

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

17 La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa

di Marta Marsilio, Fabio Amatucci e Giuditta Callea¹

17.1 Introduzione: obiettivi e metodologia

Da ormai più di un decennio si stanno diffondendo nel settore sanitario soluzioni gestionali innovative finalizzate alla razionalizzazione della spesa per la gestione degli acquisti di beni e servizi. A livello internazionale, il ruolo della centralizzazione degli acquisti e della logistica, conosciuta in letteratura come *collaborative purchasing* o *collaborative supply chain*, è ormai una tendenza diffusa nelle modalità di gestione degli approvvigionamenti e della movimentazione dei beni delle amministrazioni pubbliche e sanitarie in particolare (Bovaird, 2006; Kamann et al., 2004; Schotanus, Telgen e De Boer, 2009). Soprattutto nel corso degli ultimi venti anni, il focus su questo argomento si è modificato, passando da un approccio fondato su studi teorici ad uno sempre più orientato verso analisi empiriche basate sulle esperienze di acquisti consorziati a livello internazionale (Nollet e Beaulieu, 2003; Tella e Virolainen, 2005). Nel settore sanitario, l'ambito di intervento di un *collaborative purchasing* è spesso legato al tipo di benefici attesi da parte dell'organizzazione. Storicamente, il principale obiettivo perseguito si sostanzia nella riduzione dei costi (Johnson, 1999; 2003; Schotanus, 2005): da uno studio condotto su 221 istituzioni sanitarie statunitensi è emerso che i risparmi derivanti dalla costituzione di un *purchasing group* variano dal 10% al 15% (Muse & Associates, 2000). Questi risparmi sono principalmente dovuti a due aspetti (Johnson, 1999; 2003; Schotanus, 2005): da un lato, le unioni d'acquisto riducono i prezzi di acquisto di beni e servizi come conseguenza dell'aumento del volume acquistato; le economie di scala che ne derivano, quindi, sono dovute a un aumento del potere di mercato dell'organizzazione rispetto a quello dei singoli

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto, sono da attribuire a Marta Marsilio i §§ 17.1, 17.3 e 17.4, a Fabio Amatucci i §§ 17.5 e 17.6 e a Giuditta Callea il § 17.2. I risultati presentati sono parte di un progetto finanziato dalla Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici presso il Ministero della Salute. Gli autori ringraziano la dott.ssa Tilia Ludovica Miranda per la collaborazione alla realizzazione del presente lavoro di ricerca.

membri che la compongono; dall'altro lato, le minori procedure amministrative per la gestione di tutte le attività collegate alle fasi di acquisto (quali la predisposizione della documentazione di gara e la gestione dei contratti) hanno come conseguenza la riduzione dei costi di transazione. Ulteriori benefici consistono nella riduzione e specializzazione del personale dedicato alla funzione acquisti e nella standardizzazione dei beni e servizi (Johnson, 1999; Schotanus, 2005). La creazione di un consorzio d'acquisto dovrebbe nel tempo portare a una diminuzione del personale dedicato alla funzione, sia nel caso di costituzione di un soggetto terzo – le unità di personale necessarie allo svolgimento delle attività sarebbero inferiori rispetto alla sommatoria del personale utilizzato dai membri dell'organizzazione –, sia nel caso in cui l'unione di acquisto avvenga senza l'istituzione di un nuovo soggetto, ma con l'attribuzione di specifiche funzioni ai membri dell'organizzazione. In quest'ultimo caso, i vantaggi deriverebbero sia dalla standardizzazione dei processi – la collaborazione fra diversi istituti richiede necessariamente un'analisi e una riorganizzazione delle procedure in modo da uniformare i processi tra i vari membri del consorzio – sia dalla specializzazione del personale amministrativo – in questo senso i consorzi d'acquisto potrebbero favorire una valorizzazione delle professionalità e un rafforzamento del *know how* nell'intero sistema. Parallelamente all'identificazione dei principali fattori di successo, alcuni autori (Johnson, 1999; Schotanus, 2005) hanno individuato alcune possibili criticità nella gestione dei consorzi d'acquisto. Si tratta di aspetti che, se non governati in modo opportuno, rischiano di influire negativamente sulla *performance* del gruppo, causando un atteggiamento di sfiducia verso i possibili vantaggi del ricorso ad acquisti consorziati. Il primo aspetto da considerare riguarda gli inevitabili costi di coordinamento che si manifestano nella gestione del consorzio. Affinché un consorzio funzioni, è necessario prevedere momenti di scambio informativo e di condivisione delle decisioni fra tutti i membri che ne fanno parte. Le principali esperienze di unioni d'acquisto dimostrano che un elemento imprescindibile è rappresentato dall'istituzione di gruppi di lavoro nei quali tutti i membri siano rappresentati, e nel quale siano definite *ex ante* le regole del gioco, condivise da tutti i partecipanti al consorzio. Naturalmente, questo comporta maggiori sforzi e tempi più lunghi soprattutto in fase di programmazione delle attività, ma permette di evitare eventuali discordanze nelle fasi successive al momento dell'acquisto. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla possibile perdita di controllo sui propri processi da parte dei membri dell'organizzazione. Questo aspetto sembra quasi fisiologico: la cessione di alcune prerogative e la ricerca di soluzioni condivise, non sempre ottimali per tutti i membri, comporta inevitabilmente una riduzione, seppur minima, della singola autonomia.

