dall'emissione del certificato di collaudo, questo si intende reso in senso favorevole.

Per motivate ragioni può essere disposto il collaudo parziale di un complesso unitario di opere o di un sub-comparto autonomamente funzionale, a richiesta motivata della società ovvero a richiesta della parte pubblica. In tal caso per ogni collaudo parziale si procede con le modalità di cui al comma 1, fermo restando che qualora il collaudo parziale sia richiesto dalla parte pubblica per esigenze proprie quest'ultima ne assume il relativo maggiore onere. Ai collaudi parziali non si applica la procedura del collaudo tacito o dell'approvazione tacita del collaudo di cui al comma 2.

Articolo 16

Risoluzione della convenzione

La presente convenzione si risolve per colpa della società, dovuta a gravi reiterate e comprovate inadempienze dei soci privati, con riferimento agli obblighi ed impegni previsti dalla presente convenzione, dallo statuto e dalle delibere societarie, tali da



compromettere gravemente la missione della società stessa e gli interessi della parte pubblica.

Nel caso che la parte pubblica intenda avvalersi della clausola di risoluzione, preliminarmente contestata alla società, per iscritto, con precisione e, ove possibile, con apporti documentali deve preliminarmente evidenziare l'inadempienza riscontrata e intimare alla società di rimuovere le cause.

La società diffidata può presentare controdeduzioni entro 30 giorni dalla data di ricevimento della contestazione di cui sopra.

Qualora la società non motivi adeguatamente le cause dell'inadempimento e non cessi il proprio comportamento gravemente inadempiente, la parte pubblica può richiedere la risoluzione del contratto ai sensi del presente articolo.

Nel caso di risoluzione della presente convenzione, il presidente della società è obbligato ad iscrivere all'ordine del giorno dell'assemblea, da convocarsi entro sessanta giorni dall'avvenuta risoluzione, l'eventuale scioglimento della società stessa.

Articolo 17

Clausola compromissoria

Tutte le controversie che possono comunque sorgere fra la società e la parte pubblica in ordine all'esistenza, validità, interpretazione ed osservanza della presente convenzione, che non siano per norma imperative deferite all'autorità giudiziaria e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti in via bonaria definizione, saranno sottoposte al giudizio di un collegio di tre arbitri.

Ciascuna parte designerà un arbitro ed i due così nominati designeranno il terzo con funzioni di presidente.

A questi effetti la parte che intende sottoporre la controversia ad arbitrato ne informerà l'altra con una comunicazione contenente anche le generalità dell'arbitro designato.

L'altra parte deve procedere alla designazione del suo arbitro entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al comma 3.

In mancanza di accordo, il presidente del collegio arbitrale ed il membro eventualmente non nominato dalla parte, o non sostituito tempestivamente in caso di mancanza in corso di procedimento, saranno designati dal presidente del tribunale di Roma su ricorso della parte più diligente.

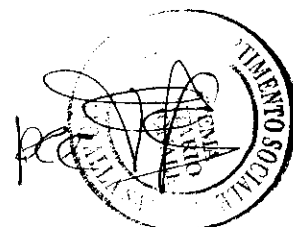
Qualora le parti fossero più di due, la nomina dell'intero collegio arbitrale sarà demandata al presidente del tribunale di Roma.

Gli arbitri decideranno secondo diritto e renderanno il lodo entro novanta giorni dalla loro costituzione in collegio, salvo deroga richiesta da entrambe le parti o disposta dal collegio stesso, per un periodo non superiore a trenta giorni.

Il lodo arbitrale deciderà anche circa le spese di giudizio e la loro ripartizione tra le parti.

Il collegio arbitrale avrà sede presso il comune di Roma.

Resta obbligo ed impegno delle parti a dare immediata e spontanea esecuzione alla decisione arbitrale.



Articolo 18

Spese

Tutte le spese, comprese le imposte e tasse, principali ed accessorie, inerenti e dipendenti, riguardanti la convenzione e gli atti successivi occorrenti alla sua attuazione, come pure le spese afferenti la redazione del progetto di sperimentazione predisposto dall'Agencia Sviluppo Lazio spa, nell'importo indicato nello stesso, e quelle inerenti i rogiti notarili e ogni altro onere annesso e connesso, sono a carico dei soci privati selezionati.

I soci privati, se richiesto, dovranno anticipare i decimi di competenza della AUSL RMF.

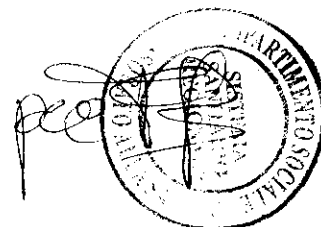
Articolo 19

Trascrizione e benefici fiscali

La società rinuncia ad ogni diritto di iscrizione di ipoteca legale che potesse competere in dipendenza della presente convenzione.

La società autorizza il signor conservatore dei registri immobiliari alla trascrizione della presente affinché siano noti ai terzi gli obblighi assunti, esonerandolo da ogni responsabilità.

Al fine della concessione dei benefici fiscali previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, si dà atto che tutte le cessioni di aree e manufatti di cui al presente atto, sono fatte in esecuzione del piano regolatore generale.



SCHEMA DI DISCIPLINARE PER LA SELEZIONE DEI SOCI DA AMMETTERE NELLA COSTITUENDA SPA MISTA

DISCIPLINARE

PARTE I

OGGETTO – INFORMAZIONI

Articolo 1

Ente banditore

l'Ente selezionatore è l'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "F", d'ora innanzi denominato più semplicemente "Azienda".

Articolo 2

Finalità della selezione

In esecuzione della delibera della giunta regionale del Lazio n. del pubblicata ai sensi di legge, con la quale è stato approvato e adottato dai competenti organi il progetto di sperimentazione gestionale e suoi allegati predisposto dall'Azienda USL RMF ai sensi dell'articolo 9.bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m. facente parte essenziale del presente disciplinare, si è avviata la procedura d'evidenza pubblica di selezione dei soci da ammettere nella costituenda Società mista pubblico-privato, a prevalente capitale dell'Azienda Sanitaria RMF, per la gestione di una camera iperbarica ed altri servizi sanitari nonché di progettazione, realizzazione e manutenzione ordinaria dell'immobile destinato alle prestazioni, nel Comune di Civitavecchia, in zona di pertinenza dell'Autorità Portuale (adiacente zona ASI), ai sensi degli articoli 2325 e seguenti del c.c. e dell'articolo 9 bis della legge 229/1999 come risulta modificato dall'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 405/2001, compresa la delocalizzazione dall'attuale sito dell'impianto iperbarico;

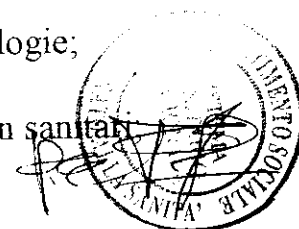
e di cui i soci privati si dovranno far carico, a proprie spese e oneri:

- della progettazione e della realizzazione dell'immobile;
- della sua manutenzione ordinaria;
- della fornitura degli impianti (ad eccezione di quelli relativi alla camera iperbarica che dovrà essere delocalizzata dall'attuale sito) e delle attrezzature necessarie per la gestione dei servizi e della loro manutenzione;
- ogni altro onere relativo alla gestione e alla realizzazione del progetto.

Si veda in proposito la scheda "A" allegata.

I soci ammessi nella compagine sociale dovranno provvedere:

- Alla intera gestione e realizzazione del progetto, secondo quanto previsto nella convenzione e negli allegati, a proprie spese e oneri**
- effettuando ricerca epidemiologica;
- applicando le linee guida internazionali nella gestione delle patologie;
- effettuando ricerca e verifica della qualità;
- organizzando formazione continua per gli operatori sanitari e non sanitari



□ promuovendo rapporti con i dipartimenti Universitari funzionali alle attività svolte; stipulando, se del caso, accordi e convenzioni esterne con soggetti terzi, nei limiti e con le modalità previste per legge, per l'effettuazione di prestazioni sanitarie integrative;

- garantendo che il personale paramedico seguirà corsi specifici di formazione ;
- garantendo controlli e verifiche tramite indicatori di processo e di esito.

□ **Sempre con spese e oneri a carico dei soci privati, alla progettazione e realizzazione delle opere necessarie:**

□ provvedendo alla preventiva acquisizione e disponibilità dell' immobile e delle annesse aree interessate dall'intervento mediante redazione di dettagliato verbale di consegna;

- alla progettazione degli interventi;
- alla approvazione della progettazione e all'acquisizione di tutti i permessi e delle autorizzazioni necessarie;
- alla realizzazione delle opere oggetto della progettazione;
- in particolare restando a carico della società tutte le seguenti attività tecniche e amministrative:

- studi di fattibilità;
- predisposizione degli strumenti urbanistici attuativi previsti dal P.R.G.;
- rilievi, indagini e prove preliminari ed in corso d'opera;
- predisposizione di tutti gli atti relativi ad eventuali espropri;
- progettazione fino al livello esecutivo;
- adempimenti connessi alla sicurezza (Dlgs 626/1994, Dlgs 494/1996);
- direzione e contabilizzazione dei lavori;
- assistenza al collaudo;
- acquisizione di tutti i pareri e nulla osta necessari per legge;
- alla richiesta e all'ottenimento, in tutte le sedi istituzionalmente competenti, nazionali e comunitarie, dei benefici, agevolazioni e finanziamenti possibili per l'iniziativa in oggetto o il suo ampliamento;
- all'espletamento di appalti dei lavori, non realizzati direttamente, mediante procedure di evidenza pubblica ai sensi di legge;
- atti di identificazione catastale (frazionamenti, mappali, accatastamenti, ecc.);
- **sempre con spese e oneri a carico dei soci privati a quanto altro necessario alla migliore realizzazione dell'intervento in oggetto.**

La costituzione della società è finalizzata, razionalizzando la spesa pubblica e realizzando economie di scala, alla produzione ed alla erogazione dei servizi sopra specificati, in forma assolutamente innovativa e qualitativamente verificata, partecipata e concertata, attraverso un auspicato coinvolgimento del terzo settore, dei medici di medicina generale e dei privati di comprovata eccellenza professionale, tutti impegnati a sottoscrivere il progetto approvato nell'interesse generale della collettività.

Per la costituzione della società, l'Azienda ricerca soci privati e pubblici al fine di



- apportare al processo economico-gestionale le competenze significative di più soci, sia privati che pubblici;
- apportare capitale pubblico e privato, oltre a quello dell'Azienda;
- realizzare il processo di gestione della rete-sistema di servizi in termini di efficienza, efficacia, economicità e appropriatezza nonché di realizzare un percorso di rilevanza per lo sviluppo del territorio nell'interesse della comunità ivi insediata;
- ricercare ogni forma di gestione dei servizi utile alla promozione e allo sviluppo dell'occupazione complessivamente intesa.

Da parte dei soggetti privati è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 49.000 azioni.

Da parte dei soggetti pubblici è possibile richiedere minimo n. 2.000 azioni del valore nominale di Euro 1, ciascuna, fino ad un massimo di n. 24.000 azioni.

