

16 La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance

di Niccolò Cusumano, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Francesco Longo, Veronica Vecchi e Giuditta Callea¹

16.1 Introduzione

La trasformazione del SSN con l'obiettivo di razionalizzare la spesa ha impattato profondamente le modalità di acquisizione dei fattori produttivi, considerato che la spesa per beni e servizi è la prima voce di spesa del SSN, superiore anche al personale (cfr. capitolo 5 del presente Rapporto).

Le principali direttrici di cambiamento della politica degli acquisti sono: 1) centralizzazione; 2) standardizzazione; 3) digitalizzazione.

La prima direttrice ha portato all'istituzione e al rafforzamento di centrali di committenza nazionali e regionali e/o alla promozione di consorzi per gli acquisti di area vasta sovra-aziendale, aumentando le dimensioni dei bacini di riferimento, già significativamente incrementati dalla riduzione del numero di aziende del SSN. Attraverso la seconda direttrice vi è stato il tentativo di introdurre prezzi e contratti standard. La terza direttrice ha riguardato l'adozione e implementazione di strumenti di e-procurement.

La centralizzazione ha portato nel tempo alla costituzione di soggetti specializzati a livello nazionale (Consip), regionale (es. ARCA Lombardia), territoriale (es. AVEN in Emilia Romagna). Tradizionalmente le centrali di committenza si sono occupate di gestire le gare, lasciando in capo ai singoli enti l'attività e la responsabilità di analisi del fabbisogno e di gestione ed esecuzione dei contratti.

¹ Benché gli autori abbiano condiviso la struttura complessiva del capitolo, la metodologia e i risultati, sono da attribuire a Francesco Longo i § 1.1, 1.2; a Niccolò Cusumano i § 1.3, 1.4.1, 1.4.2; a Fabio Amatucci i § 1.4.3, 1.4.4; a Veronica Vecchi e Manuela Brusoni il § 1.5, 1.6. Si ringraziano per l'elaborazione del caso ARCA Lombardia SpA il Direttore Generale di ARCA SpA, Ing. Luciano Zanelli, per il caso ESTAR il Dr. Marcello Faviere, Direttore UOC Audit e Compliance di ESTAR, per il caso So.Re.Sa il Dr. Gianluca Postiglione, Direttore Generale di So.Re.Sa. e il Dr. Francesco Luciano, Direttore Generale della Centrale di Committenza, per il caso Regione Sicilia il Dr. Fabio Damiani, Direttore Generale della Centrale di Committenza, il Dr. Pino Rausa, presidente A.r.e.p.s. e il Dr. Franco Astorina, past president F.a.r.e.

Attraverso la standardizzazione si è cercato di ridurre la varianza dei comportamenti d'acquisto (bandi, capitolati, clausole contrattuali) la cui diversità non sempre si fonda su effettive necessità di differenziazione. L'assunto alla base di questo ragionamento è che standardizzare bandi e capitolati permette di confrontare i risultati degli acquisti tra amministrazioni, riducendo l'asimmetria informativa e creando benchmark di riferimento, finalizzati soprattutto al contenimento dei costi. Per questo motivo si è stabilito, ad esempio, che prezzi e capitolati predisposti da Consip SpA, o da altre centrali di committenza, diventassero il benchmark di riferimento per tutte le amministrazioni, che avrebbero potuto operare acquisti in autonomia solo nel caso in cui fossero in grado di ottenere condizioni migliori. A questi si aggiungono capitolati standard e prezzi di riferimento definiti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Evidentemente, questo processo di standardizzazione può trovare, in prima approssimazione, più ampia applicazione nell'acquisto di beni anziché di servizi le cui specifiche dipendono dal contesto in cui si svolgono.

Il terzo asse, la digitalizzazione, o e-procurement, ruota attorno a due livelli di azione: la digitalizzazione dei supporti documentali e l'adozione di strumenti elettronici per il confronto dell'oggetto di acquisto con effetto competitivo. Il primo livello si traduce nel trasformare in formato elettronico la documentazione, lasciando però inalterato, di fatto, il processo di gestione della gara. Il secondo, prevede, invece, il ricorso a strumenti diversi di selezione quali i sistemi dinamici di acquisizione, i cataloghi online e le aste elettroniche.

La centralizzazione degli acquisti pubblici è un fenomeno relativamente poco approfondito in letteratura. Gli studi si sono concentrati sui fattori abilitanti e i fattori critici di successo (Nollet e Beaulieu 2003; Pagell 2004; Schotanus, Telgen, e Boer 2010; Amatucci e Mele, 2012); i driver della centralizzazione (Tella e Virolainen 2005; Marsilio, Amatucci e Callea, 2016); i motivi di resistenza da parte dei soggetti coinvolti nelle politiche di centralizzazione (Kauppi e van Raaij 2014; Meehan, Ludbrook, e Mason 2016). Sono ancora relativamente pochi gli studi che hanno cercato di indagare da un punto di vista empirico gli impatti della centralizzazione (Callea et al., 2017; Karjalainen 2011), concentrandosi, piuttosto, sulla definizione da un punto di vista teorico di quelli che potrebbero essere gli effetti (Nollet e Beaulieu 2005; Eriksson e Westerberg 2011; Amatucci e Marsilio, 2012; Gobbi e Hsuan 2015). È molto difficile, effettivamente, misurare il risparmio effettivo in quanto il prezzo è solo una delle componenti del costo e non è neppure in grado di rappresentare di per sé il legame con altre variabili che manifestano i propri effetti solo nella fase successiva di gestione del contratto.

Il presente capitolo rappresenta il lavoro seminale dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) del CERGAS/SDA Bocconi. Il framework di analisi si propone di colmare il gap conoscitivo in tema di centralizzazione, mirando a raccogliere in modo sistematico e analizzare negli anni l'evoluzione del sistema a rete degli acquisti pubblici.

Scopo del presente capitolo è quello di definire il framework teorico di analisi delle esperienze di riorganizzazione degli acquisti in sanità, per valutarne le diverse declinazioni regionali e i relativi impatti, sia a livello di SSN sia di mercato. A questo scopo, il capitolo si divide in 4 parti: (a) presentazione del framework di analisi dei modelli di acquisto regionali in sanità; (b) presentazione delle prime evidenze empiriche sulle performance raggiunte in un confronto inter-regionale; (c) analisi di 4 casi regionali ritenuti di interesse e rappresentativi delle diverse fasi di sviluppo in essere; (d) discussione dei risultati e delle implicazioni di policy e di management al fine di sostenere una evoluzione sostenibile delle modalità di acquisto nel settore sanitario.

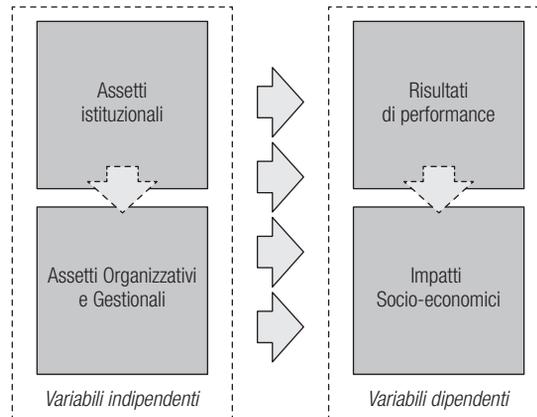
16.2 Framework di analisi dei modelli regionali di acquisto

Il framework proposto e utilizzato per una prima analisi delle trasformazioni nei processi di acquisto del SSN ha come livello di osservazione la Regione, intesa come sistema unitario e coordinato di governo delle istituzioni sanitarie territoriali. Esso è la base concettuale dell'Osservatorio MASAN.

Le dimensioni rilevanti di osservazione e analisi di questo framework sono quattro.

1. **Assetti istituzionali:** modelli di governance e di coordinamento relativi alle varie istituzioni regionali, intermedie e locali; loro modelli di funzionamento con riferimento alla programmazione dei fabbisogni, gestione delle procedure di acquisto, gestione e governo dei consumi, logistica di beni e servizi.
2. **Assetti organizzativi e gestionali:** strutture organizzative della funzione acquisti nelle singole istituzioni, persone e competenze coinvolte e relativi modelli gestionali e operativi: modalità di aggregazione della domanda, di confronto con il mercato e di acquisto, tipologie contrattuali, meccanismi di analisi delle performance e di gestione e controllo dei fornitori, logistica dei beni.
3. **Performance:** risultati multidimensionali dei processi di acquisto, in termini di riduzione della variabilità non motivata, di aderenza alla programmazione, di coerenza al *case mix* sanitario, di tempi di risposta ai fabbisogni, di soddisfazione dei clienti interni, oltre alle dimensioni economico-finanziarie (quali ad esempio il valore totale e medio dei lotti e delle convenzioni aggiudicate, risparmi conseguiti, % di copertura degli acquisti centralizzati sul totale della spesa).
4. **Impatti socio-economici:** impatti dei processi di acquisto sanitari sugli assetti competitivi dei mercati di riferimento e sulla sostenibilità del sistema. I primi sono osservati sia rispetto alla capacità di innescare processi di innovazione e sofisticazione dei prodotti, sia rispetto al livello di concorrenza nel mercato.