Nel corso di questi anni sono stati pubblicati numerosi contributi anche a livello nazionale, finalizzati a mappare la diffusione di tali innovazioni nel nostro SSN (Brusoni e Marsilio, 2007; Marsilio e Mele, 2010; Ceis, 2010; Amatucci e Mele, 2012; Barba, 2016). In particolare, alcuni contributi hanno assunto ad oggetto di

analisi l'accentramento a livello sovra aziendale della gestione della funzione acquisti e, più recentemente, anche della logistica (Boscolo et al., 2011). Nel nostro Paese, diverse iniziative di centralizzazione e di coordinamento degli acquisti di beni e servizi in sanità si sono registrate già a partire dagli inizi degli anni 2000, spesso in maniera spontanea e senza un unico approccio condiviso. Spesso l'importanza di iniziative e di soluzioni innovative di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi e della gestione della logistica è stata promossa dai programmi operativi delle regioni in Piano di Rientro. Infatti, in tutti i Piani, vi è una sezione dedicata alla razionalizzazione dei fattori produttivi, con l'indicazione di obiettivi di riduzione della spesa correlati all'adozione di strategie e logiche innovative proprio nella gestione degli acquisti (De Pietro et al., 2014).

Solo con il Governo Monti è stato avviato un processo più coordinato di razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica per l'acquisto di beni e servizi, attraverso due decreti legge di *Spending Review* del 2012 (DL n. 52/2012 e n. 95/2012). La terza manovra di revisione della spesa (DL n. 66/2014), attuata nel 2014 dal Governo Renzi, ha definito la razionalizzazione della spesa per gli acquisti di alcune specifiche categorie di beni e servizi, successivamente identificate con il DPCM 24/12/2015, ed il rafforzamento della funzione di acquisto centralizzata in centrali di committenza nazionali e regionali e Soggetti Aggregatori. La rilevanza della centralizzazione degli acquisti è richiamata esplicitamente anche nel Patto per la salute 2014-16 e nella Legge di Stabilità 2016 (L. 28/12/2015, n. 208). Infine, anche il nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 50/2016) ribadisce l'obbligo per le stazioni appaltanti italiane di ricorrere esclusivamente a forme di aggregazione o centralizzazione delle committenze, anche attraverso un Soggetto Aggregatore, per gli acquisti oltre soglia comunitaria.

17.1.1 Obiettivi e metodologia di analisi

All'interno di questo scenario, il capitolo si propone alcuni obiettivi. Il primo consiste nell'illustrare le più recenti evoluzioni normative in atto a livello nazionale finalizzate a razionalizzare e riqualificare la spesa per beni e servizi. Particolare attenzione è dedicata all'analisi delle finalità di soggetti che esercitano un ruolo chiave nella gestione di acquisti centralizzati (es. Centrale di Committenza, Stazione Unica Appaltante – SUA, Soggetti Aggregatori – SS.AA.) e alle disposizioni del recente nuovo Codice degli Appalti.