Articolo 3

Caratteristiche essenziali della costituenda società

Il rapporto tra i soci sarà regolato da apposito statuto e da apposita convenzione, i cui schemi sono allegati al presente disciplinare.

Il riepilogo delle caratteristiche essenziali è quello di seguito riportato:

- Forma giuridica: Società per Azioni a capitale pubblico maggioritario;
- Denominazione:

“.....”

□ Capitale sociale iniziale: n. 100.000,00 azioni da Euro nominali 1 per un valore complessivo di Euro 100.000,00 (centomila/00);

□ Quota capitale pubblico: minimo 51%, max 75%, di cui il 51% sempre di proprietà della AUSL RMF;

□ Quota capitale privato: max 49%, min. 25%;

□ Durata: fino al 2054.

Articolo 4

Ripartizione delle azioni

Sono riservate all'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma "F", quale socio fondatore, n° 51.000 azioni, per un valore complessivo di 51.000,00 Euro, da sottoscrivere anche mediante apporto di beni in natura; l'Azienda, in caso di sottoscrizioni inferiori alle quote destinate agli altri soggetti pubblici e/o privati si riserva di aumentare la propria quota di partecipazione fino al 75% del capitale sociale;

Sono riservate agli altri soggetti pubblici n° 24.000 azioni, per un valore complessivo di Euro 24.000,00.



Articolo 5

Servizi da affidare alla costituenda società

Alla società saranno affidati, in via esemplificativa, i seguenti servizi:

Gestione del progetto di sperimentazione gestionale;

PATOLOGIE PREVALENTI, NUMERO TRATTAMENTI.

AMBULATORI.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.

AREA CRITICA.

AREA FORMAZIONE.

PATOLOGIA

EMBOLIA GASSOSA ARTERIOSA

MALATTIA DA DECOMPRESSIONE

INTOSSICAZIONE DA CO E DA SOSTANZE

SOLFOMETAEMOGLOBINIZZANTI

GANGRENA GASSOSA DA CLOSTRIDI

INFEZIONE DA FLORA BATTERICA MISTA

GANGRENA UMIDA DELLE ESTREMITA' IN DIABETICI

SINDROME DA SCHIACCIAMENTO

RADIONECROSI TISSUTALE

SORDITA' IMPROVVISA

OSTEOMIELETTA

TRAPIANTI E LESIONI CHIRURGICHE A RISCHIO

INSUFFICIENZE VASCOLARI

FRATTURE A RISCHIO DI SCARSO CONSOLIDAMENTO

ALGODISTOFIE POST TRAUMATICHE E NECROSI ASETTICA

PATOLOGIE RETINICHE

FERITE INFETTE DA FLORA BATTERICA MISTA

AMBULATORI

ALLERGOLOGIA

ANGIOLOGIA

DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE

CARDIOLOGIA

CHIRURGIA GENERALE

CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA

CHIRURGIA VASCOLARE

GERIATRIA

INFETTIVOLOGIA ED IMMUNOLOGIA

MEDICINA DELLO SPORT

NEUROLOGIA



OCULUSTICA
OTORINOLARINGOIATRIA
ORTOPEDIA
PNEUMOLOGIA
REUMATOLOGIA

DIAGNOSTICA STRUMENTALE CONNESSA.

LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE CON SEZIONE DI BATTERIOLOGIA DI
ECCELLENZA
ECOGRAFIA
ECODOPPLER
SEZIONE DI DIAGNOSTICA NEUROFISIOLOGICA (POTENZIALI EVOCATI
SENSITIVI, MOTORI, MAPPING CEREBRALE, POT EVOCATI VISIVI, ACUSTICI)
LABORATORIO DI OTOIATRIA DIAGNOSTICA
LABORATORIO DI FUNZIONALITA' RESPIRATORIA

AREA CRITICA.

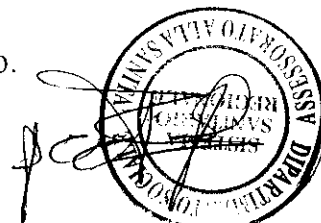
ELIAMBULANZA – CONNESSA ANCHE ALL'OSPEDALE

AREA FORMAZIONE.

Nella struttura dovrà essere compresa l'area dedicata alla formazione indirizzata, come già precisato, specificatamente agli operatori iperbarici (medici, rianimatori, infermieri, tecnici, volontari). Per l'attività di formazione occorrerà strutturare:
N° 3 AULE PER FORMAZIONE RESIDENZIALE DA 25-30 DISCENTI;
AULA CONGRESSUALE 100/200 POSTI, PER ATTIVITA' FORMATIVA E CONGRESSUALE, ATTREZZATA PER VIDEO CONFERENZE E CON COLLEGAMENTO SATELLITARE.

Nonché:

- gestione Ricerca in campo Sanitario
- gestione Ricerca in campo Economico-gestionale
- gestione Servizio catering e/o mensa
- gestione Servizio lavanderia
- gestione Servizi accessori e connessi ai precedenti
- gestione della sicurezza delle persone, degli impianti e delle problematiche ambientali
- progettazione dell'immobile
- realizzazione delle opere e delocalizzazione della camera iperbarica dall'attuale sito
- manutenzione ordinaria degli immobili e degli impianti
- ogni altra attività comunque programmata o prevista dal progetto.



Alla società verrà demandata anche:

- la preventiva presa in possesso degli immobili e delle aree cui al progetto nonché l'acquisizione di tutti i beni strumentali e non, necessari al corretto svolgimento dei servizi;
- l'eventuale gestione tecnico-amministrativa dei servizi con tariffe concordate con gli enti sovraordinati;

la costituenda S.p.A., in particolare, dovrà provvedere anche:

- allo studio definitivo dei progetti economici-finanziari di ogni servizio da gestire nel quadro generale dei bisogni della cittadinanza, tenendo in debita considerazione i dati forniti dall'Azienda e dagli altri enti pubblici interessati;
- alla predisposizione di tutti gli strumenti amministrativi necessari all'effettiva attivazione dei servizi;
- a tutte le indagini preliminari tecniche ed amministrative;
- alla redazione di eventuali progetti definitivi ed esecutivi;
- a tutte le incombenze relative alla sicurezza: D.lgs 626/1994 e D.lgs 494/1996;
- all'ottenimento ed all'adeguamento a tutte le autorizzazioni necessarie in base alle norme vigenti in tema di progettazioni e gratuità delle prestazioni,
- al finanziamento con fondi propri e/o mediante idonee linee di credito;
- all'attivazione di eventuali provvidenze destinate ai settori specifici dalla Regione, dalla Provincia o da altri enti ed Organismi Pubblici.

Il solo compenso previsto per l'espletamento dei servizi è rappresentato dalla gestione dei servizi medesimi e quindi dal rapporto contrattuale/convenzionale con la Regione Lazio, con l'Azienda USL RMF, con gli altri Enti pubblici eroganti e con l'utenza nonché con quant'altro espressamente previsto nella convenzione.

Articolo 6

Rapporti Azienda-Società

I rapporti tra la Società e l'Azienda eventualmente non regolamentati dalla convenzione per la gestione dei servizi e dal presente disciplinare saranno oggetto di appositi contratti, da redigere prima dell'avvio delle attività e secondo criteri di massima soddisfazione ed interesse per gli utenti, nel rispetto della necessaria economicità della gestione.

Articolo 7

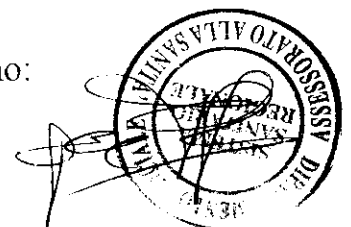
Informazioni sui servizi da gestire

Tutte le informazioni necessarie alla gestione integrata dei servizi sono contenute nel progetto di sperimentazione approvato e nei suoi allegati.

Articolo 8

Documenti disponibili

I documenti relativi alla selezione, disponibili presso l'Azienda sono:



- bando di selezione;
- schema di dichiarazione da allegare alla richiesta di ammissione;
- schema dello statuto della costituenda S.p.A.;
- schema di convenzione per la gestione dei servizi;
- schema di disciplinare di selezione;
- prospetto generale contenente le informazioni economico-finanziarie sui servizi; Scheda "A".

Articolo 9

Modalità di richiesta dei documenti

I documenti di cui all'articolo precedente possono essere richiesti soltanto per iscritto all'Azienda, per posta, per fax o a mano entro il _____ 2004;

Può essere richiesta:

- copia cartacea dei documenti, al costo delle sole spese di duplicazione, pari a Euro _____ da versare anticipatamente mediante versamento sul conto corrente n° _____ / _____ intestato a _____ / _____;

Articolo 10

Informazioni

Per visionare eventuali altri documenti relativi all'iniziativa in oggetto e per ogni altra informazione è possibile rivolgersi, presso la sede dell'Azienda, al responsabile del procedimento dalle ore ____/____ alle ore ____/____ tutti i giorni della settimana, non festivi, dal lunedì al venerdì.

E' possibile concordare con il responsabile del procedimento eventuali visite presso gli immobili ed i siti che l'Azienda intende mettere a disposizione per la gestione dei servizi alla costituenda società.

Articolo 11

Invio dei documenti ai richiedenti

Ogni richiesta dei documenti di cui all'articolo 8 od altra informazione, inerente la selezione, se fatta in tempo utile verrà evasa celermente, in ogni caso entro massimo 6 giorni dalla richiesta.

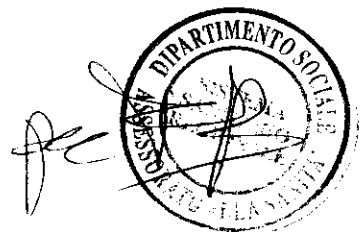
Articolo 12

Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento è il

PARTE II

SOGGETTI AMMESSI ALLA SELEZIONE



REQUISITI MINIMI

Articolo 13

Soggetti aspiranti soci

Possono aspirare ad essere soci della società:

- Regione Lazio;
- Enti locali e loro enti strumentali;
- Aziende sanitarie interessate al progetto;
- Altri enti ed organismi pubblici;
- Associazioni e Organizzazioni non lucrative (ONLUS);
- Cooperative di MMG e di PLS;
- Cooperative sociali;
- Consorzi;
- Associazioni iscritte nell'Anagrafe nazionale delle ricerche;
- Fondazioni;
- Aziende ed Istituti di credito;
- Imprenditori individuali;
- Singole società;
- Associazioni temporanee di imprese e/o di enti senza scopo di lucro appositamente costituite.

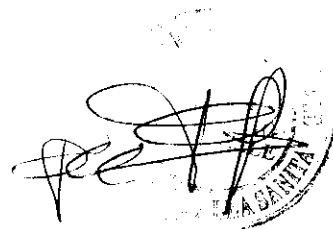
nota: i soggetti che per loro natura giuridica o per statuto non possono essere titolari di azioni o partecipazioni, devono allegare una dichiarazione dalla quale risulti l'impegno a costituirsi ovvero a modificarsi, in caso di aggiudicazione di azioni, in soggetto idoneo a tale scopo.