Figura 16.1 **Le dimensioni del framework dell'Osservatorio Masan (MASAN, 2017)**



Le dimensioni collocate a sinistra della Figura 16.1, assetti istituzionali e assetti organizzativi, sono considerate come variabili indipendenti dei sistemi regionali, cioè leve di policy e management manovrabili dai decisori. L'obiettivo è comprendere, anche sulla scorta di modelli di centrali d'acquisto identificati nella letteratura (Schotanus e Telgen 2007; Schotanus et al. 2011; Walker et al. 2013), quali configurazioni siano più efficaci nei singoli contesti o rispetto a specifici obiettivi. Le dimensioni di destra della Figura 16.1, performance degli acquisti e impatto sullo sviluppo economico, sono invece le variabili dipendenti del framework, ovvero i risultati o gli impatti generati dalle dimensioni indipendenti. Essi si caratterizzano per un approccio multidimensionale, in una prospettiva anche di medio-lungo periodo, che considera sia gli impatti sul SSN, sia sull'industria e sullo sviluppo socio-economico complessivo. Le dimensioni si influenzano non soltanto orizzontalmente, ma anche verticalmente: dagli assetti istituzionali dipendono le scelte organizzative e dai risultati di performance gli impatti socio-economici.

La relazione tra dimensioni non è meccanica e automatica, ma mediata dai contesti regionali di riferimento, dal loro capitale istituzionale, amministrativo e sociale disponibile, dalle dimensioni e caratteristiche della singola regione. In particolare, la capacità di impatto delle centrali di acquisto è sicuramente influenzata anche dalle aziende dei SSR che rappresentano il cliente interno e sono i soggetti a cui pertiene la responsabilità sulla fase di esecuzione dei contratti. L'obiettivo non è identificare le migliori soluzioni, adottabili da tutti i sistemi regionali, ma quelle più adatte e coerenti con i singoli contesti, per massimizzare i risultati relativi, realisticamente implementabili nei diversi scenari di riferimento.

Figura 16.2 **Le variabili di indagine per ogni dimensione (MASAN, 2017)**

<p style="text-align: center;">ASSETTI ISTITUZIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assetto giuridico 2. Estensione dell'ambito di intervento della centrale (istituzionale, funzionale, merceologico, geografico) 3. Risorse disponibili (umane ed economiche) 4. Modalità di coordinamento interistituzionale 	<p style="text-align: center;">RISULTATI DI PERFORMANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidenza delle attività centralizzate sul totale delle attività 2. Razionalizzazione del portfolio prodotti e fornitori 3. Risparmi economici 4. Concorrenzialità delle gare 5. Continuità della fornitura 6. Qualità delle forniture 7. Ricorsi
<p style="text-align: center;">ASSETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Processo di acquisto: modalità di gestione delle attività di programmazione, analisi del fabbisogno, istruttoria, selezione del fornitore, valutazione del fornitore 2. Strategia di gara in termini di durata, numero di lotti, valore medio, elemento qualitativo dell'offerta 	<p style="text-align: center;">IMPATTI SOCIO-ECONOMICI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso al mercato da parte delle PMI, imprese locali, nazionali e estere 2. Contendibilità del mercato, ricambio dei fornitori 3. Aggregazione del mercato

Ogni dimensione si compone di più variabili, come mostrato nella Figura 16.2.

La numerosità delle variabili che caratterizzano le singole dimensioni varia, nel tentativo di trovare un equilibrio tra la necessaria analiticità e organicità dell'approccio e la possibilità di mantenere uno sguardo sintetico d'insieme. Pur essendo consapevoli che non vi sia ancora la piena disponibilità a livello nazionale di evidenze quantitative affidabili per ogni variabile considerata, tuttavia, crediamo sia rilevante disporre fin da subito di un framework completo, per evitare il rischio che diventi «rilevante ciò che si misura», ma sforzandoci, al contrario, «di misurare ciò che riteniamo rilevante». Pertanto, le variabili identificate saranno popolate progressivamente nel tempo, man mano che si raccoglieranno i dati per la costruzione degli indicatori. Nel breve periodo si cercherà di condurre analisi puntuali, anche qualitative, per l'elaborazione di considerazioni anche sulla base di quelle che saranno le indicazioni di ricerca provenienti dagli organismi di governo dell'Osservatorio.

Empiricamente, gli indicatori usati per popolare le variabili identificate (esclusi gli assetti istituzionali) saranno contestualizzati per quattro macro categorie di prodotti: dispositivi medici (DM), apparecchiature, farmaci, servizi di *facility management* (tutti i servizi inerenti la gestione e manutenzione di un edificio).

16.3 Prime evidenze empiriche

Al fine di iniziare ad alimentare il framework di analisi, si è proceduto a una prima raccolta dati in modalità desk dalle informazioni, online a giugno 2017,

Figura 16.3 **Gli assetti istituzionali delle centrali di acquisto operanti in Sanità**

ENTE SSR		ENTE REGIONE	
Azienda 0	ATS Sardegna	SUA Abruzzo	SUA Calabria
CRAS	EGAS	CUC Molise	Dir. Acquisti Reg. Lazio
ESTAR	Alisa	SUA Marche	CUC Sicilia
InnovaPuglia		APAC Trento	SUA Basilicata
	INVA	ARCA	SCR Piemonte
		ACPBolzano	Soresa
			Intercent-ER
FUNZIONE IN HOUSE REGIONALE		SOGGETTO AUTONOMO SPECIALIZZATO	

sui siti delle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali attivi negli acquisti in sanità².

Le informazioni raccolte hanno riguardato principalmente gli assetti istituzionali per cui le informazioni sono maggiormente disponibili e, laddove possibile, gli altri quadranti del framework.

Le scelte operate dalle Regioni sono ascrivibili, al di là della forma giuridica specifica, a quattro assetti istituzionali (vedi Figura 16.3):

1. Centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: un'unità o una direzione della Regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante;
2. Centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è parte del SSR, ad esempio come società consortile partecipata dalle Aziende Sanitarie (AS), oppure come ente specializzato e finanziato dal SSR (es. ESTAR o EGAS), oppure una funzione dell'AS regionale (es. Azienda 0 o Alisa);
3. Centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata (es. Arca) o un'agenzia della regione;
4. Centrale acquisti come funzione di una società *in house* regionale: all'interno di una società *in house* esistente è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza (es. Inva o InnovaPuglia).

Questi diversi assetti mutano nel tempo; ad esempio, regione Veneto, Sardegna e Liguria con la costituzione, rispettivamente, dell'Azienda 0, ATS e Alisa hanno

² I soggetti analizzati sono i seguenti: ACP Bolzano, Alisa (in cui è confluita la CRA), APAC Trento, Arca SpA, CAT Sardegna (confluita in ATS Sardegna), Azienda 0 – CRAV, CRAS Umbria, CUC Molise, CUC Sicilia, Direzione Acquisti Regione Lazio, EGAS, ESTAR, InnovaPuglia SpA, Intercent-ER, Inva SpA, SCR Piemonte SpA, Soresa SpA, SUA Abruzzo, SUA Basilicata, SUA CALABRIA, SUA Marche.

incardinato in questi soggetti le funzioni di centrale di committenza precedentemente detenute in seno alla regione. Arca Lombardia nasceva come direzione di Lombardia Informatica e successivamente è stata trasformata in soggetto autonomo.

Tali scelte hanno un impatto non soltanto organizzativo, ma anche in termini di *accountability* e riconoscibilità delle centrali all'interno del sistema istituzionale. Un soggetto autonomo specializzato consente di tracciare in modo immediato le responsabilità e la capacità di creazione di valore, anche attraverso la lettura dei dati contabili. Laddove, invece, la centrale opera come funzione di un altro soggetto, come ad esempio l'ente regione, sarebbe necessario che l'organizzazione predisponesse strumenti informativi adeguati per garantire la trasparenza necessaria. Troppo spesso dall'analisi dei siti istituzionali risulta che, al di là dei documenti di gara o di altre informazioni con obbligo di pubblicazione per legge, manchi una vera *accountability* sui risultati ottenuti.

La Tabella 16.1 riporta, per ogni soggetto, i dati relativi al costo della produzione³ e al costo del personale a consuntivo 2015 e al numero dei dipendenti laddove questi dati siano disponibili⁴.

Per le centrali di committenza costituite all'interno dell'ente regione non sono disponibili i costi di funzionamento e, in alcuni casi, non è stato possibile nemmeno identificare il numero di dipendenti impiegati nell'attività. In questi casi solitamente l'ente regione ha formalmente la funzione di centrale acquisti, ma la gestione operativa è svolta avvalendosi di altri soggetti, tipicamente le AS.

Nella Figura 16.4 sono riportate le attività svolte dalle centrali esaminate così come risultano dalle informazioni pubblicate sui siti internet oppure contenute nelle leggi di costituzione, statuti o regolamenti. Tutte le centrali presidiano l'attività di definizione della documentazione di gara e gestione delle procedure di selezione dei fornitori (attività di committenza). Più della metà afferma di svolgere anche funzioni riconducibili ad attività di committenza ausiliaria⁵.