Il secondo obiettivo è di fornire un quadro aggiornato delle diverse soluzioni istituzionali ed organizzative adottate dalle Regioni per la gestione dei processi di acquisto. La ricerca è stata condotta attraverso la consultazione di fonti istituzionali (leggi e delibere regionali, piani di rientro per le regioni interessate, siti web delle regioni e dei SS.AA.), documenti di progetto (piani di fattibilità), documenti interaziendali (atti costitutivi e statuti di specifici enti sovra aziendali, regolamenti, ecc.), e documenti aziendali. L'analisi mira sia ad evidenziare la si-

tuazione attuale (approccio sincronico), sia a delineare i tratti essenziali che hanno caratterizzato l'evoluzione delle iniziative esaminate (approccio diacronico) a partire dalla mappatura pubblicata nel Rapporto OASI 2007 (Brusoni e Marsilio, 2007). Dal materiale raccolto sono state estratte alcune informazioni rilevanti (denominazione della Centrale Acquisti, anno di costituzione, ambito di azione, funzioni, assetto, Soggetto Aggregatore con competenza sui beni e servizi sanitari, presenza di Aree Vaste con responsabilità sugli acquisti), che hanno consentito un'analisi comparativa dei modelli regionali.

Il terzo obiettivo è rappresentato dall'indagine dei *trend* e delle esperienze più significative di gestione degli acquisti in sanità in atto a livello europeo. Il lavoro è stato condotto con l'obiettivo di individuare i principali elementi che caratterizzano le diverse soluzioni istituzionali e organizzative adottate per l'approvvigionamento dei beni e servizi. Si ritiene, infatti, che dall'analisi di tali esperienze possano emergere spunti di riflessione utili per orientare innovazioni sia dal punto di vista strategico che operativo per le iniziative già adottate o in corso di adozione nelle Aziende Sanitarie (AS) del SSN. Tale attività si basa sull'analisi dei modelli adottati in 5 Paesi europei, condotta attraverso una revisione della letteratura e di documenti istituzionali. I Paesi sono stati selezionati sulla base della loro significatività, privilegiando i casi in grado di fornire la maggiore ricchezza informativa.

Da ultimo, viene proposto un quadro interpretativo e valutativo per l'analisi delle soluzioni individuate a livello nazionale ed europeo anche rispetto al diverso contesto istituzionale/organizzativo.

17.2 Il contesto nazionale

17.2.1 Norme specifiche nazionali

A partire dal 2012, le manovre di *Spending Review* hanno stabilito alcune misure da adottare in merito ai contratti stipulati dalle aziende sanitarie per l'acquisto di beni e servizi. La prima manovra (DL 7 maggio 2012, n. 52, recante «Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica», convertito con modificazioni dalla Legge 6 luglio 2012, n. 94) ha introdotto per le AS la possibilità di rinegoziare o rescindere i contratti in essere, riconducendo i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento in presenza di differenze significative nei prezzi unitari stessi (art. 7 bis). La seconda manovra (DL 6 luglio 2012, n. 95, recante «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario», convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135; art. 15, c. 13) ha previsto una riduzione del 5% degli importi relativi a contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi in essere. La validi-

tà della norma è stata limitata al 31/12/2012 per la fornitura di dispositivi medici (DM). Il provvedimento, inoltre, ha introdotto, per le AS che hanno rescisso i contratti, la possibilità di accedere a convenzioni-quadro anche in altre regioni o ad affidamenti diretti a condizioni più convenienti al fine di assicurare la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività assistenziale.

Il DL 24 aprile 2014, n.66, convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89, ha istituito i SS.AA., di cui fanno parte CONSIP Spa, una centrale di committenza per ciascuna regione italiana ed altre figure (ad esempio città metropolitane e province) che abbiano fatto richiesta ad ANAC di iscrizione all'Elenco Nazionale dei SS.AA.. Attualmente i SS.AA. sono 33, secondo quanto deliberato da ANAC il 22 luglio 2015 (Figura 17.1).