Articolo 14

Requisiti

Ciascun richiedente per poter partecipare alla selezione deve possedere, in quanto applicabili, pena l'esclusione, i seguenti requisiti d'ordine generale:

- cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea, ovvero residenza in Italia per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartenenti a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi di cittadini italiani;
- non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dalla normativa antimafia;
- inesistenza di sentenze definitive di condanna passate in giudicato ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale a proprio carico per reati che incidono sulla moralità professionale;



- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- inesistenza di irregolarità, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- essere iscritti, qualora obbligatorio, alla Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura e relative attestazioni SOA; agli altri organismi equipollenti e/o obbligatori secondo la legislazione italiana o quella del Paese di provenienza, per le attività attinenti i servizi da gestire ed avere tutti i requisiti e le iscrizioni richieste dalla vigente normativa per la realizzazione delle opere oggetto degli interventi;
- non essere in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in ogni altra analoga situazione;
- non avere in corso una procedura di dichiarazione di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o versare in stato di sospensione dell'attività commerciale;
- non aver commesso, in materia professionale, alcun errore grave;
- inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti l'osservanza delle norme poste a tutela della prevenzione e della sicurezza sui luoghi di lavoro;
- atto costitutivo redatto da notaio;
- atto di associazione temporanea redatto per iscritto;
- attestazione di idonee referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 15

Cauzione provvisoria

I soggetti privati dovranno presentare fideiussione bancaria o assicurativa di importo pari al 30% del valore delle azioni richieste con validità 365 giorni dalla data del termine per la presentazione delle richieste, rilasciata da primario Istituto di credito, quale cauzione per la partecipazione alla selezione. Le condizioni di esecutibilità di tale fideiussione saranno:

- ritiro della richiesta in corso di esame della stessa;
- rifiuto a liberare il capitale sociale, dopo la costituzione della S.p.A.,

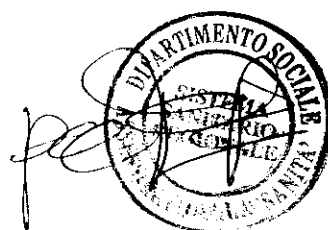
Ai soggetti cui non verranno attribuite Azioni la cauzione sarà svincolata non appena avvenuta l'attribuzione di tutte le azioni.

PARTE III

NORME GENERALI DI SELEZIONE

Articolo 16

Modalità di scelta del socio privato e proposta



La scelta dei soci avverrà mediante procedura aperta, assimilata, per quanto compatibile, al pubblico incanto di cui al decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 157 e per selezione qualitativa complessiva delle progettualità presentate, contenenti gli elaborati prospettici, compresa la proposta di durata della convenzione e gli eventuali introiti che l'Azienda dovrebbe garantire annualmente, per consentire l'intera gestione del progetto e l'assunzione degli oneri complessivi.

Articolo 17

Criteri di aggiudicazione

La selezione dei soci verrà effettuata da una Commissione tecnico amministrativa, in base ai criteri di valutazione fissati dal seguente articolo 22.

L'attribuzione delle azioni ai richiedenti sarà fatta, sulla base di quanto disposto dall'articolo 23, in via provvisoria dalla Commissione tecnico amministrativa ed in via definitiva dal Direttore Generale/Commissario della Azienda USL Roma F, con proprio provvedimento.

Articolo 18

Commissione giudicatrice

la Commissione giudicatrice per l'esame delle richieste sarà nominata con provvedimento del Direttore Generale/Commissario della Azienda USL Roma F, dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande.

la Commissione giudicatrice è composta dalle seguenti 5 persone fisiche, di comprovata professionalità, indipendenti dai partecipanti:

- un funzionario dell'Azienda USL Roma F, con funzioni di Presidente;
- un laureato in economia e commercio;
- un laureato in giurisprudenza;
- due laureati in medicina.

Non possono far parte della Commissione:

- i richiedenti, i loro coniugi ed i loro parenti ed affini fino al terzo grado compreso;
- i datori di lavoro ed i dipendenti dei richiedenti e coloro che abbiano con essi rapporti di lavoro o di collaborazione continuativi e notori.

la Commissione giudicatrice è autonoma nelle sue decisioni, nei suoi pareri e nella definizione delle modalità di lavoro per il procedimento di aggiudicazione, che sarà comunque preso in base ai documenti presentati e in base ai criteri specificati nel presente disciplinare.

Le sedute della Commissione sono valide solo con la presenza di tutti i componenti; le proposte possono essere approvate anche a maggioranza di voti. In caso di parità di voti quello del Presidente della commissione vale doppio.

I componenti della Commissione non possono astenersi dall'esprimere un voto.



La Commissione procederà con la massima tempestività alla attribuzione provvisoria delle azioni che proporrà all'Azienda USL Roma F.

Articolo 19

Forme di pubblicità

In analogia a quanto previsto dall'art. 2, comma 1, del D.P.R. 16/09/1996, n. 533 si procederà alle seguenti forme di pubblicità della selezione:

- invio per la pubblicazione del bando integrale;
- all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea;
- all'Ufficio delle pubblicazioni della Gazzetta Ufficiale della Repubblica

Italiana;

- pubblicazione dell'estratto del bando:
- su due quotidiani a diffusione nazionale;
- su due quotidiani avente particolare diffusione regionale.

Articolo 20

Termini

Il termine per la ricezione delle richieste viene fissato, in analogia a quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 17/03/1995, n. 157, in minimo 52 giorni dalla data di spedizione del bando di selezione all'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali della Comunità Europea.

Articolo 21

Comunicazioni esito selezione

In analogia a quanto previsto dall'articolo 23, comma 5, del D.lgs n. 157 del 17/03/1995 si procederà a comunicare l'esito a tutti i richiedenti a cui verranno assegnate azioni.

In analogia a quanto previsto dall'art. 26, comma 12, del citato decreto legislativo si procederà ad inviare all'Ufficio delle pubblicazioni della Comunità Europea, entro sessanta giorni dall'espletamento della selezione, un avviso in merito al risultato della procedura.

L'esito della selezione sarà inoltre pubblicato:

- sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- su due quotidiani a diffusione nazionale;
- su un quotidiano avente particolare diffusione regionale.

PARTE IV

MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DA PARTE DI PRIVATI DI ATTRIBUZIONE DI AZIONI



Articolo 22

Criteri di valutazione

l'accoglimento delle richieste avverrà in base ai seguenti criteri:

- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è inferiore o uguale alle azioni disponibili, si attribuirà, a ciascun richiedente, il numero di azioni richieste;
- se la richiesta complessiva, da parte di soggetti risultati idonei, è superiore alle azioni disponibili, si attribuiranno le azioni, in relazione alle specificazioni, di cui all'articolo 28, ed eventualmente in riduzione proporzionale rispetto alle richieste.

In particolare si privilegeranno le richieste:

- dei soggetti che presentino caratteristiche di omogeneità agli interessi della compagine sociale;
- dei soggetti che hanno o che manifestino la volontà, in caso di assegnazione di azioni, di insediare la propria attività nell'area urbana di riferimento o nelle aree più prossime;
- dei soggetti operanti da più tempo nei settori attinenti a quelli dei servizi che dovrà rendere la società;
- dei soggetti che possano determinare positivi impatti occupazionali;
- dei soggetti appartenenti alle categorie del no-profit;
- dei soggetti che dispongano al proprio interno di personale medico appartenente alla categoria dei mmg e pls, di personale paramedico e di personale di ricerca medica o/e economico-gestionale di comprovata professionalità;
- dei soggetti che presentino le migliori proposte e soluzioni progettuali complessive e/o ipotesi di project financing e/o di lavoro e/o di ricerca attinenti l'attività da svolgere.

Articolo 23

Modalità di attribuzione delle azioni

In ogni caso l'Azienda USL Roma F, a suo insindacabile giudizio, si riserva di:

- Non accogliere, previa idonea motivazione, le domande di partecipazione alla società;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni, ritenute valide, siano superiori a 49.000,00 Euro:
 - di attribuire un numero di azioni ridotto proporzionalmente alle azioni richieste;
 - di aumentare il capitale sociale fino ad un massimo di Euro 200.000,00 adeguando la propria partecipazione e comunque mantenendola non al di sotto del 51%;
- Nel caso in cui le richieste di sottoscrizione di azioni accolte siano inferiori ai 49.000,00 Euro:
 - di proporre azioni in aumento ai richiedenti;



- di aumentare la propria partecipazione sociale, mantenendola comunque non al di sotto del 51%;
- di ricercare ulteriori soci a trattativa privata, tenendo conto dei criteri indicati nel presente disciplinare;
- Non dar luogo alla costituzione della società.
- Non dar luogo alla costituzione della società.
- Raggruppare i soggetti privati in unico soggetto.

PARTE V

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ED ESPLETAMENTO SELEZIONE

Articolo 24

Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti pubblici

I soggetti pubblici devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante dell'Ente richiedente.

La richiesta di partecipazione alla Società deve essere contenuta in un plico recante all'esterno la dicitura:

"Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.p.A.. "....."

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 27, comma 1, del presente disciplinare;
- l'atto deliberativo, di cui all'articolo 27, comma 2, del presente disciplinare.

Articolo 25

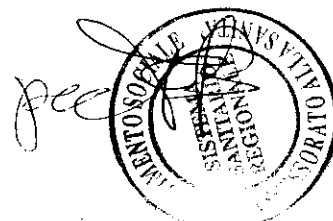
Modalità di presentazione della richiesta da parte dei soggetti privati

I soggetti interessati, aventi i requisiti prescritti dal presente disciplinare, per partecipare alla selezione devono far pervenire una domanda:

- esclusivamente a mano o per mezzo del servizio postale per raccomandata o agenzie di recapito autorizzate;
- entro e non oltre l'ora ed il giorno stabiliti nel bando di selezione;
- all'indirizzo di cui al punto 1 del bando di selezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste relative a quote di partecipazione societaria in misura inferiore a quella prevista di n. 2.000 Azioni.

La domanda dovrà essere sottoscritta, con firma leggibile e per esteso, in ciascuna sua parte dal legale rappresentante.



La domanda e tutti i documenti prodotti dovranno essere redatti in lingua italiana. Eventuali documenti emessi da Autorità straniere dovranno essere accompagnati da traduzione in lingua italiana.

In caso di soggetto estero, la società deve prevedere alla nomina di un rappresentante fiscale ai sensi dell'articolo 17, comma 2, del D.P.R. 26/10/1972, n. 633 e successive modificazioni.

La richiesta di partecipazione alla Società, a pena di esclusione, deve essere contenuta in plico sigillato con ceralacca e firmato sui lembi di chiusura dal legale rappresentante e recare all'esterno la dicitura:

"Bando di selezione dei soci per la costituzione della S.p.A."