³ Per gli enti che adottano la contabilità economico patrimoniale il costo della produzione è costituito dalla somma di: costi per l'acquisto di materie prime, sussidiarie di consumo e di merci; per l'acquisto di servizi; per godimento di beni di terzi; per il personale; ammortamenti e svalutazioni; accantonamenti; oneri diversi di gestione. Per gli enti che invece utilizzano la contabilità finanziaria si è utilizzato il dato sulla spesa corrente.

⁴ I dati relativi ad Alisa, ATS Sardegna, CRAS, InnovaPuglia, SCR Piemonte, Inva fanno riferimento all'intera organizzazione e non sono relativi specificatamente alla sola funzione acquisti. Il valore della produzione di ESTAR, Soresa e EGAS è ottenuto sottraendo ai costi di produzione i costi per i beni e servizi acquistati per conto delle aziende sanitarie. In alcuni casi i dipendenti potrebbero non essere riferiti al 2015 ma al 2016.

⁵ Ai sensi dell'art. 3 c.1 lettera m del D.lgs 50/2016 sono attività di committenza ausiliaria: 1) infrastrutture tecniche che consentano alle stazioni appaltanti di aggiudicare appalti pubblici o di concludere accordi quadro per lavori, forniture o servizi; 2) consulenza sullo svolgimento o sulla progettazione delle procedure di appalto; 3) preparazione delle procedure di appalto in nome e per conto della stazione appaltante interessata; 4) gestione delle procedure di appalto in nome e per conto della stazione appaltante interessata.

Tabella 16.1 **Costo della produzione, costo del personale e dipendenti delle centrali di committenza regionali**

	Regione	Costo della produzione	Costo del personale	Dipendenti
SCR Piemonte	Piemonte	€5.244.337,00	€3.389.381,00	51
INVA	VdA	€16.476.278,00	€10.101.754,00	227
Arca	Lombardia	€8.726.454,00	€2.992.770,00	65
ACP	P.A Bolzano	€2.074.396,00	€1.215.516,00	44
APAC**	P.A Trento	Nd	€0	75
Azienda 0**** (CRAV)	Veneto	Nd	Nd	15
EGAS	Friuli V.G.	€29.731.953,00	€2.163.311,00	49
Alisa	Liguria	€5.650.207,00	€1.793.548,00	32
Intercent-ER*	Emilia Romagna	€4.177.209,45	€0	56
ESTAR	Toscana	€46.437.702,00	€43.201.686,00	951
CRAS	Umbria	€14.030.000,00	€12.554.000,00	330
SUA	Marche	Nd	Nd	Nd
Dir. Acquisti	Lazio	Nd	Nd	134
SUA****	Abruzzo	Nd	Nd	Nd
CUC Molise	Molise	Nd	Nd	Nd
Soresa	Campania	€9.728.676,00	€3.714.426,00	89
InnovaPuglia	Puglia	€29.008.408,00	€10.956.910,00	177
SUA	Basilicata	Nd	Nd	25
SUA	Calabria	Nd	Nd	24
CUC Sicilia*	Sicilia	Nd	Nd	15
ATS	Sardegna	€2.718.527,00	€836.000,00	Nd

* Intercent-ER e CUC Sicilia si avvalgono esclusivamente di personale distaccato o in comando, a bilancio il costo del personale è indicato pari a zero.

** Per quanto APAC sia un'agenzia strumentale della Provincia Autonoma di Trento non dispone di un proprio codice fiscale, né di un proprio bilancio.

*** Con deliberazione di Giunta Regionale n. 217 del 05 aprile 2016 la Stazione Unica Appaltante Abruzzo è stata incardinata all'interno del Servizio del Genio Civile di L'Aquila e sono state individuate strutture in avvalimento per il necessario supporto alle attività del Soggetto Aggregatore. Per i beni sanitari si tratta delle aziende sanitarie stesse.

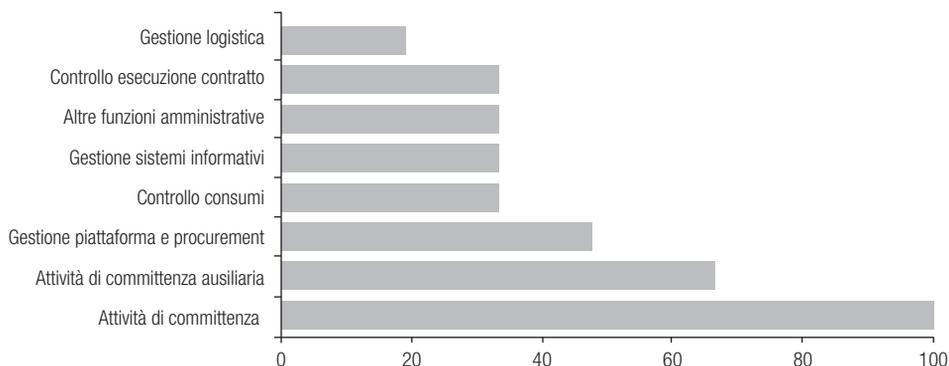
**** Essendo stata costituita per legge a ottobre 2016 al momento non sono ancora disponibili dati, il personale fa riferimento a quello in essere presso il CRAV.

Sono dieci⁶ le centrali che gestiscono una propria piattaforma elettronica per gli acquisti⁷.

Per quel che concerne l'attività delle centrali, salvo poche eccezioni, non sono disponibili report sull'attività svolta che consentano un'analisi comparata. I database pubblici disponibili sono il portale della trasparenza presso ANAC e

⁶ Intercent-ER, Arca SpA, So.Re.Sa SpA, InnovaPuglia, ESTAR, INVA, SUA Calabria, Direzione Acquisti Regione Lazio, ACP Bolzano, APAC Trento.

⁷ In nove casi la piattaforma funge da mercato elettronico per l'invio di richieste d'offerta a fornitori qualificati e da catalogo elettronico per l'accesso alle convenzioni. In sette casi la piattaforma consente di gestire anche gli appalti nell'ambito di un sistema dinamico di acquisizione. In sei casi le piattaforme fungono da vero e proprio strumento di *e-procurement* consentendo la gestione autonoma da parte degli enti delle proprie procedure di acquisto. In tre casi la piattaforma ha delle funzionalità di gestione del ciclo passivo della fornitura.

Figura 16.4 **Le funzioni svolte dalle centrali di committenza regionali**

l'attività di mappatura delle iniziative svolte dal tavolo dei soggetti aggregatori, in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze, riguardanti le categorie merceologiche obbligatorie introdotte dal DPCM 24 dicembre 2015 ex art. 1 c. 548 e ss. della legge 28 dicembre 2015 n. 2016 (di seguito DPCM). Le categorie del DPCM sono: servizi manutenzione elettromedicali, pulizie, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, vigilanza armata, facility management immobili, pulizie immobili, guardiania, manutenzione immobili e impianti. Dall'analisi⁸ del secondo database emerge che il 52% delle iniziative programmate da parte dei soggetti aggregatori riguarda farmaci e vaccini, un ulteriore 25% riguarda, invece, la fornitura di presidi e dispositivi. In termini di valore, secondo ANAC⁹, farmaci e vaccini hanno rappresentato il 72% delle gare bandite dall'introduzione del DPCM.

Il 61% delle iniziative programmate dai soggetti aggregatori è aggiudicata sotto forma di convenzione¹⁰. Appare ancora limitato il ricorso ad altri strumenti di negoziazione, quali, per esempio, l'accordo quadro¹¹ e il sistema dinamico di acquisizione¹², sebbene, come testimoniato dai casi e dai dati ANAC¹³,

⁸ Il database contiene tutte le iniziative attivate e programmate tra il 2013 e il 2018.

⁹ ANAC (2017), Relazione Annuale 2016, pag. 160.

¹⁰ Le Convenzioni sono contratti quadro (ex. art. 26 Legge 488/99) nell'ambito dei quali i fornitori aggiudicatari di gare – esperite in modalità tradizionale o smaterializzata a seguito della pubblicazione di bandi – si impegnano ad accettare ordinativi di fornitura emessi dalle singole Amministrazioni che hanno effettuato l'abilitazione al sistema Acquisti in Rete.

¹¹ L'accordo quadro è l'accordo concluso tra una o più stazioni appaltanti e uno o più operatori economici, il cui scopo è quello di stabilire le clausole relative agli appalti da aggiudicare durante un dato periodo, in particolare per quanto riguarda i prezzi e, se del caso, le quantità previste.

¹² Il sistema dinamico di acquisizione è un processo di acquisizione interamente elettronico, per acquisti di uso corrente, le cui caratteristiche generalmente disponibili sul mercato soddisfano le esigenze di una stazione appaltante, aperto per tutta la sua durata a qualsivoglia operatore economico che soddisfi i criteri di selezione.

¹³ Tra il 2015 e il 2016 gli appalti affidati attraverso un sistema dinamico di acquisizione sono cresciuti del 423% per le forniture passando da 2 a oltre 14 miliardi, ANAC (2017), Relazione Annuale 2016, tabella 711 pag. 149.