I SS.AA. non sono sostitutivi delle centrali regionali di committenza già costituite in quanto il loro compito è di indire le procedure di acquisto relative alle sole categorie merceologiche definite dal Tavolo tecnico dei SS.AA., anch'esso

Figura 17.1 **Elenco nazionale dei Soggetti Aggregatori previsto da delibera ANAC n. 58, 22 luglio 2015**



istituito con DL 66/2014. Il Tavolo tecnico definisce entro il 31 dicembre di ogni anno la lista delle categorie di beni e servizi e delle relative soglie al superamento delle quali gli enti pubblici debbono acquistare attraverso i SS.AA.. Le attività del Tavolo tecnico sono definite nel DPCM 11 novembre 2014 (art.2, c. 1), che ha previsto anche l'istituzione di gruppi di lavoro finalizzati al supporto tecnico su specifiche tematiche. Il Gruppo di Lavoro Sanità svolge le proprie attività in otto sottogruppi operativi tematici: Farmaci e vaccini, Emodinamica, Ausili incontinenza, Servizi tecnico alberghieri, Cardiologia, Protesi d'anca, Medicazioni, aghi e siringhe, Manutenzioni apparecchiature². Il Piano di Lavoro del Gruppo Sanità prevede una serie di attività. La prima, già completata, è relativa al supporto all'individuazione delle categorie merceologiche da centralizzare, che sono state poi definite per il biennio 2016-2017, unitamente alle relative soglie di obbligatorietà, dal DPCM 24 dicembre 2015 (Tabella 17.1.).

La rilevanza della centralizzazione degli acquisti è richiamata esplicitamente nel Patto per la salute 2014-16, che auspica «lo studio di nuove strategie di *procurement* al fine di promuovere l'accesso dei pazienti alle tecnologie sanitarie innovative ed efficaci» (art. 24) ed incarica il Ministero della Salute di fornire elementi utili alla definizione dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici ai diversi livelli (art. 26). La Legge di Stabilità 2015 (L. 23 dicembre 2014, n. 190) ha sottolineato l'esigenza di individuare, ai fini della predisposizione dei capitolati di gara, i requisiti indispensabili per l'acquisizione dei DM (a livello nazionale, regionale, intra-regionale o aziendale) e per l'individuazione dei prezzi di riferimento.

Il DL 19 giugno 2015, n.78, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, ha confermato che gli enti del SSN propongano ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere relativi ai beni e servizi, con l'obiettivo di

Tabella 17.1 **Categorie di beni e servizi da centralizzare nel 2016-17 e relative soglie**

Categorie di DM	Soglie
Stent, Protesi d'anca, Defibrillatori, Pacemaker, Facility management immobili, Pulizia immobili, Manutenzione immobili e impianti	Soglia di rilevanza comunitaria per i contratti pubblici di forniture e di servizi aggiudicati dalle amministrazioni diverse dalle autorità governative centrali
Farmaci, Vaccini, Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali), Medicazioni generali, Aghi e siringhe, Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali, Servizi di pulizia/ ristorazione/lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Servizi di smaltimento rifiuti sanitari, Vigilanza armata, Guardiania	40.000 €

² Fonte: atti del convegno «Acquisti trasparenti: la PA semplifica e spende meglio», Roma, 20 gennaio 2016, disponibili al link http://www.mef.gov.it/inevidenza/article_0186.html.

conseguire una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo grazie alla riduzione, a parità di durata della fornitura, dei prezzi unitari e/o dei volumi di acquisto (art. 9 ter). Il provvedimento ha, inoltre, previsto la rinegoziazione dei contratti di acquisto per DM, in maniera tale da garantire il rispetto del tetto di spesa regionale, confermato per il 2015 al 4,4%. La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208) ha confermato l'esigenza di garantire l'effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, imponendo agli enti del SSN di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche individuate dal DPCM 24 dicembre 2015, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, o di Consip SpA.

17.2.2 Il codice degli appalti e le centrali di committenza

Il nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50) ridisegna in parte il sistema di centralizzazione degli acquisti, sia per le AS sia per gli enti locali. Innanzitutto, prevede forme e modalità differenti di acquisto a seconda del valore della fornitura (Tabella 17.2). Le stazioni appaltanti possono effettuare, direttamente ed autonomamente, acquisti di forniture e servizi fino a 40.000 euro; invece, senza limiti di importo, possono acquisire beni attraverso ordini sugli strumenti messi a disposizione dalle Centrali di Committenza (art. 37 c. 1). Al di fuori di questi casi, fino alla soglia comunitaria (pari a 209.000 €), le stazioni appaltanti in possesso dei requisiti di qualificazione di cui all'art. 38 possono effettuare acquisti attraverso gli strumenti telematici di negoziazione messi a disposizione dalle Centrali di Committenza (art. 37 c. 2). In caso di indisponibilità