Contenere all'interno del plico:

- la domanda, di cui all'articolo 28 del presente disciplinare;
- i documenti, di cui all'articolo 29 del presente disciplinare;
- la dichiarazione, di cui all'articolo 30 del presente disciplinare;
- l'impegno, di cui all'articolo 31 del presente disciplinare;
- la fideiussione bancaria o assicurativa di cui all'articolo 15 del presente disciplinare;
- ogni altro documento ritenuto utile ai fini della selezione.

Articolo 26

Recapito plico

Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove per qualsiasi motivo lo stesso non giunga a destinazione in tempo utile.

Ai fini della partecipazione alla selezione fanno fede la data e l'ora di ricezione delle offerte e non quelle di spedizione.

Non sono in nessun caso prese in considerazione le domande, anche se sostitutiva od aggiuntiva di domanda precedente, pervenute oltre tale termine e anche se spedite prima del termine di scadenza sopra indicato.

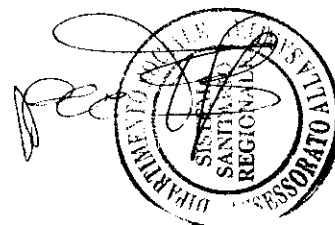
Non si darà corso all'apertura del plico che risulti pervenuto oltre il termine fissato per la ricezione o che risulti pervenuto in difformità a come richiesto o sul quale non sia apposto il mittente, la scritta relativa alla specificazione della selezione oggetto della procedura aperta, non sia sigillato con ceralacca e non sia controfirmato sui lembi di chiusura, come richiesto.

Articolo 27

Domande enti pubblici

Unitamente alla domanda, i soggetti pubblici ai quali sono riservate le azioni di cui all'articolo 4, dovranno specificare il numero di azioni che intendono sottoscrivere.

Unitamente alla domanda occorre allegare copia di idoneo atto con il quale l'Ente ha deliberato di richiedere le azioni di cui al comma 1 e con il quale ha previsto la relativa copertura finanziaria.



Articolo 28

Domanda soggetti privati

Nella domanda, i soggetti privati dovranno specificare:

- il numero di azioni che intendono sottoscrivere;
- l'intenzione o meno di insediarsi nell'area di riferimento o nelle aree più prossime;
- le eventuali interrelazioni economiche, tecniche, logistiche, eccetera. con altre prevedibili attività attinenti nell'area interessata;
- la modalità di partecipazione ed i relativi atti redatti con altri soggetti analogamente interessati alla sottoscrizione di azioni della società e con i quali si sono redatti progetti complessivi finalizzati ad intervenire in modo integrato nella gestione dei Servizi offerti dalla Società e nella progettazione e realizzazione delle opere da effettuare, con i relativi schemi, prospetti e soluzioni corredate anche con gli eventuali project financing collegati e attinenti la migliore soluzione, sempre per la gestione dei servizi oggetto della società e della realizzazione delle opere connesse;
- gli eventuali schemi aggiuntivi di convenzioni/contratti da sottoscrivere con l'Azienda,
- tutte le informazioni aggiuntive ritenute utili.

Articolo 29

Altri documenti

Nel caso di soggetti con più soci dovranno essere presentati:

- elenco con i nominativi:
- di tutti i soci: nel caso di s.n.c., cooperative, associazioni, consorzi e altri enti assimilati;
- di tutti i soci accomandatari, nel caso di società in accomandita semplice o per azioni;
- degli amministratori/e o dei/l soggetti/o con poteri di rappresentanza, per ogni tipo di società, associazione temporanea o altro soggetto assimilato richiedente, con più soci.
- copia:
- dell'atto costitutivo e dello statuto vigente;
- del verbale di impegno di costituzione o di modifica statutaria di cui alla nota del punto 5. del bando di gara.
- tutti i soggetti richiedenti:
- copia dell'ultimo bilancio, comprensivo dei prescritti allegati (esonerati i soggetti costituiti nell'anno 2004 ed i non obbligati per legge);
- referenze bancarie rilasciate da almeno un Istituto di Credito.

Articolo 30

Dichiarazione



La dimostrazione del possesso dei requisiti d'ordine generale richiesti dal presente disciplinare avviene mediante unica *dichiarazione* sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi della Legge 04/ 01/1968, n. 15 e del D.P.R. 20/10/1998, n. 403, nonché dell'articolo 11, comma 2, del D.lgs 24/07/1992, n. 358 e successive modificazioni, così come richiamato dall'articolo 12 del D.lgs 157/1995 più volte citato, in lingua italiana, da rendersi nel rispetto della Legge sull'imposta di Bollo sulla base dell'allegato "*Schema di dichiarazione*".

I cittadini della Comunità Europea possono presentare la dichiarazione sostitutiva con le stesse modalità previste per i cittadini italiani ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 20/10/1998, n. 403.

Per i cittadini extracomunitari si applica la disposizione di cui al comma 2 del medesimo articolo 4 del D.P.R. 403/1998.

Si rammenta che la falsa dichiarazione comporta sanzioni penali (articolo 26 L. 04/01/1968, n. 15) e costituisce causa d'esclusione dalla partecipazione a successive gare per ogni tipo di appalto, oltre che comportare nella presente procedura la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Azienda si riserva di procedere a verifiche d'ufficio anche per i concorrenti non risultati assegnatari di azioni.

Saranno esclusi dalla selezione i soggetti che non avranno presentato la dichiarazione secondo il fac-simile allegato al presente disciplinare e comunque incomplete o mancanti di una delle dichiarazioni ivi previste.

Le dichiarazioni dovranno essere rese:

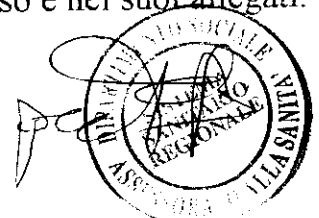
- nel caso di impresa individuale, dal titolare;
- nel caso di società in nome collettivo, da tutti i soci;
- nel caso di società in accomandita semplice o per azioni, da tutti i soci accomandatari;
- per ogni altro tipo di società, ente o associazione, dagli amministratori/e o dai soggetti/o con poteri di rappresentanza legale e dal direttore tecnico, se previsto in statuto.

Articolo 31

Impegno

Ogni richiedente deve sottoscrivere formale impegno:

- alla sottoscrizione ed alla liberazione, attraverso conferimenti in denaro, del numero di azioni di capitale sociale che in base alla richiesta gli verrà assegnato, prima della stipula del rogito costitutivo;
- ad effettuare anticipazioni alla Società, in proporzione alla propria partecipazione, in caso di assenza o incapienza di finanziamenti;
- a partecipare al progetto nelle modalità previste nello stesso e nei suoi allegati.



Articolo 32

Procedura di selezione

Le operazioni di selezione si svolgeranno secondo quanto illustrato nel successivo articolo 33 ed avranno inizio:

- all'ora ed il giorno stabiliti nel Bando;
- presso la sede dell'Azienda USL Roma F;
- anche se nessuno dei richiedenti sarà presente in sala.

il Presidente della Commissione selezionatrice dispone l'apertura delle sole richieste pervenute in tempo utile.

La mancanza, la difformità o l'incompletezza dei documenti presentati o il non possesso delle condizioni minime richieste, comporta l'esclusione del richiedente.

Non sarà ammessa alla selezione la richiesta nel caso che manchi o risulti incompleto od irregolare alcuno dei documenti richiesti.

Non sono ammesse le richieste che recano abrasioni o correzioni del numero di azioni, se non espressamente confermate e sottoscritte.

Potranno essere esclusi dalla selezione, ad insindacabile giudizio della Commissione esaminatrice, i soggetti per i quali risulti dal Certificato del Casellario Giudiziario che il titolare o i legali rappresentanti abbiano riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per uno dei seguenti reati che incida gravemente sulla loro moralità professionale:

- reati contro il patrimonio, contro la Pubblica Amministrazione, contro la fede pubblica e reati previsti o richiamati dalla Legge 13/09/1982, n. 646 e successive modificazioni;
- altri reati, non colposi, che comportino l'irrogazione di una pena superiore ad anni due di reclusione, previsti dal Codice Penale o dalle leggi speciali;
- recidive infrazioni alle leggi sociali.

Si avverte che i documenti da presentare dovranno essere prodotti nella prescritta carta con bollo, ad eccezione di quelli per i quali il bollo è esplicitamente escluso o per i quali, ovviamente, venga assolto in modo virtuale.

I documenti non in regola con le disposizioni sul bollo non comportano esclusione dalla selezione. Ne sarà fatta denuncia al competente Ufficio del Registro per la regolarizzazione (articolo 19 del D.P.R. 26/10/1972, n. 633, come sostituito dall'articolo 16 del D.P.R. 30/12/1982, n. 955).

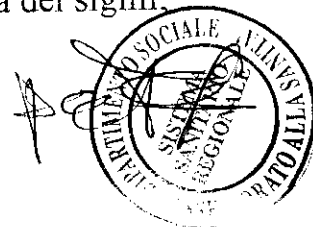
Si procederà all'attribuzione delle azioni anche in presenza di una sola richiesta valida.

Articolo 33

Selezione

In seduta pubblica, la Commissione selezionatrice:

- verificherà la regolarità dei plichi: recapito, integrità, regolarità dei sigilli;



- aprirà i plichi e verificherà la regolarità e conformità a quanto richiesto nel presente disciplinare della domanda e dei documenti allegati;
- verificherà il possesso dei requisiti minimi richiesti;
- annoterà le richieste di azioni;
- procederà a mente del presente disciplinare se il numero di azioni richieste è minore, uguale o superiore a quello massimo fissato;
- trasmetterà le proprie valutazioni ed attribuzioni al responsabile del procedimento dell'Azienda.

Il responsabile del procedimento provvederà a predisporre idonea definitiva proposta deliberativa, al Direttore Generale, per l'Atto Costitutivo, lo Statuto, l'attribuzione delle azioni e quanto altro ritenuto utile e necessario.

PARTE VI NORME GENERALI

Articolo 34

Disposizioni finali

L'attribuzione di azioni, mentre sarà vincolante per il richiedente per effetto della presentazione della domanda, non impegnerà l'Azienda se non quando dopo aver eventualmente deliberato in merito, a norma di legge tutti gli atti inerenti la selezione e ad essa necessari e dipendenti avranno conseguito piena efficacia giuridica.

Si riserva al Presidente della Commissione selezionatrice la facoltà insindacabile di non dare luogo alla selezione stessa o di rinviare la data senza che i concorrenti preavvisati possano accampare pretese al riguardo.

Tutti i documenti e certificati presentati dai soci selezionati saranno trattenuti dalla stazione appaltante. I certificati ed i documenti presentati dai richiedenti non selezionati potranno essere restituiti dopo l'attribuzione definitiva delle azioni. Gli atti in questione, salvo l'offerta, potranno essere ritirati direttamente presso il competente ufficio.

Prima di procedere alla scelta definitiva dei soci ed alla relativa attribuzione di azioni, l'Azienda si riserva di invitare i richiedenti selezionati a produrre, tutta la documentazione probatoria delle dichiarazioni presentate in sede di selezione.