Tabella 16.2 **Attività delle centrali di committenza**

Ente	Num. CIG	Importo medio lotti	Num. medio offerte ammesse	Valore complessivo lotti 2015-2017
ACP	482	€2.805.879,02	8,0	€462.970.038,45
ARCA	2.000	€2.870.589,07	2,0	€5.523.013.370,55
ALISA	152	€338.016,93	2,8	€51.378.573,78
EGAS	1.951	€626.178,22	2,2	€1.041.960.554,05
ESTAR	2.000	€2.114.118,79	1,0	€4.048.537.485,09
Intercent-ER	683	€4.686.404,70	2,7	€2.516.599.324,24
INVA SPA	95	€1.040.991,64	2,1	€86.402.306,14
SCR	1.828	€1.230.824,65	1,8	€2.249.947.467,25
SORESA	2.000	€4.257.114,93	3,9	€7.837.348.593,96
CRAS	148	€2.025.304,54	1,5	€299.745.071,42
Totale	11.339	€2.351.360,32	2,6	€24.117.902.784,93

Fonte: dati Portale della Trasparenza (2015-2017)

essi si stiano diffondendo sempre più perché in grado di garantire maggiore flessibilità da parte dei soggetti destinatari delle iniziative.

La durata media dei contratti stipulati è di 31,8 mesi, con la durata più breve, 21 mesi, per le iniziative rivolte all'acquisto di farmaci e più lunga, 77 mesi, per il servizio di *facility management*. Questa impostazione è coerente con le caratteristiche degli oggetti d'acquisto, una fornitura «pura» nel caso dei farmaci, un servizio con la possibilità di realizzare alcune componenti di investimento nel caso dei servizi di gestione e manutenzione degli immobili.

Si è quindi provveduto a un'estrazione dei dati dal portale della trasparenza¹⁴ per quei soggetti costituiti come entità giuridica autonoma. I risultati sono riportati in Tabella 16.2. Come è possibile vedere, per oltre undicimila CIG (codice identificativo gara attribuito univocamente a ogni lotto bandito) estratti, il valore medio dei lotti in cui è suddivisa ciascuna gara è di circa 2,3 milioni di euro, per un valore complessivo sul periodo di circa 24 miliardi di euro. Il numero medio di offerte ammesse è di 2,6 per ogni lotto a testimonianza di mercati dei fornitori molto concentrati.

È possibile confrontare questi dati con quelli pubblicati da ANAC secondo cui, nel 2016, il valore medio di un lotto bandito da una «centrale di committenza sanitaria» era pari a 2,8 milioni di euro e di 1,8 milioni per una «centrale di committenza»¹⁵. I lotti banditi individualmente dagli enti del SSN avevano un valore medio di circa 433 mila euro.

¹⁴ L'estrazione ha riguardo tutti i bandi chiusi con tutti i record disponibili al momento del download avvenuto indicativamente nel mese di giugno 2017. Il periodo compreso è tra il 2015 e il 2017.

¹⁵ ANAC (2017), Relazione Annuale 2016 tabella 7.12.

Ma quanto pesa l'attività delle centrali sul totale della spesa per acquisti di beni e servizi sanitari? Purtroppo solo in pochi casi sono disponibili tali dati. Intercent-ER nel proprio rapporto di attività afferma che gli acquisti centralizzati hanno inciso per il 42% della spesa nel 2016. In Lombardia nel 2016 gli acquisti aggregati hanno coperto il 59¹⁶ dei consumi. Soresa nel 2016 stima di coprire il 59% di beni e servizi delle aziende sanitarie. ESTAR intermedia tutti gli acquisti di beni e servizi delle aziende sanitarie toscane.

16.4 Casi aziendali

Oltre all'analisi desk si è proceduto a studiare quattro casi aziendali ritenuti rappresentativi per esperienza organizzativa maturata e per fornire uno spaccato che cogliesse l'intero territorio nazionale: Arca, ESTAR, Soresa, Regione Sicilia. La raccolta delle informazioni è avvenuta sotto forma di intervista con domande semi-strutturate. Il questionario, articolato in sette domande, è stato strutturato in modo da coprire le quattro dimensioni del framework di analisi.

16.4.1 ARCA SpA, Lombardia

I primi anni di vita della centrale, dal 2007 al 2012, si caratterizzano per una forte vocazione tecnologica, volta alla creazione, allo sviluppo e alla gestione di una piattaforma di *e-procurement*. Tuttavia, la specificità delle attività di *public procurement* gestite mediante la piattaforma hanno messo in luce la necessità di un indirizzo strategico e di un collegamento forte con l'utilizzatore finale, al fine di realizzare un'evoluzione del sistema per attuare non solo i cambiamenti legislativi ma anche, e soprattutto, per supportare l'implementazione di processi di ottimizzazione dei consumi e per stimolare cambiamenti del mercato dei fornitori. Obiettivi che si sono rivelati meglio perseguibili da una struttura dedicata e specializzata con la necessaria riconoscibilità nel contesto istituzionale di riferimento.

La trasformazione in SpA nel 2013 ha rafforzato l'organizzazione grazie a un modello di governance e a un perimetro istituzionale più definiti. Da un punto di vista operativo, ARCA ha beneficiato dello status di start-up ottenendo la possibilità, da parte di Regione Lombardia, di strutturare il proprio organico, acquisendo nuove risorse, con appropriata preparazione, nel mercato del lavoro, di definire percorsi di carriera strutturati, consentendo, da un lato, di rafforzare il management e, dall'altro, di offrire ai potenziali candidati prospettive di crescita, fondamentali per l'attrazione di professionalità esperte.

¹⁶ Il totale dei consumi aggregati in Regione Lombardia è del 59%, questo dato è ottenuto sommando gli acquisti attraverso Consip 4% dei consumi, iniziative gestite direttamente da Arca, 17%, e iniziative coordinate da Arca e gestite da altri soggetti, 38% dei consumi.

Con l'attribuzione della qualifica di soggetto aggregatore è stato attribuito alla società il ruolo di coordinatore del Tavolo Tecnico degli Appalti per la pianificazione, programmazione e controllo regionale degli acquisti. L'essere soggetto aggregatore ha, inoltre, allargato il perimetro di azione della società¹⁷. Questa evoluzione si riscontra anche nel valore delle gare aggiudicate dalla società, passato da 200 milioni di euro nel 2014, a 1,4 miliardi nel 2015 e 4,1 miliardi di euro nel 2016.

Regione Lombardia esercita su ARCA il controllo analogo¹⁸; la società, oltre alla supervisione di ANAC, è sottoposta al controllo dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC), del Comitato per la Legalità degli Appalti e dell'Agenzia di Controllo del SSR (ACCSS). A questi controlli esterni si aggiungono i controlli interni tipici di una SpA: il Consiglio di Amministrazione, i cui componenti sono nominati dalla Regione, il collegio sindacale e l'organismo interno di vigilanza. I bilanci devono essere inoltre certificati da un revisore esterno.

La raccolta dei fabbisogni avviene per via telematica tramite la piattaforma di e-procurement regionale, Sintel, con cui gli enti comunicano la propria programmazione annuale e biennale dei propri acquisti di beni e servizi. Il tavolo tecnico per la programmazione regionale raccoglie i fabbisogni e ARCA, che lo coordina, provvede a elaborarli e definire il proprio piano di attività, che la regione approva con delibera.

La Giunta Regionale, attraverso DGR, fissa le regole di funzionamento e il programma delle attività sulla base del quale ARCA predisporrà le gare. Per gli acquisti rivolti al SSR l'interfaccia principale della società è la Direzione Generale Welfare che svolge funzione di coordinamento e controllo sull'istruttoria di gara, oltre a indicare i referenti clinici per l'elaborazione della documentazione di gara (i capitolati, che contengono le specifiche di ciò che verrà acquistato). È in via di definizione, inoltre, un nuovo modello basato sulla costituzione di un gruppo tecnico di progettazione e un gruppo tecnico di validazione. Il primo progetta la gara, il secondo valida in modalità *blind* l'output prodotto dal primo simulando condizioni reali di gara.

Sebbene ARCA non sia direttamente responsabile del controllo dei consumi¹⁹, grazie al monitoraggio dei propri contratti in essere, è in grado di mappare

¹⁷ Fino al 2014 gli enti tenuti ad approvvigionarsi da Arca erano parte del SIREG sistema degli enti regionali (Enti del SSR, Giunta Regionale e altre società partecipate da Regione Lombardia). Con la definizione dei soggetti aggregatori ex art. 9 c.1 D.l. 66/2014 e dopo la legge di Stabilità 2016 sono ulteriormente rafforzati gli obblighi di approvvigionamento, anche per gli Enti Locali, attraverso soggetti aggregatori.

¹⁸ Secondo l'art. 14.7 dello statuto di Arca «Il socio unico Regione Lombardia esercita sulla Società un controllo analogo a quello esercitato sui propri organi, controllando direttamente l'attività della Società. In ogni caso il Socio Unico ha diritto di acquisire dall'organo amministrativo tutte le informazioni e/o documenti ritenuti necessari per l'esercizio del predetto controllo analogo e delle prerogative di socio».

¹⁹ Non si limita in nessun caso la libertà prescrittiva del clinico.

in modo puntuale e sistematico i consumi di quelle specifiche categorie merceologiche per cui è responsabile.