Tabella 17.2 **Modalità di acquisto previste dal Codice (D. Lgs. 50/2016) secondo le soglie di riferimento**

Importo economico (Iva esclusa)	Modalità di acquisto
Sotto 40.000 € (art. 37, c. 1)	Acquisti diretti e autonomi
Da 40.000 € a soglia comunitaria (209.000 €)	Se la stazione appaltante è in possesso della necessaria qualificazione, utilizzo autonomo degli strumenti telematici di negoziazione messi a disposizione delle Centrali di Committenza. In caso di indisponibilità di tali strumenti, ricorso a procedura ordinaria (art. 37, c. 2). Se la stazione appaltante non è in possesso della necessaria qualificazione, ricorso a Centrale di Committenza o Aggregazione di una o più stazioni appaltanti aventi la necessaria qualifica (art. 37, c. 3).
Sopra soglia comunitaria (209.000 €)	Ricorso a Centrale di Committenza.

di tali strumenti, anche in relazione a singole categorie merceologiche, le stazioni appaltanti possono ricorrere alle centrali di committenza, o a forme di aggregazione, oppure possono svolgere una procedura ordinaria. Se invece le stazioni appaltanti non sono in possesso dei requisiti di qualificazione stabiliti dall'articolo 38, devono necessariamente ricorrere ad una Centrale di Committenza, oppure devono aggregarsi con una o più stazioni appaltanti aventi la necessaria qualifica (art. 37, c. 3). Sopra la soglia comunitaria, le stazioni appaltanti devono comunque obbligatoriamente ricorrere alle Centrali di Committenza (se ci sono le condizioni, in termini di convenzioni attive, dimensioni e caratteristiche della fornitura, condizioni di gara); in assenza di queste condizioni, le AS possono procedere attraverso lo svolgimento di una procedura ordinaria. Naturalmente, come visto in precedenza, in relazione alle categorie merceologiche contenute nel Dpcm 24/12/2015 (e futuri Dpcm, con cadenza biennale) permane un obbligo assoluto di adesione, anche rispetto a convenzioni sottoscritte da altre regioni (con unico limite del rispetto del plafond contrattuale).

Per le AS, le norme del Codice degli Appalti vanno integrate con i provvedimenti specifici in materia di spesa, già richiamati in precedenza (da ultimo, decreto legge 66/2014, legge di Stabilità 2016 e spending review) che hanno disciplinato ambiti e modalità di acquisto nel settore sanitario e che sottolineano gli obblighi di ricorso a Consip S.p.A. o alle Centrali di acquisto regionali, per i beni e servizi stabiliti con provvedimenti governativi.

Il Codice dei Contratti ribadisce che le Centrali di Committenza possono agire sia come centrale di acquisto (ovvero aggiudicare appalti, stipulare ed eseguire i contratti per conto delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori), sia come gestore di procedure di gara (ovvero stipulare accordi quadro ai quali le stazioni appaltanti qualificate possono ricorrere per l'aggiudicazione dei propri appalti; oppure gestire sistemi dinamici di acquisizione e mercati elettronici).

Tra le Centrali di Committenza figura anche la cosiddetta «Stazione Unica Appaltante» (SUA), che ha però un ambito di intervento limitato alla sola gestione della procedura di gara. La SUA è, di fatto, un ufficio centralizzato, specializzato nella gestione degli appalti, che sulla base delle richieste delle amministrazioni che ad essa aderiscono, cura integralmente la fase della gara, assumendosi anche la responsabilità della scelta dei sistemi e criteri da utilizzare, fino alla stipulazione dei contratti e anche all'assistenza all'eventuale contenzioso delle gare.