Ove i soci selezionati, nel termine di 15 giorni dalla data dell'invito non abbiano perfettamente o completamente ottemperato a quanto precedentemente richiesto, ovvero venga accertata la mancanza o carenza dei requisiti, l'Azienda procederà all'annullamento della selezione provvisoria e potrà disporla in favore di altri richiedenti o degli aspiranti in regola.

Articolo 35

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'articolo 10 della Legge 21/12/1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a

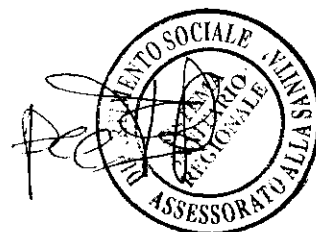


liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza; il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti a partecipare alla procedura di selezione dei soci della costituenda S.p.A.; il trattamento dei dati forniti sarà dunque implicitamente concesso dai concorrenti con la richiesta di partecipazione.

Articolo 36

Clausola compromissoria

Qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra l'Azienda e la costituenda S.p.A. e che non fosse possibile comporre direttamente fra le parti, in via di bonaria definizione, sarà sottoposta al giudizio di un Collegio di arbitri, nominato secondo le norme di rito e come regolamentato nella convenzione per la gestione dei servizi. il Collegio arbitrale deciderà in forma rituale e secondo diritto.



SIGNIFICANDO CHE IL PROGETTO DELLE OPERE E LA PROPOSTA ECONOMICO FINANZIARIA SONO OGGETTO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLA ASL

SI RAPPRESENTANO LE SEGUENTI

INDICAZIONI DI MASSIMA SULLO STATO DELL'ARTE E SUGLI INTERVENTI DA EFFETTUARE NONCHE' ALCUNE INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE COMPRESA LA RICHIESTA DI PROPOSTA COMPLESSIVA DA PRESENTARE DAI SOGGETTI ASPIRANTI SOCI

Indice

CARATTERISTICHE PRESTAZIONALI *Errore. Il segnalibro non è definito.*

FINALITÀ DEL PROGETTO..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

DESCRIZIONE DELL'AREA DI PROGETTO**Errore. Il segnalibro non è definito.**

DESCRIZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGETTO**Errore. Il segnalibro non è definito.**

RIFERIMENTI NORMATIVI..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

DESCRIZIONE DELLE "ESIGENZE" DEL PROGETTO**Errore. Il segnalibro non è definito.**

Resistenza meccanica e stabilità **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Sicurezza in caso d'incendio **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Igiene salute ed ambiente **Errore. Il segnalibro non è definito.**

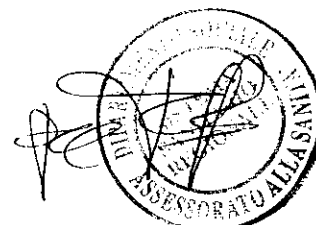
Sicurezza di utilizzazione **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Protezione contro il rumore **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Risparmio energetico e isolamento termico **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Requisiti per la scelta dei prodotti e soluzioni tecniche di rivestimento e finitura in rapporto al loro impiego. **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Rivestimenti di pavimentazione **Errore. Il segnalibro non è definito.**



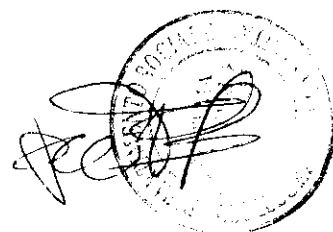
Rivestimenti interni di pareti verticali **Errore. Il segnalibro non è definito.**

PRESCRIZIONI, CONDIZIONI E REQUISITI TECNICI INDEROGABILI
PER IL LOCALE CAMERA IPERBARICA **Errore. Il segnalibro non è definito.**

Impiantistica e sistemi necessari per il funzionamento della camera iperbarica **Errore. Il segnalibro non è definito.**

***PRESCRIZIONI, CONDIZIONI E REQUISITI TECNICI
INDEROGABILI PER L'ATTIVITÀ CLINICA AMBULATORIALE***

Errore. Il segnalibro non è definito.



1. CARATTERISTICHE

2. DESCRIZIONE DELL'AREA DI PROGETTO

L'area di progetto è situata in prossimità della linea ferroviaria Roma – Pisa ed è resa accessibile da una viabilità secondaria prevista dall'ipotesi di sistemazione dall'area artigianale quindi all'interno di un contesto urbanistico con aree destinate ad attività artigianali e di pertinenza dell'Autorità Portuale di Civitavecchia.

Si tratta di un lotto rettangolare che costituisce la naturale chiusura della fascia urbanizzata lungomare delimitata dalla cesura costituita dal limite di rispetto della linea ferroviaria.

In tale lotto è stato ipotizzato un volume a sezione parallelepipedica con pianta rettangolare e altezza massima pari a 9,00 metri disposto parallelamente alla linea di confine adiacente alla zona destinata ad eliporto.

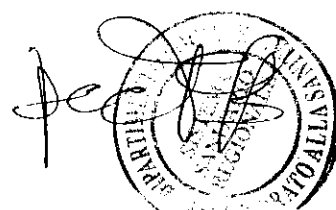
La facile accessibilità, la buona dotazione di servizi al contorno e la possibilità di creare spazi interni all'area di pertinenza, di atterraggio e di parcheggio di eliambulanza e di verde, sono elementi di conferma di una corretta localizzazione di tipo territoriale, oltre che una attenta scelta urbanistica coerente con le problematiche ambientali.

Infatti un'area di pertinenza, circonda l'edificio, arretrato rispetto alla strada e questo gli garantisce un discreto livello di privacy e filtro nel confronto dei rumori e del traffico esterno.

3. DESCRIZIONE di massima DEI CONTENUTI DEL PROGETTO

La struttura dovrà contenere in primo luogo un'area Accoglienza / Segreteria per la gestione delle suddette attività. Tale area dovrà contenere i seguenti spazi funzionali:

1. **accettazione**, localizzata in prossimità dell'ingresso;
2. **sala d'attesa** arredata con poltroncine e tavoli;



3. **Internet Point** caratterizzato dalla presenza di un terminale collegato alla banca dati centrale in modo da permettere di ottenere per via telematica informazioni relative ai servizi offerti dal centro poliambulatoriale;
4. **postazione informatizzata** per proiezione video illustrativo relativo alle attività presenti nell'ambito del poliambulatorio.

Il *polo di medicina del mare* dovrà prevedere aree differenti ed integrate destinate rispettivamente alle seguenti attività:

- A. camera iperbarica
- B. attività di primo intervento
- C. attività ambulatoriali
- D. diagnostica strumentale non invasiva
- E. didattica

Attività a): Camera Iperbarica.

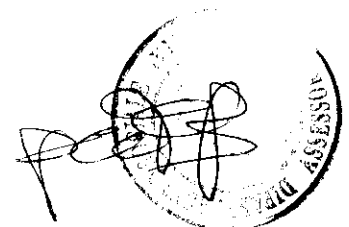
La Camera Iperbarica costituirà l'attività primaria del nuovo *polo di medicina del mare*.

Tale ambiente dovrà funzionare secondo *2 linee di attività*.

La prima linea di attività è relativa alla *gestione delle Emergenze*; per tale gestione la camera dovrà essere provvista di un collegamento diretto con l'eliporto, di un rapido e agevole accesso rispondente alla normativa in vigore per il superamento delle barriere architettoniche, di spazi di manovra per barella, respiratore automatico ecc.

La seconda linea di attività è relativa alla *gestione degli accessi ambulatoriali*; in tal caso dovrà essere previsto un ingresso controllato dove potranno accedere pazienti provenienti dal loro domicilio o da altre strutture sanitarie, per il trattamento iperbarico delle seguenti patologie:

- Embolia gassosa arteriosa
- Malattia da decompressione



- Intossicazione da co e da sostanze solfometaemoglobinizzanti
- Gangrena gassosa da clostridi
- Infezione da flora batterica mista
- Gangrena umida delle estremità in diabetici
- Sindrome da schiacciamento
- Radionecrosi tissutale
- Sordità improvvisa
- Osteomielite
- Trapianti e lesioni chirurgiche a rischio
- Insufficienze vascolari
- Fratture a rischio di scarso consolidamento
- Algodistofie post traumatiche e necrosi ascettica
- Patologie retiniche
- Ferite infette da flora batterica mista

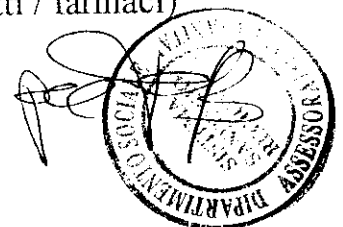
Attività b): Primo Intervento

Per attività di primo intervento si intende un ambulatorio medico chirurgico dotato di attrezzature minime ove possa essere praticato un primo soccorso (immobilizzazione di una frattura, esecuzione di ECG, prelievo venoso urgente, ecc.).

Tale ambiente dovrà essere dotato di un lettino per visita, di una scrivania e di un carrello per medicazioni.

Attività c): Attività ambulatoriale

Nell'ambito del *polo di medicina del mare* dovranno essere previsti un certo numero di studi medici di superficie pari a circa 25,00 mq, dotati delle attrezzature e degli arredi base per l'attività clinica ambulatoriale (scrivania, poltrona medico, n° 2 sedie pazienti, lettino per visita, diafanoscopio, armadietto portaoggetti / farmaci)

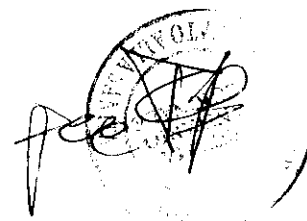


Tali ambienti dovranno accogliere branche mediche di attività ambulatoriali quali:

- Allergologia
- Angiologia
- Endocrinologia e malattie metaboliche
- Dermatologia
- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Chirurgia vascolare: Geriatria
- Infettivologia ed immunologia
- Medicina del lavoro
- Medicina dello sport
- Neurologia
- Oculistica (specie rivolta ad area pediatrica)
- Otorinolaringoiatria
- Ortopedia (specie rivolta ad area pediatrica)
- Pneumologia
- Reumatologia
- Centro per disturbi alimentari.
- Ambulatorio di piccola chirurgia per pratiche di chirurgia ambulatoriale in dermatologia e altre branche chirurgiche.

Gli ambulatori dovranno essere in relazione con la sala accoglienza, dovranno essere dotati di servizi igienici esclusivi e dovranno avere un collegamento diretto interno con la camera iperbarica.

Attività d): Diagnostica strumentale non invasiva



Le attività di diagnostica da prevedere all'interno del polo di medicina sono quelle di seguito elencate:

- Centro prelievi collegato con l'ospedale anche in via telematica per attività di laboratorio di analisi cliniche con sezione di batteriologia di eccellenza.
- Ecografia;
- Ecodoppler;
- Laboratorio di otiatria diagnostica;
- Laboratorio di funzionalità respiratoria: spirometro ecc.
- Sezione di diagnostica neurofisiologica – potenziali evocativi sensitivi, motori, mapping cerebrale, pot evocativi visivi, acustici, elettromiografia, elettroencefalografia.