Al di fuori delle categorie merceologiche per cui c'è l'obbligo di legge di rivolgersi al soggetto aggregatore, la decisione di attivare una procedura centralizzata dipende dalla fattibilità e convenienza (non esistono parametri predefiniti) di aggregare i fabbisogni individuati nonché da indicazioni formulate dalla DG Welfare. Benché non esista un mandato esplicito di ridurre la variabilità dell'acquistato, la razionalizzazione dei fabbisogni avviene durante la costruzione della gara, quando si definiscono le specifiche tecniche e la strutturazione in lotti.

ARCA, similmente ad altri soggetti, si sta muovendo dal modello di centralizzazione basato sulla definizione di grandi convenzioni verso l'utilizzo di sistemi dinamici di acquisizione (SDA). Al momento sono stati attivati 6 SDA tra il 2015 e il 2016, tra cui lo SDA farmaci dal valore stimato di 4,4 miliardi e lo SDA dispositivi medici da 1,1 miliardi di euro, entrambi per la durata di 48 mesi.

ARCA individua benefici diretti e indiretti della propria attività. Tra i primi vi sono il risparmio medio ponderato sui prezzi storici. Il risparmio è calcolato sulla base d'asta che viene definita in modo che nessun soggetto debba sostenere un prezzo di acquisto superiore all'ultima gara effettuata autonomamente. Il risparmio è inoltre calcolato solo sugli ordini effettivi. Nel 2016 ARCA ha stimato risparmi per complessivi 400 milioni di euro direttamente attribuibili alle gare aggiudicate. Ulteriori benefici riportati da ARCA sono l'uniformità delle condizioni di acquisto e dei requisiti qualitativi dei prodotti acquistati. Quest'ultimo beneficio è conseguito grazie alle economie di specializzazione nella strutturazione della gara che consentono di ottenere i migliori prodotti sul mercato. Da un punto di vista ambientale tutte le gare ARCA adottano criteri di eco-compatibilità ambientale e clausole sociali.

16.4.2 ESTAR, Toscana

Il modello seguito da Regione Toscana è stato quello di centralizzare i servizi tecnico-amministrativi delle aziende facenti parte del SSR, tra cui gli acquisti, progressivamente a livello di area vasta (con la costituzione delle ESTAV) e, successivamente, di regione in un'ottica di razionalizzazione delle risorse disponibili. ESTAR opera in qualità di centrale di committenza e di centrale unica di acquisto per quel che concerne non solo l'aggregazione delle gare di appalto, ma anche i servizi di magazzino, logistica distributiva, ICT e delle tecnologie sanitarie.

Il processo di aggregazione seguito è molto forte e ha portato a centralizzare il 100% degli acquisti che devono passare obbligatoriamente per il tramite di ESTAR. Sebbene ESTAR non sia il soggetto aggregatore regionale – funzione svolta da Regione Toscana stessa – le categorie merceologiche definite dal

DPCM continuano a essere presidiate, infatti, da ESTAR per conto del soggetto aggregatore.

ESTAR è a tutti gli effetti un ente del SSR disciplinato dalla L.R. 40/2005 che regola il SSR. La Giunta Regionale nomina il DG dell'Ente ed esercita funzioni di indirizzo e controllo. Il coordinamento con le AS è garantito dal Consiglio Direttivo dell'Ente, in cui siedono i DG delle stesse, che ha il compito di approvare il programma annuale e pluriennale delle attività.

I processi di aggregazione delle AS (da 12 a 3 aziende di area vasta a cui si aggiungono 4 aziende ospedaliere) non hanno prodotto particolari impatti sull'attività di ESTAR, che a sua volta aveva anticipato il trend con la fusione delle tre ESTAV. Al contrario, la presenza di una struttura di supporto tecnico integrata ha permesso, in alcuni casi, una transizione più fluida verso il nuovo assetto organizzativo anche per le AS stesse.

Per quanto riguarda la fusione delle tre aree vaste, l'impatto del cambiamento si è maggiormente sentito nel bisogno di integrazione dei processi, poiché le tre ESTAV avevano sviluppato e consolidato nel tempo culture organizzative e prassi distinte. A questo scopo, al fine di standardizzare e controllare le procedure interne, sono state create a livello centrale di ESTAR le funzioni di audit e compliance.

Esistono, inoltre, ulteriori meccanismi di coordinamento a livello micro delle attività specifiche. In tema di acquisti, ad esempio, esistono delle commissioni permanenti in cui siedono rappresentanti della Regione e delle AS per i farmaci, le tecnologie e i dispositivi che provvedono a raccogliere i fabbisogni e a definire programmi specifici di attività. Le commissioni permanenti sono affiancate da altre commissioni di natura tecnica che forniscono indicazioni sulle modalità di aggregazione del fabbisogno nelle procedure di gara – la definizione dei lotti – e sulla definizione delle specifiche tecniche dei capitolati di gara.

La definizione del fabbisogno avviene sulla base dei dati di consumo di ESTAR derivanti dagli ordini da parte delle AS a valere sulle convenzioni in essere. Sebbene il governo del consumo sia aziendale e di stretta responsabilità della parte clinica (ESTAR non può infatti opporsi a richieste di avvio di una procedura d'acquisto da parte delle AS), l'ente esercita una funzione di monitoraggio e raccolta dati puntuale che consente alle AS di prendere coscienza dei propri consumi.

Il processo di aggregazione dei fabbisogni è completato da un percorso sempre più strutturato di confronto con i fornitori attraverso consultazioni preliminari di mercato ex art. 66 del Codice dei Contratti prima delle gare più importanti e incontri periodici con i fornitori, anche non correlati a una specifica iniziativa.

Attualmente ESTAR sta spostando il proprio modello di acquisto sempre di più verso la definizione di accordi quadro e di sistemi dinamici di acquisizione, rispetto all'utilizzo della convenzione.

L'esecuzione dei contratti è di pertinenza esclusiva delle AS. ESTAR esercita un controllo diretto di qualità sulle forniture – presidi e farmaci – a magazzino. Per tutti quei beni e servizi non a magazzino, essa sta predisponendo un sistema di audit e monitoraggio per controlli a campione.

ESTAR nel tempo ha spostato la valutazione della propria performance dall'output, misurato in numero di convenzioni aggiudicate, verso misure di risultato e outcome (risparmi sul prezzo aggiudicato, tempi di aggiudicazione, risparmio sulla spesa, innovazione). Il numero di convenzioni aggiudicate non è più ritenuto un indicatore rilevante, in quanto lo scopo è ridurre il numero di contratti attivi e impiegare strumenti più flessibili quali, ad esempio, i SDA.

Allo stato attuale, non esiste ancora una misurazione della sostenibilità ambientale degli acquisti – *green public procurement* – o degli impatti sul tessuto produttivo – es. partecipazione delle PMI. Riguardo a questo secondo aspetto, è pratica comune prevedere un lotto accessibile alle PMI; inoltre, tutte le gare prevedono clausole sociali (riassorbimento del personale e inserimento di lavoratori svantaggiati).

È stato sviluppato anche un sistema di valutazione del rischio corruttivo per le procedure di gara, un vero e proprio rating. Ogni procedura, prima di essere pubblicata, viene sottoposta a questo controllo e nel caso non superi la valutazione viene sospesa e successivamente riattivata.

16.4.3 SORESA SpA, Campania

Regione Campania è stata tra le prime ad avviare processi di centralizzazione degli acquisti per gli enti del Servizio Sanitario Regionale, attraverso la costituzione, nel 2004, della società regionale So.Re.Sa.²⁰; questa è una società a totale capitale pubblico, che opera prevalentemente con personale in comando proveniente dalle aziende sanitarie della regione. In una fase iniziale, le attività di So.Re.Sa. erano riconducibili a due principali aree di intervento:

- ▶ riduzione dell'indebitamento accumulato dalla regione, attraverso un'operazione di cartolarizzazione;
- ▶ riduzione della spesa sanitaria della regione, attraverso la centralizzazione dell'acquisizione di beni e servizi per le aziende sanitarie.

Le funzioni iniziali sono state successivamente ampliate con l'aggiunta di nuove attività strategiche (L.R. n. 4 del 2011) assegnate alla società: centralizzazione degli acquisti per gli enti del servizio sanitario regionale; creazione Banca Dati Unificata; Centrale Unica di Pagamento; supporto alla regione nelle procedure

²⁰ La L.R. 24/2005 stabilisce che «La So.Re.Sa. è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO».

di accreditamento istituzionale delle strutture del SSR; supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle strutture del SSR. Infine, la L.R. n. 16 del 7 agosto 2014 ne ha profondamente esteso le funzioni, prevedendo che So.Re.Sa. assuma il ruolo di centrale di committenza regionale ampliando la sua operatività a tutti gli enti pubblici regionali e di soggetto aggregatore²¹.

Per estendere ulteriormente tale operatività, So.Re.Sa. ha attivato, dal 2016, un elenco degli operatori economici (albo fornitori regionali) e dall'inizio del 2018 verrà implementato il Mercato Elettronico Regionale, strutturato per merceologie e requisiti richiesti agli operatori economici funzionali alle esigenze anche degli enti locali e delle amministrazioni del territorio regionale.