17.3 La mappatura dell'accentramento degli acquisti nei SSR

Grazie all'analisi del materiale descritto nel paragrafo 17.1.1, sono state individuate le caratteristiche principali e l'evoluzione dei differenti modelli di centralizzazione delle regioni italiane, sia dal punto di vista dell'assetto istituzionale e

organizzativo, sia dal punto di vista delle soluzioni operative adottate. Il livello di dettaglio nella descrizione dipende prevalentemente dalla fase di maturità dei modelli analizzati. Per le regioni che hanno visto solo alcune esperienze limitate, non strutturate e per i progetti regionali in fase di definizione, sono riportate una breve descrizione delle attività già effettuate e le principali azioni previste in futuro. Il modello di analisi si basa su alcune variabili significative, che ne evidenziano le caratteristiche, le modalità di funzionamento, gli snodi critici, le condizioni di implementazione. Il modello è, pertanto, costituito da più dimensioni, utili per definire gli elementi di maggiore rilevanza del processo di centralizzazione degli acquisti. Per ogni regione, l'analisi approfondisce gli aspetti relativi all'**assetto istituzionale** (scelta della modalità giuridica; centrale di committenza con personalità giuridica autonoma o utilizzo della personalità giuridica di un'azienda scelta come capofila; presenza di rete di centrali di committenza attraverso il meccanismo dell'unione o aggregazione di acquisto); al **modello di governance** (numero di livelli di aggregazione – regionale, area vasta/bacino, sovraaziendale e aziendale – determinazione dell'equilibrio tra i diversi livelli); alle **modalità organizzative e di funzionamento del modello** (fasi del processo di *procurement*: definizione dei fabbisogni delle singole aziende e modalità di aggregazione – a che livello e con quali figure professionali; stesura dei capitolati di gara e partecipazione da parte delle aziende coinvolte, attraverso momenti di coordinamento e costituzione di gruppi di lavoro; nomina delle Commissioni di gara e modalità di coinvolgimento dei professionisti delle aziende; stipula dei contratti e pagamento delle relative fatture).

Prima dell'analisi regionale, è importante sottolineare il ruolo di Consip S.p.A. quale Centrale di Acquisto nazionale, inserita di diritto tra i Soggetti Aggregatori. Come richiamato in precedenza, Consip opera prevalentemente attraverso due modalità: le convenzioni quadro di cui all'articolo 26 della legge 488/1999 e la gestione del MEPA. Il modello delle Convenzioni quadro è molto flessibile, in quanto si prevede la stipula di contratti quadro, a seguito di una gara di appalto, sulla base dei quali le imprese fornitrici aggiudicatrici si impegnano ad accettare, alle condizioni e ai prezzi stabiliti, gli ordinativi delle amministrazioni pubbliche, fino a concorrenza di un importo/quantitativo predeterminato o, comunque, fino alla scadenza della convenzione. Le AS emettono gli ordinativi di fornitura (via fax oppure on line) direttamente nei confronti dei fornitori aggiudicatari. Tutte le amministrazioni pubbliche possono utilizzare le convenzioni, effettuando acquisti anche di importi superiori alla soglia di rilievo comunitario, senza dover procedere a una ulteriore selezione. Il modello previsto dalla legge n. 296/06 prevede un'adesione facoltativa alle convenzioni Consip, da parte di AS (o di stazioni appaltanti appositamente aggregate); tuttavia, in caso di mancata adesione alle convenzioni attive, nel ricorrere a proprie procedure di gara, è necessario utilizzare i parametri di prezzo-qualità delle convenzioni Consip come limiti massimi, per l'acquisto di beni e servizi com-

parabili con l'oggetto delle stesse. Tra gli strumenti di acquisto disponibili, le AS possono ricorrere direttamente, senza obbligo di ulteriore procedura di selezione, anche al MEPA, gestito da Consip. Il MEPA è un vero e proprio mercato elettronico, disponibile sul portale degli acquisti in rete gestito da Consip (www.acquistinretepa.it), in cui i fornitori che hanno ottenuto l'abilitazione offrono i propri beni e servizi direttamente *on-line*. Il sistema Consip, operativo ormai da oltre quindici anni, ha permesso alle amministrazioni pubbliche di raggiungere numerosi vantaggi, in termini di significative economie di scala (prezzi unitari inferiori, dovuti all'aggiudicazione di quantitativi maggiori); alleggerimento delle attività degli uffici dedicati agli acquisti (l'adesione a un sistema di convenzioni centralizzate ha permesso una redistribuzione delle competenze, concentrando maggiormente l'attenzione sulla programmazione aziendale e sull'analisi dei fabbisogni) risparmi nei costi e nei tempi delle procedure e raggiungimento di un maggiore livello di efficienza; semplificazione e trasparenza nei rapporti tra pubblica amministrazione e fornitori. Lo stesso ricorso al MEPA ha comportato una riduzione degli oneri di gestione delle gare, una significativa riduzione dei tempi di contrattazione, l'accessibilità a una base potenzialmente maggiore di fornitori abilitati, tale da permettere una migliore individuazione di fornitori più competitivi; una maggiore facilità di confronto dei prodotti e trasparenza informativa, grazie all'utilizzo di cataloghi on line. Il consolidamento dell'esperienza Consip ha permesso, negli ultimi anni, di superare alcune criticità, legate, soprattutto nel settore sanitario, alla limitata gamma delle convenzioni, in passato limitate prevalentemente a prodotti fortemente standardizzabili. Negli ultimi anni le convenzioni Consip si sono arricchite ed ampliate, offrendo anche maggiore flessibilità e personalizzazione degli acquisti effettuati dalle AS.