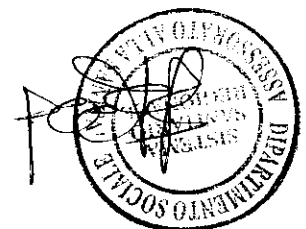
Le attività su indicate, ad esclusione della sezione di diagnostica neurofisiologica, che andrà collocata in ambienti ad hoc a causa delle strumentazioni di neurofisiologia usate (gabbia di Faraday), non necessitano di accorgimenti particolari e potranno pertanto essere collocate in ambienti standard tipo quelli previsti per gli studi medici precedentemente descritti, individuando uno spazio appropriato per le attrezzature operative

Attività e): Formazione

Dovranno essere previste sale per le attività didattiche servite da servizi ad uso esclusivo, direttamente accessibili dall'esterno ma con la possibilità di godere di un collegamento interno con l'area poliambulatoriale. In tali aule dovrà essere prevista un'impiantistica per proiezione di immagini e teleconferenze (video/VHS, DVD).

Nel dettaglio si dovranno prevedere:

- 1) un'aula congressuale per 100/200 posti,
- 2) due o tre aule da 25/30 posti per corsi di formazione.



4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 30.XII.1992 N° 502, ART.8
- 19.VI.1999 N° 229 ART.8 -TER.
- D.L. 14.01.1997 (4.0.42 DEL 20.11.97) - D.L. 4 marzo 2003:

5. DESCRIZIONE DELLE “ESIGENZE” DEL PROGETTO

Caratteristiche prestazionali dei prodotti da costruzione

I prodotti da costruzione dovranno assicurare i requisiti di carattere generale di cui alla direttiva CEE 89/106 di seguito riportati.

Requisiti essenziali

6. Resistenza meccanica e stabilità

Per soddisfare questa esigenza l'opera deve essere concepita e costruita in modo da sopportare i carichi prevedibili senza dar luogo a crollo totale o parziale, deformazioni inammissibili, deterioramenti di sue parti o degli impianti fissi, danneggiamenti anche conseguenti ad eventi accidentali ma comunque prevedibili.

Riferimenti normativi

Il sistema normativo nazionale, per quanto concerne la sicurezza delle costruzioni, fa capo a due leggi fondamentali e ai relativi decreti e circolari esplicative:

- Legge n. 1086 del 5.11.1971
- Norme per la disciplina delle opere di conglomerato cementizio armato, normale e precompresso e a struttura metallica
- Legge n. 64 del 2.2.1974
- Provvedimenti per le costruzioni con particolari prescrizioni per le zone sismiche
- D.M.del 3.12.1987
- Norme tecniche per la progettazione, l'esecuzione ed il collaudo delle strutture prefabbricate
- Circolare Min. LL.PP. Cons. Sup. n. 31104 del 16.3.1989 - D.M. del 20.11.1987
- Norme tecniche per la progettazione, esecuzione e collaudo degli edifici in muratura e per il loro consolidamento
- Circolare Min. LL.PP. Cons. Sup. n. 30787 del 4.1.1989 .
- D.M.dell'11.3.1988



- Norme tecniche riguardanti le indagini sui terreni e sulle rocce, la stabilità dei pendii e delle opere di fondazione Circolare Min. LL.PP. Cons. Sup. n. 30483 del 24.9.1988
- D.M. del 4.5.1990
- Progettazione, esecuzione e collaudo dei ponti stradali
- D.M. del 9.1.1996
- Norme tecniche per il calcolo, l'esecuzione ed il collaudo delle strutture in cemento armato, normale e precompresso e per le strutture metalliche
- Circolare Min. LL.PP. Cons. Sup. n. 252 del 15.10.1996
- D.M. del 16.1.1996
- Norme tecniche relative ai "Criteri generali per la verifica di sicurezza delle costruzioni e dei carichi e sovraccarichi Circolare Min. LL.PP. Cons. Sup. del 4.7.1996 n. 156
- D.M. del 16.1.1996
- Norme tecniche per le costruzioni in zone sismiche

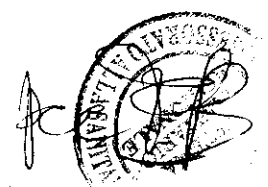
Questi tre ultimi decreti innovano il quadro normativo nazionale in quanto costituiscono:

- una apertura alle norme europee consentendo l'uso dell'EC2 e dell'EC3;
- un aggiornamento della norma sui carichi, che viene allineata all'EC1;
- l'ammissibilità dell'uso del metodo agli stati limite in zona sismica; l'ammissibilità normativa (senza necessità di certificazione di idoneità tecnica) della muratura armata.

7. Sicurezza in caso d'incendio

Per soddisfare questa esigenza l'opera deve essere concepita e costruita in modo da garantire, in caso di incendio:

- la stabilità degli elementi portanti per un tempo utile ad assicurare il soccorso agli occupanti;



- la limitata propagazione del fuoco e dei fumi, anche riguardo alle opere vicine;
- la possibilità che gli occupanti lascino l'opera indenni o che gli stessi siano soccorsi in altro modo;
- la possibilità per le squadre di soccorso di operare in condizioni di sicurezza.

Alle strutture esposte alla situazione incendio si richiede il mantenimento di tre funzioni indicate con le sigle R, E, I.

R = capacità di una struttura o di parte di essa di sostenere determinate azioni (criterio di RESISTENZA)

E = capacità di un elemento di prevenire la propagazione dell'incendio per il passaggio di fiamme o gas o vapori caldi (criterio di INTEGRITÀ)

I = capacità di un elemento di prevenire un eccessivo passaggio di calore tra due compartimenti adiacenti (criterio di ISOLAMENTO).

Tali capacità devono essere assicurate per un tempo prefissato, espresso in minuti e possono essere combinati fra loro come sotto indicato:

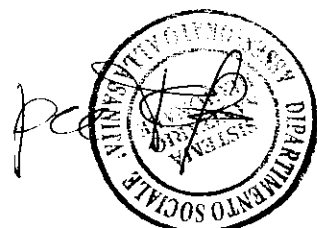
R quando è richiesta solo la resistenza (p.e. travi, pilastri, mensole, ancoraggi, ecc.)

EI per elementi con esclusiva funzione di separazione (p.e. pareti tagliafuoco o pareti perimetrali che non svolgono ruolo portante nel complesso strutturale);

REI per elementi che oltre a svolgere una funzione statica, devono anche separare due compartimenti (p.e. solai, pareti portanti).

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

- UNI VVFF 9502
- ENV 1991-2-2, ENV 1991-2-7 ed ENV 1992-1-2
- Circolare del Ministero dell'Interno n.91 del 1961 "Norme di sicurezza per la protezione contro il fuoco dei fabbricati a struttura in acciaio destinati ad uso civile".



9. Igiene salute ed ambiente

Per soddisfare questa esigenza l'opera deve essere concepita e costruita in modo da non costituire una minaccia per l'igiene o la salute degli occupanti o dei vicini, causata, in particolare, dalla formazione di gas nocivi, dalla presenza nell'aria di particelle o di gas pericolosi, dall'emissione di radiazioni pericolose, dall'inquinamento o dalla contaminazione dell'acqua o del suolo, da difetti di evacuazione delle acque, dei fumi e dai residui solidi o liquidi e dalla formazione di umidità in parti o sulle superfici interne dell'opera.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Ministero della Sanità del 5.7.1975, indirizzato all'edilizia residenziale;
- Circolare del Ministero dei Lavori Pubblici n. 3151 del 22.5.1967, indirizzata all'edilizia civile sovvenzionata;
- DM del 18.12.1975, indirizzato all'edilizia scolastica;
- Circolare del Ministero dei Lavori Pubblici n. 13011 del 22.12.1974, indirizzata all'edilizia ospedaliera;
- Normativa tecnica della regione Emilia Romagna n. 48 del 3.11.1984 per l'edilizia residenziale pubblica.

11. Sicurezza di utilizzazione

Per soddisfare questa esigenza l'opera deve essere concepita e costruita in modo tale che la sua utilizzazione o il suo funzionamento non presentino dei rischi inaccettabili di incidenti come scivolamenti, cadute, colpi, bruciature, scariche elettriche, ferimenti a seguito di esplosioni ed altri prevedibili danneggiamenti alle persone che la occupano o che si trovano nelle sue prossimità.

12. Protezione contro il rumore

Per soddisfare questa esigenza l'opera deve essere concepita e costruita in modo tale che il rumore percepito dagli occupanti o da persone trovantesi in sua prossimità sia mantenuto a livelli che non prestino minaccia per la loro salute e che non permetta loro di dormire, di riposarsi e di lavorare in condizioni soddisfacenti.



1.4.5.1. Riferimenti normativi

- ***Circolare 1769 del 30.04.1966***
"Criteri di valutazione e collaudo nelle costruzioni edilizie"
- ***Circolare 3150 del 22.05.1967***
"Criteri di valutazione e collaudo negli edifici scolastici"
- ***DM del 21.03.1970***
"Norme tecniche relative all'edilizia scolastica ivi compresi gli indici minimi di funzionalità didattica, edilizia, urbanistica, da osservarsi nell'esecuzione di edilizia scolastica"
- ***DM del 12.02.1971***
"Modalità di misura e i limiti di accettabilità del rumore delle industrie, misurato all'esterno degli stabilimenti"
- ***DM del 18.12.1975***
"Norme tecniche aggiornate relative all'edilizia scolastica"
- ***DM del 13.09.1977***
"Aggiornamento del DM del 18.12.1975"
- ***DPCM del 01.03.1991 "Limiti massimi di esposizione al rumore negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno"***
Legge 447 del 26.10.1995 .. "Legge quadro sull'inquinamento acustico"
- ***UNI 7681***
"Criteri di misura e valutazione del rumore negli ambienti di lavoro"
- ***UNI 4118***
"Misura dell'isolamento acustico di edifici e di componenti di edifici"
- ***UNI 7712***
"Macchine utensili - Determinazione del rumore in ambiente di lavoro"
- ***UNI 7170***
Vetri piani, livelli sonori esterni, livelli sonori ammissibili, potere fonoisolante dei serramenti
- ***UNI 8270***



Misura del potere fonoisolante degli elementi costruttivi

- **UNI 8204**
serramenti, zone di rumore, livelli sonori di normale tollerabilità
- **UNI 9433**
"Valutazione dei rumori negli ambienti abitativi"
- **ISO/R/31**
"Grandezze e unità acustiche"
- **ISO/R/131**
"Espressione dell'intensità fisica e soggettiva di un suono o rumore"
- **ISO/R/140**
"Misura sul posto e in laboratorio della trasmissione di suoni aerei e di rumori d'urto"
- **ISO/R/266**
"Frequenze normali per misure acustiche"
- **ISO/R/354**
"Misure di coefficiente di assorbimento in sala riverberante"
- **ISO/R/357**
"Espressione del livello di potenza e di intensità di un suono o rumore"

13. Risparmio energetico e isolamento termico

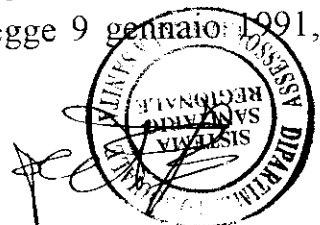
Per soddisfare questa esigenza l'opera ed i suoi impianti di riscaldamento, di raffreddamento e di aerazione devono essere concepiti e costruiti in modo tale che il consumo d'energia necessario all'utilizzazione resti moderato tenuto conto delle condizioni climatiche locali, senza pur tuttavia nuocere al comfort termico degli occupanti.