A So.Re.Sa. è attribuita in via esclusiva la funzione di acquisto di beni e servizi per le aziende sanitarie ospedaliere, gli i.r.c.c.s e le aa.oo.uu. della Regione. Tuttavia, secondo la normativa regionale, le suddette aziende, per espressa autorizzazione di So.Re.Sa, possono espletare autonome procedure di gara, in particolare per merceologie per le quali non sono state attivate apposite iniziative della centrale di committenza regionale.

Le ASL e AO sono tenute a raccogliere e trasmettere a So.Re.Sa. il proprio fabbisogno per l'acquisto di beni e servizi, relativi all'anno successivo, entro il 30 settembre di ogni anno (solitamente, in via telematica); contestualmente, al fine di ottimizzare i processi di programmazione e di definizione delle procedure di acquisto, le aziende sono tenute a redigere e trasmettere a So.Re.Sa un piano triennale relativo alle esigenze di beni e servizi, con il relativo fabbisogno finanziario, da aggiornare annualmente nel corso del triennio; devono inoltre nominare, per ciascuna azienda sanitaria, un referente in qualità di «Responsabile comunicazioni acquisti centralizzati», al fine di garantire un puntuale e corretto invio dei dati a So.Re.Sa.

Sulla base dei fabbisogni raccolti, So.Re.Sa. elabora annualmente un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate, a livello regionale, per l'acquisto e la fornitura di beni ed attrezzature sanitarie. Nei rapporti con le aziende sanitarie regionali So.Re.Sa ha definito un modello originale che si sostanzia nella puntuale verifica, a seguito di attivazione di convenzioni-quadro, del livello di adesione delle aziende sanitarie, rispetto a fabbisogni comunicati in fase di preparazione della gara centralizzata.

So.Re.Sa., per tradizione, prevede un adeguato livello di coinvolgimento del personale clinico e amministrativo delle aziende regionali non solo nella fase di raccolta del fabbisogno, ma anche delle fasi successive, di aggregazione e stesura della documentazione tecnica. Tuttavia, esistono, in linea generale, due differenti approcci. In caso di riedizioni di gare già effettuate, le fasi di aggregazione della domanda e di stesura della documentazione vengono gestite preva-

²¹ Ai sensi dell'articolo 9 del d.l. 66/2014.

lentamente da So.Re.Sa, con un basso grado di coinvolgimento delle strutture aziendali; in caso di prime edizioni di gare su beni e servizi non acquistati in precedenza in forma centralizzata, viene effettuata una valutazione approfondita e specifica sul livello di coinvolgimento sia del mercato (attraverso tavoli tecnici), che del personale clinico ed amministrativo delle aziende coinvolte, soprattutto in mancanza di competenze interne specifiche.

Nel corso degli ultimi anni, si è consolidato il ruolo di So.Re.Sa., che deve assicurare la continuità delle forniture di beni e dei servizi, il cui acquisto è stato già centralizzato a livello regionale, una buona parte delle iniziative programmate riguardano riedizioni di precedenti gare; per le nuove iniziative So.re.sa. si è particolarmente concentrata sulle categorie merceologiche definite dal DPCM del 24 dicembre 2015 arrivando di fatto a coprire tutte le merceologie del suddetto decreto.

La riduzione della variabilità e l'aumento della standardizzazione dei beni e servizi rappresentano uno degli obiettivi di So.Re.Sa attraverso la programmazione delle procedure di gara. Al fine di ridurre la variabilità dei prodotti, nel corso del 2014 So.Re.Sa. ha avviato un importante progetto per la realizzazione della bonifica e per la normalizzazione delle anagrafiche aziendali, al fine di migliorare il rapporto percentuale tra i flussi economici dei consumi dei DM inviati al ministero della Salute e il valore complessivo degli acquisti degli stessi da parte delle aziende sanitarie, (con l'obiettivo di raggiungere la soglia, fissata dal Ministero, del 65%).

Nel 2016 la Centrale di Committenza ha aggiudicato 15 iniziative per un valore di circa 1 miliardo; nello stesso anno, sono state bandite 19 nuove gare per un valore di circa 4 miliardi ed istruite altre 7.

Nel corso dei primi due quadrimestri del 2017 sono inoltre state aggiudicate ed indette 24 iniziative per un valore di circa 5 miliardi e sono in istruttoria altre 8.

L'adesione alle convenzioni di So.Re.Sa. da parte delle aziende del SSR sono state in media circa il 75%.

Contestualmente alle attività di gara, ai sensi dell'art. 1 comma 230 della Legge regionale n. 4/2011, la Direzione della Centrale di Committenza svolge anche attività istruttorie finalizzate al rilascio di autorizzazioni alle AA.SS. per lo svolgimento di autonome procedure di gara.

La suddetta attività è svolta in via telematica attraverso la piattaforma di e-procurement e consente il rilascio o il diniego tempestivo delle autorizzazioni di acquisto alle Aziende Sanitarie. Nel 2016 sono state lavorate complessivamente circa 1000 richieste di autorizzazione.

La percentuale di copertura di So.Re.Sa. presenta valori rilevanti, tuttora in crescita. Analizzando le voci più significative delle categorie merceologiche, le percentuali di copertura di So.re.sa. sono pari al 97% per i farmaci, 99% per i vaccini e circa il 50% per i dispositivi medici.

Pertanto, come emerge da tali dati, So.re.sa. nei settori storici di intervento assicura un elevato grado di copertura.

In aggiunta, So.re.sa. oltre a consolidare i risultati fino ad oggi raggiunti, nel corso del 2016 e 2017, tra iniziative bandite ed aggiudicate, ha coperto la quasi totalità delle iniziative di gara previste da D.P.C.M. del 24.12.2015. In particolare sono state bandite tutte le gare previste per i servizi non sanitari e sono state attivate le Convenzioni per il servizio di raccolta trasporto e conferimento ad impianto di smaltimento dei rifiuti, per i servizi integrati, gestionali e operativi di manutenzione multiservizio tecnologico e per i servizi integrati di lavanoleggio.

16.4.4 Regione Sicilia

Il modello di centralizzazione degli acquisti adottato dalla Regione Sicilia si inserisce in un profondo disegno di rinnovamento del sistema sanitario regionale, che ha portato, in primo luogo, alla riduzione del numero di aziende sanitarie (da 29 a 17), suddivise in due Bacini (Occidentale ed Orientale), attraverso un processo di accorpamento e fusione durato diversi mesi. Regione Sicilia ha intrapreso il percorso descritto sulla spinta determinata dal Piano di Rientro, siglato il 31 luglio 2007, di cui l'accentramento costituisce una delle linee di azione fondamentali (Amatucci e Mele, 2012).

La Centrale Unica di Committenza, che ha assunto il ruolo di Soggetto Aggregatore, ai sensi dell'articolo 9 del d.l. 66/2014, provvede agli acquisti di beni e servizi oltre che per i diversi rami dell'Amministrazione regionale anche per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale, per gli enti regionali e per le società a totale o maggioritaria partecipazione regionale.

L'attività della Centrale di Committenza viene pianificata attraverso uno stretto collegamento con l'Assessorato all'Economia, da cui dipende funzionalmente²²: un decreto dell'Assessore per l'economia, entro il 31 dicembre di ogni anno, definisce il piano strategico degli acquisti, individua le categorie merceologiche dei beni e dei servizi da acquistare, individua le relative modalità di attuazione e gli importi, riferiti a ciascuna categoria merceologica.

Il modello adottato dalla regione Sicilia prevede tre distinti «livelli di aggregazione» per l'acquisto di beni e servizi:

- ▶ livello regionale, in cui opera la Centrale Unica di Committenza, con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le aziende sanitarie della regione;

²² La Centrale Unica di Committenza, istituita con L.R. 7 maggio 2015, n. 9, art. 55, non ha personalità giuridica autonoma, ma è un Servizio/Ufficio all'interno dell'Assessorato per l'Economia della Regione Sicilia, sotto la competenza del Dipartimento regionale del bilancio e del tesoro.

- ▶ livello regionale, gestito dai Bacini, in cui viene individuata un'AS capofila con il compito di gestire le procedure di gara per tutte le AS della regione;
- ▶ livello di bacino, in cui viene individuata un'AS capofila con il compito di gestire le procedure di gara esclusivamente per le AS del bacino.

La Centrale di Committenza è ancora in una fase embrionale, in quanto le attività propedeutiche (costituzione formale, attivazione, assegnazione del personale, programmazione dell'attività) ne hanno permesso la piena operatività da pochi mesi. In questa fase, la Centrale si occupa prevalentemente delle categorie merceologiche previste dal DPCM.

Accanto alla Centrale, continua l'operatività dei Bacini, attraverso un modello che prevede una profonda interazione tra Bacini e aziende, con la presenza di tre organi, uno per ogni bacino di riferimento e uno con funzioni di raccordo e coordinamento a livello regionale.

A livello regionale, presso l'Assessorato alla Salute, è prevista una cabina di regia interna con funzioni di pianificazione, controllo e valutazione dell'attività dei Bacini. L'attività di pianificazione della cabina di regia consiste nell'individuazione di un programma di acquisti comune fra tutte le aziende appartenenti allo stesso bacino. L'attività di controllo è finalizzata non solo alla verifica del rispetto delle indicazioni previste, ma anche allo sviluppo di un sistema di indicatori attraverso i quali monitorare le attività delle aziende sanitarie.