1.4.6.1. Riferimenti normativi

- **Legge 10 del 09.01.1991 - DPR 412 del 26.08.1993**

"Regolamento recante norme per la progettazione, l'installazione, l'esercizio e la manutenzione degli impianti termici degli edifici ai fini del contenimento dei consumi di energia, in attuazione dell'art.4, comma 4, della legge 9 gennaio 1991, n.10"

- **DM del 10.03.1477**



"Determinazione delle zone climatiche e dei valori minimi e massimi dei relativi coefficienti volumici globali di dispersione termica".

— *DM del 30.07.1986*

"Aggiornamento dei coefficienti di dispersione termica degli edifici"

— *DM del 23.11.1982*

"Direttive per il contenimento del consumo di energia relativa alla termoventilazione e alla climatizzazione di edifici industriali".

— *UNI 7357*

"Calcolo del fabbisogno termico per il riscaldamento degli edifici"

— *UNI10344*

"Riscaldamento degli edifici. Calcolo del fabbisogno di energia".

— *UNI10345*

"Riscaldamento e raffrescamento degli edifici - Trasmittanza termica dei componenti finestrati - Metodo di calcolo".

14.

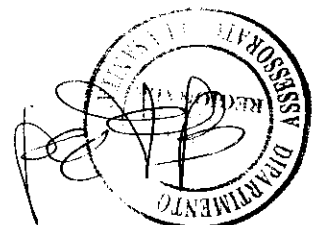
15. Requisiti per la scelta dei prodotti e soluzioni tecniche di rivestimento e finitura in rapporto al loro impiego.

I materiali, i prodotti e le soluzioni tecniche in genere, devono soddisfare i requisiti d'uso che derivano da esigenze di sicurezza e igiene, di fruibilità, di manutentabilità e affidabilità (durata) specifiche in relazione al loro impiego.

16. Rivestimenti di pavimentazione

In termini di requisiti qualificanti sono preferibili nelle aree ambulatoriali rivestimenti di pavimento in piastrelle ceramiche o in piastrelle di conglomerato cementizio, pavimento vinilico in teli o in piastrelle; nei percorsi, nelle aree di attesa e nei servizi igienici pavimenti in piastrelle ceramiche o pavimento vinilico in teli o piastrelle.

I prodotti che dovranno impiegarsi dovranno garantire le seguenti prestazioni: resistenza al fuoco in classe 0 o 1, proprietà atossiche, antistatiche, buona resistenza allo scivolamento, buona attitudine a ridurre il rumore trasmesso per via struttura e provocato dall'impatto di oggetti e da calpestio, punibilità e disinfettabilità, elevata resistenza all'abrasione, all'impronta e agli urti, all'attacco chimico.



17. Rivestimenti interni di pareti verticali

Requisiti che dovranno posseder i prodotti utilizzati dovranno garantire resistenza al fuoco classe 2 per tutti i locali ad eccezione delle aule didattiche ove deve essere garantita resistenza al fuoco classe 1.

In ordine alle prestazioni analogamente a quanto detto per i rivestimenti di pavimentazione sono preferibili pitture o tinteggiature diluenti e solventi viniliche e acriliche, pitture e verniciature plastificanti, epossidiche, poliuretaniche e acriliche, rivestimento interno di parete verticale in piastrelle ceramiche.

18. PRESCRIZIONI, CONDIZIONI E REQUISITI TECNICI INDEROGABILI PER IL LOCALE CAMERA IPERBARICA

Il locale che ospita la camera iperbarica, ubicato al piano terra dell'edificio, deve rispondere ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle installazioni pericolose all'interno degli ospedali e/o case di cura e/o strutture ambulatoriali.

Le strutture dovranno essere resistenti al fuoco e le porte di accesso devono essere del tipo tagliafuoco. Nel locale deve esistere un impianto antincendio e devono essere disponibili, per gli operatori, idonei sistemi di respirazione in caso di incendio, in quanto gli operatori stessi non devono abbandonare il quadro di manovra e di controllo (consolle) durante l'eventuale emergenza.

Il locale deve essere di dimensioni sufficienti per la messa in sito camera iperbarica e per la relativa gestione nonché per le attività di supporto logistico dei pazienti; deve poter permettere la rimozione della camera per eventuali ispezioni totali, per la sua manutenzione e per eventuali prove idrauliche.

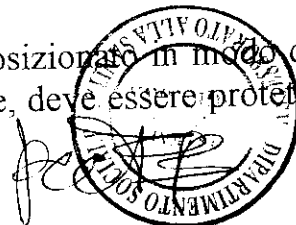
La camera iperbarica deve essere posizionata in modo da poter essere accessibile da ogni lato per controlli ed ispezioni durante il funzionamento, da permettere le necessarie operazioni di manovra, l'agevole ingresso dei pazienti nel suo interno ed il posizionamento di strumentazione di controllo (telecamere, sistemi per l'illuminazione, ecc.).

Il pavimento del locale deve essere progettato e costruito in modo da poter sostenere sia il peso della camera iperbarica che delle attrezzature di supporto e funzionamento. Prevedendosi la possibilità di effettuare nel locale prove idrauliche sulla camera iperbarica, per eventuali future riparazioni o modifiche, il pavimento deve sopportare anche il peso della quantità di acqua necessaria per l'esecuzione di tale prova di pressione.

Il locale adibito alla camera iperbarica deve essere attrezzato con un sistema di illuminazione di emergenza che si attiva automaticamente qualora venga a mancare la sorgente principale di energia elettrica.

Per tale evenienza, il quadro di manovra e di controllo (consolle) deve essere dotato di un sistema di alimentazione elettrica di emergenza.

Il sopra citato quadro di manovra e di controllo deve essere posizionato in modo da non ostacolare la movimentazione di persone e di attrezzature e, deve essere protetto



da un impianto antincendio appropriato del locale che eviti la possibilità di innesco di corti circuiti nel quadro stesso.

Nei pressi del locale destinato ad accogliere la camera iperbarica devono essere previsti spazi:

- per lo stoccaggio delle attrezzature e dei gas;
- per i compressori e gli accumulatori;
- per il deposito di parti di ricambio;
- per la manutenzione e riparazione delle attrezzature;
- per le pratiche amministrative e i protocolli delle procedure di impiego e procedure di emergenza.

19. Impiantistica e sistemi necessari per il funzionamento della camera iperbarica

Impianto elettrico

Le prescrizioni che seguono si basano sul presupposto che all'interno della camera iperbarica non debbano aversi concentrazioni di ossigeno nell'aria superiori al 23,5 % sia in funzionamento normale che in funzionamento anormale ragionevolmente prevedibile.

L'individuazione delle caratteristiche degli impianti elettrici deve essere fatta ipotizzando la presenza di tre barriere fra l'esercizio della camera in condizioni di sicurezza e la situazione di pericolo.

Le tre barriere ipotizzate sono:

- l'erogazione di ossigeno attraverso dispositivi di funzionamento solo in presenza di un paziente;
- il monitoraggio continuo della percentuale di ossigeno all'interno della camera;
- la realizzazione di impianti elettrici all'interno della camera, in esecuzioni o sicurezza intrinseca.

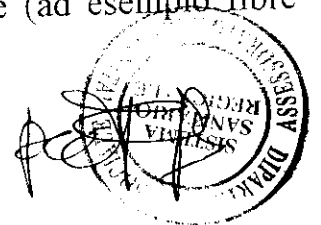
È possibile usare soluzioni alternative alle singole barriere indicate, purché vengano comunque garantite uguali condizioni di sicurezza assicurate dalle tre barriere.

L'abbattimento di due barriere deve provocare il blocco e la messa in sicurezza dell'impianto.

L'impianto elettrico deve essere realizzato a regola d'arte.

Si considereranno eseguiti a regola d'arte gli impianti realizzati secondo le indicazioni della Norma CEI 64 - 4 (Impianti elettrici nei locali adibiti ad uso medico) per i locali di terapia intensiva, della Norma CEI 64 - 8 (Impianti elettrici utilizzatori a tensione nominale non superiore a 1000 Volt in corrente alternata e a 1500 Volt in corrente continua) per gli ambienti a maggiori rischio in caso di incendio e della Norma CEI 64 - 2 (Impianti elettrici nei luoghi con pericolo di esplosione).

Gli impianti e gli apparecchi di illuminazione, da installarsi all'esterno delle camere iperbariche, devono esser posizionati in maniera da illuminare l'interno delle camere stesse attraverso opportuni oblò o mezzi di trasporto della luce (ad esempio fibre ottiche).



Le condutture di alimentazione della camera non devono attraversare altri luoghi a maggiore rischio in caso di incendio o devono essere realizzate in maniera da resistere all'incendio per il tempo necessario alla messa in sicurezza della camera; tale protezione deve essere garantita anche nel caso di incendio che si sviluppi in prossimità della camera mentre essa è in funzione.

I quadri, gli interruttori, i fusibili, i contattori, i trasformatori, i reattori ecc., necessari per il funzionamento degli impianti elettrici fissi, devono essere posizionati fuori dalla camera iperbarica, così come tutte le apparecchiature elettriche e i dispositivi di controllo e comando.

I quadri e i banchi di comando e gli altri dispositivi, al cui interno sono contemporaneamente ubicati condutture di ossigeno e componenti elettrici, devono essere permanentemente ventilati o monitorati, al fine di evitare o evidenziare la presenza di concentrazioni pericolose di ossigeno al loro interno, quando i componenti elettrici sono in tensione.

Le prese a spina dovranno essere di tipo interbloccato e in esecuzione di sicurezza contro le esplosioni, (ex) gruppo II, sottogruppo B + H₂; la camera iperbarica può essere connessa all'impianto di sicurezza dell'edificio; il tempo di intervento della sorgente di sicurezza deve essere non superiore a 15 secondi.

L'autonomia della sorgente deve essere tale da far funzionare in sicurezza o da mettere in sicurezza la camera. Per ciascun circuito deve esser predisposto un sistema ritardato manuale o automatico di rialimentazione, al fine di evitare un sovraccarico transitorio eccessivo della sorgente di sicurezza nella fase di ripresa dell'energia.

Impianto di distribuzione e di condizionamento dell'aria compressa

Se il sistema di produzione e stoccaggio dell'aria compressa è del tipo ad alta pressione, l'aria compressa prima di essere inviata alla camera iperbarica dovrà anche esser ridotta di pressione.