Seguendo una logica di specializzazione dei provveditorati a ogni azienda sanitaria viene assegnata in maniera stabile una macro-area di prodotti per la quale l'azienda dovrà occuparsi dell'intero processo di approvvigionamento, a esclusione della stipula del contratto che rimane prerogativa delle singole aziende sanitarie, per la relativa quota di competenza.

La Centrale Unica di Committenza non prevede momenti istituzionali di confronto con il personale clinico e con le aziende sanitarie. L'individuazione dei beni e servizi da acquistare avviene attraverso l'utilizzo delle voci di spesa previste dal Piano dei Conti Regionale ed è basata su una segmentazione degli acquisti in relazione ai volumi, alla complessità del giudizio clinico e alla possibilità di standardizzazione. Vengono tuttavia individuati, per alcune categorie di gare sanitarie, tavoli tecnici con operatori economici e associazioni, e alcuni momenti di scambio con le aziende, basati prevalentemente su questionari e documenti. La fase di aggregazione del fabbisogno, stesura della documentazione di gara, indizione e gestione della gara viene curata prevalentemente dalla Centrale di Committenza.

Le gare di Bacino, invece, sono organizzate in maniera differente: il processo di acquisto prende avvio con la rilevazione del fabbisogno da parte delle singole aziende sanitarie, che sarà poi trasmesso, in formato elettronico, all'azienda capofila. Le attività dell'azienda capofila consistono nell'aggregare i fabbisogni, attraverso il coinvolgimento di figure professionali specializzate,

interne all'azienda (quali per esempio i farmacisti); e nel gestire il processo di acquisto, attraverso il coinvolgimento di figure professionali provenienti da tutte le aziende sanitarie appartenenti al bacino, con funzioni di supporto alla predisposizione del capitolato di gara e di partecipazione alle Commissioni di gara.

L'attività della Centrale Unica di Committenza è ancora troppo recente per poter mostrare risultati attendibili. Tuttavia, tale Centrale risulta già molto dinamica e in pochi mesi ha bandito gare per circa 5 miliardi di euro. Molte sono le gare in programmazione, tutte prevalentemente legate al DPCM, tra fine 2017 e inizio 2018.

I risultati dell'attività, seppur non ancora di natura economica, sono invece evidenti in termini di riduzione della variabilità dei beni acquistati: in quasi tutte le gare bandite nel 2016²³ si è registrata una notevole riduzione dei lotti, anche in misura del 50%, rispetto a gare precedenti, a testimonianza della volontà di ottenere risultati in tempi brevi.

Ben più rilevante è stata, negli anni, l'attività dei Bacini. A partire dal 2010 sono state indette 41 gare dal Bacino Orientale, 23 dal Bacino Occidentale, 15 gare regionali, con ASL capifila. Il totale del valore bandito in gara è di circa 6 miliardi di euro. Complessivamente, le forme di acquisto centralizzato (considerando sia la Centrale di Committenza che l'attività dei Bacini) coprono almeno il 60% della spesa regionale.

16.5 Considerazioni di sintesi

La centralizzazione fino a oggi è stata interpretata in ottica di contenimento della spesa d'acquisto più che come strumento di revisione e ripensamento della spesa complessiva, in ottica di *«total cost of ownership»*, considerando anche gli effetti, in termini di maggiori o minori costi, derivanti dall'impiego di quanto acquistato.

Pertanto è consistita, prevalentemente, nel processo di aggregazione della funzione di acquisto, delegando a un soggetto unico l'attività amministrativa di gestione della gara. I dati quantitativi rilevati non permettono di valutare se questo processo abbia consentito effettivamente di aggregare la domanda in modo razionale, con finalità di rivalutazione e ridefinizione degli aggregati di acquisto possibili, sulla base dei fabbisogni espressi e delle innovazioni e cambiamenti nel mercato dei fornitori. L'ammontare medio del lotto di gara è relativamente contenuto: questo potrebbe significare o che non vi è stato

²³ Farmaci, SDA; Defibrillatori (Materiale per elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca: Convenzione; Pace-maker, Convenzione; Servizi di Lavanderia per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, Convenzione; Servizi Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali, Convenzione.

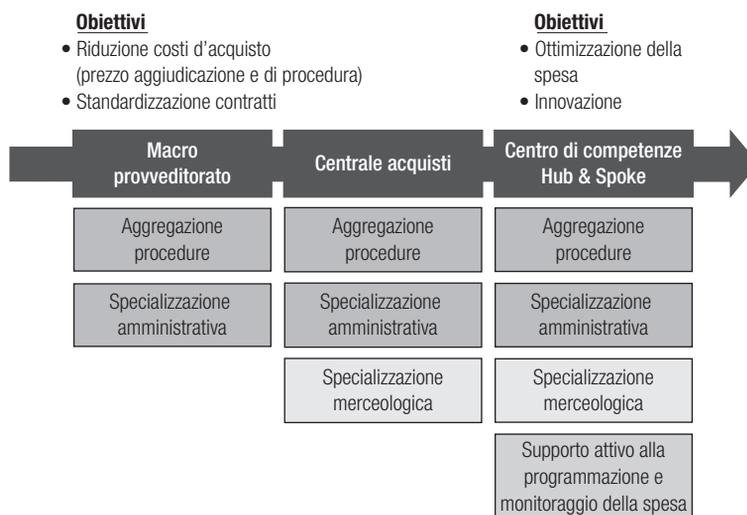
un processo effettivo di aggregazione della domanda, oppure che la razionalizzazione in *cluster* di oggetti di acquisto corrispondenti ai lotti deve essere approfondita dal punto di vista qualitativo, per poter cogliere l'effettivo valore aggiunto dell'aggregazione.

Tuttavia, va sottolineato che, quando la centrale di committenza opera in modo virtuoso, essa diventa un centro di specializzazione che consente di ridurre le asimmetrie informative e quindi, anche qualora la domanda non abbia incrementato i volumi di acquisto per singola tipologia e non vi siano economie di scala, si possono comunque ottenere significativi vantaggi per il sistema sanitario. La centrale o comunque «gli hub di acquisto» consentono di specializzare profili professionali sulle diverse categorie merceologiche, con l'obiettivo di monitorare costantemente il mercato e quindi definire in modo sempre più appropriato finalità dell'acquisto, requisiti, specifiche tecniche e conseguenti prezzi a base di gara. Né la percentuale di aggregazione, né tanto meno lo sconto sulla base d'asta ottenuto, possono rappresentare indicatori di efficienza ed efficacia delle centrali.

Questa consapevolezza si sta diffondendo, come manifestano le esperienze di alcune centrali analizzate, sebbene i modelli istituzionali siano differenti.

Dall'analisi dei casi emergono tre modelli di centrali, che evidenziano tre fasi di sviluppo, o tre possibili «assetti di connessione» tra policy maker (la Regione) ed erogatore dei servizi (le Aziende Sanitarie), del processo di razionalizzazione degli acquisti (vedi Figura 16.5). Non necessariamente le esperienze analizzate coincidono con uno dei tre modelli evolutivi rappresentati in Figura 16.5, poiché la definizione del modello e la sua effettiva implementazione dipendono da scelte di policy e di management situazionali e contingenti. Inoltre, i confini tra i tre modelli sono sfumati, non rigidi, a motivo non solo del posizionamento dei vari soggetti regionali all'intero di questi tre modelli, ma anche del percorso di evoluzione che si è avuto nel tempo nei diversi contesti regionali, in virtù di esigenze sociali, economiche e culturali.

Nel primo modello, la centrale si fa carico di coordinare l'attività amministrativa di acquisto delle AS. In questa configurazione, che riproduce su scala regionale le attività di un singolo provveditorato aziendale, che si osserva tipicamente nelle centrali all'interno dell'ente regione, la gestione delle procedure centralizzate può essere delegata in avvalimento a singole AS, in funzione di scelte contingenti. Il modello consente, se vi sono le competenze necessarie, di raggiungere una specializzazione in particolari ambiti merceologici, senza tuttavia intaccare le scelte individuali, in quanto l'aggregazione avviene soprattutto in termini amministrativi/procedurali - ponendo l'obiettivo di razionalizzazione della domanda e dei costi in secondo piano. Per questo motivo questo modello viene completamente superato in un contesto in cui si è attuato un processo di fusione delle aziende sanitarie o in cui le aziende si consorziano nella gestione di procedure d'acquisto.

Figura 16.5 **Stadi evolutivi delle centrali di acquisto**

Nel secondo modello la centrale è dotata di una propria struttura tecnico-gestionale, creata con l'obiettivo di offrire un servizio aggregato, non necessariamente solo legato alla funzione acquisti, ma che può riguardare anche altre funzioni tecnico-amministrative. In questa configurazione la funzione acquisti è demandata alla centrale, che raggiunge quindi un forte grado di specializzazione amministrativa nella gestione delle procedure di costruzione delle gare e selezione del fornitore. La centrale è, tuttavia, soggetto passivo rispetto alle AS, che continuano a esprimere in modo autonomo i fabbisogni.

L'ultimo modello è quello che possiamo definire di centrale di competenza e aggregatore della domanda. Secondo questa impostazione la gestione delle singole procedure può tornare in parte di competenza delle singole aziende, ad esempio attraverso l'uso di accordi quadro e sistemi dinamici di acquisizione, o attraverso gare gestite in modo autonomo, anche con ruolo di capofila, nell'ambito delle quali la centrale agisce con ruolo di supporto metodologico e di competenza. La centrale, lavorando con e coordinando le AS, definisce in modo proattivo e strategico il perimetro delle forniture, specie quelle più strategiche. Questo processo consente di analizzare in modo puntuale i consumi e, quindi, di individuare in modo più specifico i fabbisogni; inoltre, consente di definire, anche mediante una triangolazione con il mercato, specifiche funzionali, requisiti soggettivi e valori economici più puntuali e sfidanti. Questo modello è quello che potenzialmente consente di guidare in modo strategico la funzione acquisti, con il conseguimento di migliori risultati di performance e maggiori impatti sul sistema sanitario e sul mercato.

Pertanto, in futuro, anche a fronte dei processi di fusione aziendali, il tema

non sarà più lo svolgimento di una procedura aggregata tra più aziende, quanto la riqualificazione delle centrali verso ruoli più strategici. È evidente, che optare per un modello base di mero soggetto coordinatore rispetto a un modello evoluto di «centrale di competenza» non può avvenire semplicemente con un cambiamento di statuto. La scelta del modello deve essere effettuata in modo coerente con lo stadio di maturità del sistema e impone un forte *commitment* politico, da cui devono derivare opportune azioni di management. Nessun cambiamento può generare i risultati programmati senza un chiaro investimento in competenze. In un sistema pubblico in cui il turn over delle professionalità è bloccato, il rischio è quello di creare un design istituzionale ottimale che non è in grado di conseguire i risultati per carenze manageriali.

16.6 Conclusioni

Gli acquisti pubblici da mero strumento, sono visti sempre di più a livello europeo come una vera e propria policy (Cusumano e Brusoni, 2016). Secondo la Commissione Europea (2016), il settore pubblico esprime richieste di acquisto pari, in media tra il 2012 e il 2015, al 10% del PIL italiano. Le implicazioni di politica economica, specie nel settore sanitario, sono molto rilevanti. Pertanto, è auspicabile che le scelte relative ai modelli di acquisto in sanità vengano assunte non solo puntando la lente di ingrandimento sugli equilibri di bilancio sanitario di breve termine, ma prendendo in considerazione anche gli effetti che queste scelte possono avere sul sistema regionale e nazionale complessivo (Marsilio, Amatucci e Callea, 2016). Per questo motivo, sarebbe auspicabile che il legislatore nazionale creasse dei sistemi incentivanti affinché il *procurement* possa diventare una leva di reale sviluppo economico e sociale, così come peraltro delineato dalle recenti Direttive comunitarie nel 2014 (n. 23 e 24).

Sulla scorta delle analisi condotte, in particolare dei casi raccolti, appare utile iniziare a riflettere sulla bontà di alcuni assunti alla base delle politiche di centralizzazione degli acquisti fin qui perseguite:

- 1) L'aggregazione delle procedure di acquisto comporta automaticamente un'aggregazione della domanda.
- 2) L'incremento della scala degli acquisti determina una riduzione diretta dei costi di approvvigionamento.
- 3) Le economie di scala, per essere raggiunte, implicano necessariamente la standardizzazione dei processi e dei prodotti di acquisto.

La centralizzazione degli acquisti da sola non produce risparmi: se manca un processo adeguato di analisi dei fabbisogni e di traduzione degli stessi in documenti di gara, redatti sulla base di approfonditi confronti con il cliente finale

interno e il mercato, il rischio è quello di generare maggiori costi in termini di «*total cost of ownership*» e iniquità. Appare, quindi, urgente mettere a punto modelli di valutazione del «*total cost of ownership*», analizzando sia gli impatti sui bilanci aziendali, sia sui pazienti che sul sistema nel suo complesso, per comprendere i modelli più adeguati di approvvigionamento.

Le diverse soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni dimostrano come la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile. A livello di processo di acquisto la standardizzazione non deve essere l'obiettivo, ma casomai la conseguenza di una analisi dei fabbisogni e, comunque, essa non può interferire con l'appropriatezza e con l'autonomia clinica. Tra l'altro, una eccessiva standardizzazione in un contesto istituzionale in cui il controllo della spesa è interpretato come riduzione dei prezzi di acquisto può deprimere il mercato e la sua capacità di innovazione.

In funzione, come si è scritto sopra, degli assetti istituzionali e del grado di maturità del sistema è auspicabile una maggior consapevolezza negli obiettivi da assegnare alle centrali di committenza regionali. È proprio in questa direzione, anche facendo leva su analisi di tipo qualitativo, data la complessità dell'oggetto di indagine, che l'Osservatorio MASAN intende contribuire al dibattito e all'evoluzione del sistema degli acquisti.

Bibliografia

- Amatucci F., Marsilio M. (2012), «I processi di approvvigionamento dei dispositivi medici», in Tarricone R. (a cura di), *Politiche per la salute e scelte aziendali. Impatto sull'innovazione e diffusione delle tecnologie mediche*, Egea, Milano
- Amatucci F., Mele S. (2012), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentrimento*, Milano, Egea, seconda edizione
- Callea G. et. al. (2017), «The impact of HTA and procurement practices on the selection and prices of medical devices», *Social Science & Medicine*, 174, 89-95
- Cusumano N., Brusoni M. (2016), «Rileggere gli Acquisti in Chiave Strategica», in Brusoni M., Niccolò C., Vecchi V. (a cura di), *Gli Acquisti Pubblici un Approccio Manageriale al Cambiamento*, Milano, Egea.
- Eriksson E., Westerberg M. (2011), «Effects of Cooperative Procurement Procedures on Construction Project Performance: A Conceptual Framework», *International Journal of Project Management* 29 (2). Elsevier Ltd and IPMA: 197-208. doi:10.1016/j.ijproman.2010.01.003.
- European Commission (2016), *Public Procurement Indicators 2015*.

- Fredo S., Bakker E., Walker H., Essig M. (2011), «Development of Purchasing Groups during Their Life Cycle: From Infancy to Maturity», *Public Administration Review* 71 (2): 265-75. doi:10.1111/j.1540-6210.2011.02337.x.
- Fredo S., Telgen J. (2007), «Developing a Typology of Organisational Forms of Cooperative Purchasing», *Journal of Purchasing and Supply Management* 13 (1): 53-68. doi:10.1016/j.pursup.2007.03.002.
- Fredo S., Telgen J., de Boer L. (2010), «Critical Success Factors for Managing Purchasing Groups», *Journal of Purchasing and Supply Management* 16 (1). Elsevier: 51-60. doi:10.1016/j.pursup.2009.10.002.
- Gobbi C., Hsuan J. (2015), «Collaborative Purchasing of Complex Technologies in Healthcare», *International Journal of Operations & Production Management* 35 (3): 430-55. doi:10.1108/09574090910954864.
- Karjalainen K. (2011), «Estimating the Cost Effects of Purchasing Centralization-Empirical Evidence from Framework Agreements in the Public Sector», *Journal of Purchasing and Supply Management* 17 (2). Elsevier: 87-97. doi:10.1016/j.pursup.2010.09.001.
- Kauppi K., Van Raaij E.C. (2014), «Opportunism and Honest Incompetence-Seeking Explanations for Noncompliance in Public Procurement», *Journal of Public Administration Research and Theory*, no. Karjalainen 2011: 1-27. doi:10.1093/jopart/mut081.
- Marsilio M., Amatucci F., Callea G. (2016), «La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano
- Meehan J., Ludbrook M.N., Mason C.J. (2016), «Collaborative Public Procurement: Institutional Explanations of Legitimised Resistance», *Journal of Purchasing and Supply Management* 22 (3). Elsevier: 160-70. doi:10.1016/j.pursup.2016.03.002.
- Nollet J., Beaulieu M. (2003), «The Development of Group Purchasing: An Empirical Study in the Healthcare Sector», *Journal of Purchasing and Supply Management* 9 (1): 3-10. doi:10.1016/S0969-7012(02)00034-5.
- Nollet J., Beaulieu M. (2005), «Supply Chain Management: An International Journal Should an Organisation Join a Purchasing Group?», *Supply Chain Management: An International Journal* 10 (1): 11-17. doi:10.1108/13598540510578333.
- Pagell M. (2004), «Understanding the Factors That Enable and Inhibit the Integration of Operations, Purchasing and Logistics», *Journal of Operations Management* 22 (5): 459-87. doi:10.1016/j.jom.2004.05.008.
- Tella E., Veli Matti V. (2005), «Motives behind Purchasing Consortia», *International Journal of Production Economics* 93-94 (SPEC.ISS.): 161-68. doi:10.1016/j.ijpe.2004.06.014.
- Walker H., Fredo S., Bakker E., Harland C. (2013), «Collaborative Procurement: A Relational View of Buyer-Buyer Relationships», *Public Administration Review* 73 (4): 588-98. doi:10.1111/puar.12048.