Le tubazioni di trasferimento e di distribuzione dell'aria compressa devono essere realizzate in rame o in acciaio inox, per evitare la formazione di ruggine all'interno delle condotte.

Devono essere evitate le tubazioni in materiale plastico (scarico) anche se conduttivo, in quanto possono generare scariche elettrostatiche.

Per poter mantenere l'interno della camera iperbarica in condizioni fisico - chimiche (purezza, umidità e temperatura) ottimali è necessario prevedere il passaggio dell'aria compressa attraverso una macchina esterna, che deve provvedere al filtraggio e al condizionamento del microclima sui valori desiderati.

Impianto di stoccaggio e distribuzione dell'ossigeno e di altri gas respiratori

L'ossigeno necessario per le terapie iperbariche può essere contenuto in bombole ad alta pressione (200 bar), assemblate in insiemi da 10/20 unità o in batterie con collettori di raccordo, oppure in serbatoi allo stato liquido e, in questo caso, quando viene gassificato, la sua pressione è intorno agli 8/9 bar.

In tutti i casi debbono essere rispettate le norme specifiche per la sistemazione in sicurezza di questi depositi di ossigeno.



Dallo stoccaggio l'ossigeno dovrà essere ridotto di pressione, con apposito specifico riduttore di pressione, e convogliato, con una tubazione in rame oppure in turgum, raccordata con raccordi in bronzo o in ottone, fino al quadro di comando della camera iperbarica.

La tubazione, dovrà correre in modo sicuro (canaline o solido staffaggio), senza attraversare locali in cui una eventuale perdita di ossigeno potrebbe essere pericolosa.

La tubazione dovrà essere colorata con il colore bianco, identificativo dell'ossigeno. Le valvole nel circuito dell'ossigeno devono essere tassativamente del tipo "a volantino" per l'alta pressione; al di sotto dei 10 bar, si possono ammettere anche valvole a sfera.

L'ossigeno deve essere distribuito ai vari punti di utilizzo con tubazioni e reti di derivazione che debbono essere disposte all'esterno della camera iperbarica in modo che all'interno ci sia il solo punto di attacco del sistema di respirazione e non tutta la rete.

Le tubazioni di scarico dell'ossigeno espirato devono terminare in luogo aperto e ben ventilato, lontano da fiamme libere o possibili cause di ignizione. Eventuali altri gas respiratori, quali miscele Nitrox o Heliox e altri, vanno trattati come l'ossigeno.

Impianto antincendio

Debbono essere previsti due sistemi antincendio autonomi: uno per l'interno della camera e uno per il locale che contiene quest'ultima e prevedere una fase di prevenzione passiva e una fase di protezione attiva.

La protezione passiva è intesa come quella sicurezza che è tale perché già insita e non deve essere attivata: questo tipo di protezione riguarda i locali di installazione, i materiali di costruzione, gli allestimenti e gli arredi, gli impianti di esercizio.

Le misure necessarie per questo tipo di prevenzione sono state già dette precedentemente.

La protezione attiva si realizza mediante alcuni punti fondamentali quali:

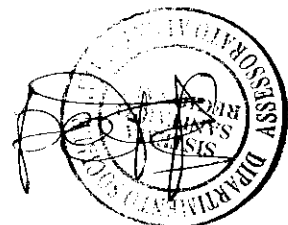
- procedure di impiego e piano di emergenza;
- presenza di medico o di un infermiere professionale all'interno della camera iperbarica, quando ciò è previsto;
- addestramento del personale addetto e istruzione dei pazienti;
- impianto antincendio.

In ordine all'impianto antincendio da prevedersi all'interno della camera iperbarica questo dovrà essere alimentato da un serbatoio di acqua di capacità idonea in relazione alle dimensioni (numero dei compartimenti, numero di ugelli, ecc.) dell'impianto e pressurizzato ad una pressione superiore di almeno 3,5 bar alla massima pressione di esercizio. Il serbatoio deve essere pressurizzato con aria compressa proveniente da una fonte autonoma e indipendente dalla rete di aria compressa della camera iperbarica e tale da mantenere la pressione sufficientemente elevata al variare della quantità d'acqua nel serbatoio.



Sul quadro di controllo devono essere indicati la pressione ed il livello dell'acqua nel serbatoio antincendio; questi indicatori dovranno essere dotati di spie di autodiagnosi per segnalare il loro eventuale stato di inefficienza.

Lo scarico di emergenza dell'aria, per diminuire la pressione della camera deve essere posizionato ad un livello tale che l'acqua che si accumula sul fondo non lo ostruisca, riducendo la velocità dello scarico di emergenza. Deve essere comunque previsto uno scarico per l'acqua stagnante.



20. PRESCRIZIONI, CONDIZIONI E REQUISITI TECNICI INDEROGABILI PER L'ATTIVITÀ CLINICA AMBULATORIALE

In ogni singolo studio medico per attività clinica ambulatoriale si dovrà prevedere un sistema di climatizzazione con riscaldamento a pannelli radianti e immissione di aria primaria di rinnovo.

Dovranno comunque essere garantite caratteristiche microclimatiche entro valori di temperatura pari a 24° – 28° C in estate e 20° – 28° C in inverno e umidità relativa pari al 40 – 60 %.

L'immissione di aria dovrà avvenire, previo trattamenti con filtri tipo HEPA, con velocità di immissione preferibilmente entro valori di 0,10 m/sec.; non dovranno essere installati sistemi di climatizzazione con fan-coil; il ricambio aria consigliato è pari a 4/6 del volume ambiente ogni ora.

Nei locali ove non si utilizzano apparecchi elettromedicali con parti applicate al paziente sottoposto a piccoli interventi chirurgici i circuiti elettrici dovranno essere protetti con circuito separato con tensione non superiore a 220 Volt e controllo permanente dell'isolamento. In caso di guasto, quando la resistenza dell'impianto scendesse al di sotto di 50 kohm, si dovrà attivare un dispositivo di allarme ottico ed acustico e solo quest'ultimo potrà essere tacitato.

In questi locali, al fine di evitare errate alimentazioni degli apparecchi elettromedicali tutte le prese fisse saranno alimentate dal trasformatore di isolamento conformi alla norma CEI 62 – 5 "Apparecchio elettromedicali – Norme generali di sicurezza".

Per essere compatibili le spine dei sopra citati apparecchi saranno inoltre di tipo domestico o similare, secondo le norme CEI 23 – 5 e 23 – 16.

Per i rimanenti circuiti, ad esempio di illuminazione, la protezione sarà effettuata come per gli altri locali ad suo medico, con interruzione automatica del circuito realizzata con messa a terra ed interruttore differenziale, tenendo presente che la tensione di contatto dovrà essere limitata a non più di 25 Volt, anziché a non più di 50 Volt come per gli ambienti ordinari.

Nei locali di servizio con bagni, valgono le prescrizioni particolari della norma CEI 64 – 8. Gli apparecchi illuminanti dovranno avere isolamento in classe II e grado di protezione minimo IP 44.

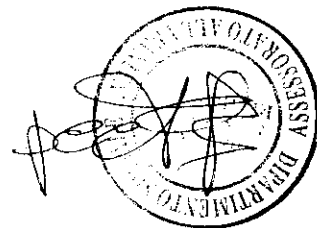


TABELLA DEI COSTI TOTALI *presunti*

Il calcolo sommario della spesa dovrà essere effettuato con l'applicazione di parametri desunti da interventi similari realizzati

Totale spesa a corpo per mq.

Impianti e dotazioni tecnologiche

◇ *Termico*

◇ *Elettrici e speciali*

◇ *Idrici*

Totale spesa impianti e dotazioni tecnologiche a corpo

RIEPILOGO GENERALE COSTI E SPESE PER LA REALIZZAZIONE E PROPOSTA COMPLESSIVA –COSTI AGENZIA SVILUPPO LAZIO SPA-

Opere edilizie

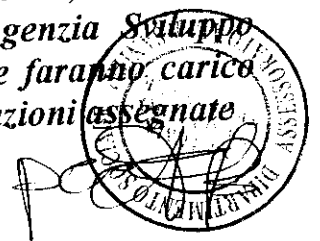
Impianti e dotazioni tecnologiche

Altro

TOTALE

Altre spese Previste

- *Lavori in economia*
- *Rilievi, accertamenti*
- *Allacciamenti ai pubblici servizi*
- *Imprevisti*
- *Accantonamento di cui all'art. 26 c.a 4 Legge 1091/94*
- *Spese tecniche relative alla progettazione, alle necessarie attività preliminari, al coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, alle conferenze dei servizi, alla direzione lavori, al coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione, assistenza giornaliera e contabilità, assicurazione dei dipendenti.*
- *Spese per attività di consulenza o di supporto*
- *Spese per la elaborazione e la consulenza sul presente progetto di sperimentazione, e assistenza fino alla costituzione della società, da saldare all'atto della costituzione della società direttamente all'Agenzia Sviluppo Lazio spa, pari a euro 80.000 (ottantamila) più IVA, e che faranno carico interamente sui soci privati selezionati in proporzione delle azioni assegnate*



- *Eventuali spese per commissioni giudicatrici*
- *Spese per accertamenti di laboratorio e verifiche tecniche previste dall'eventuale capitolato speciale d'appalto, collaudo tecnico amministrativo, collaudo statico ed altri eventuali collaudi specialistici.*

TOTALE ALTRE SPESE presunte, *a corpo*

TOTALE GENERALE

ALLEGARE

- PROPOSTA DI RICHIESTA DEGLI INTROITI PROVENIENTI DALLA CONVENZIONE, SUDDIVISI PER LA GESTIONE DELLA CAMERA IPERBARICA E PER GLI ALTRI SERVIZI, E DELLA DURATA PREVISTA PER LA CONVENZIONE STESSA;
- PIANI ECONOMICI DIMOSTRATIVI;
- OGNI ALTRO ELEMENTO RITENUTO UTILE ALLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA.

RISERVE DI PROGETTO:

- L'AZIENDA USL RMF SI RISERVA LA FACOLTÀ DI INVITARE GLI ASPIRANTI SOCI SELEZIONATI A MODIFICARE, INTEGRARE O AGGIORNARE LA LORO DOMANDA, QUALORA QUESTO SI RENDESSE NECESSARIO IN CONSEGUENZA DELL'ADOZIONE DEL PROGETTO DA PARTE DELLA REGIONE LAZIO OVVERO IN CONSEGUENZA DI SOPRAVVENUTE NECESSITÀ OGGETTIVE;
- L'AZIENDA USL RMF SI RISERVA LA FACOLTÀ DI VALUTARE DOMANDE DI ASPIRANTI SOCI CHE CONTENGANO PROPOSTE COMPLESSIVE DIVERSE DA QUELLE PROSPETTATE NEL PROGETTO MA COMUNQUE NELL'AMBITO DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ OGGETTO DEL BANDO;
- L'AZIENDA USL RMF SI RISERVA DI NON DARE LUOGO ALLA COSTITUZIONE DELLA SOCIETÀ SENZA COMUNICAZIONI ULTERIORI.