17.3.1 Abruzzo³

Nonostante la necessità di un coordinamento regionale degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario sia stata riconosciuta fin dal 2004, con la previsione di un «Ufficio unico degli acquisti» e sia stata richiamata nei Piani di Rientro, di fatto tale struttura non è stata mai resa operativa, demandando alle AS alcune funzioni di coordinamento, attraverso unioni di acquisto. La normativa nazionale in merito ai SS.AA. ha costituito, quindi, un forte impulso per la revisione ed il rafforzamento del modello organizzativo ed operativo. Al momento, in qualità di Soggetta Aggregatore, è stato indicato l'Ufficio Stazione Unica Appaltante Vigilanza ed Osservatorio dei Contratti Pubblici, incardinato nel Servizio del Genio Civile del Dipartimento Opere Pubbliche Governo del Territorio e Politiche della Regione, struttura che già nel 2014 era stata indicata per la gestione, in

³ <http://www.regione.abruzzo.it/osservatorioappalti/it>

maniera aggregata, di tutte le procedure ad evidenza pubblica della Regione Abruzzo, compresi i Comuni, le AS e tutti gli enti regionali presenti sul territorio. Si tratta, in realtà, di una attribuzione transitoria, in attesa del completamento del processo di riforma dell'Agenzia regionale per l'informatica e la Telematica (ARIT), che, con il nuovo nome di ARIC (Agenzia regionale per l'informatica e la Committenza), assumerà anche le funzioni definitive in materia di Centrale Unica di Committenza regionale, Stazione Unica Appaltante e Soggetto Aggregatore.

17.3.2 Basilicata⁴

Già a partire dal 2002, la Regione Basilicata ha avviato una serie di azioni⁵ finalizzate al monitoraggio ed alla razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi nel settore sanitario. Nel 2008 è stato attribuito al Dipartimento Salute della Regione un ruolo di indirizzo, monitoraggio e sorveglianza tramite l'Osservatorio Regionale dei Prezzi, dei Servizi e delle Tecnologie nel Settore della Sanità (OPT) ed alle AS un ruolo operativo e gestionale delle procedure di gara (con la promozione di acquisti aggregati con Unioni Regionali d'Acquisto interaziendali – URA – con una Azienda capofila). Nel 2012, è stato istituito il Dipartimento interaziendale del SSR, con sede presso l'A.O. San Carlo di Potenza, quale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale del SSR e centrale di committenza. Nel 2014, la Regione ha provveduto ad istituire la SUA, come organo di supporto alla Presidenza, per l'affidamento di lavori, servizi e forniture per importi superiori a quelli relativi agli acquisti in economia e come Centrale di Committenza per le Aziende del SSR. La SUA, per procedure di importo superiore a quello delle acquisizioni in economia, svolge le funzioni di: Stazione unica appaltante per conto della singola azienda o dell'ente sanitario regionale; Centrale di committenza, per conto delle aziende o enti del servizio sanitario regionale; Soggetto Aggregatore iscritto nell'elenco ANAC.

17.3.3 Calabria⁶

Nel 2007 la Regione Calabria ha istituito la SUA; la stessa è stata iscritta nell'elenco dei SS.AA. dell'ANAC. Con riferimento al settore sanitario, coeren-

⁴ <http://www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/departament.jsp?dep=2976768&area=3000736>

⁵ L'avvio di tali politiche si è concretizzata con l'obbligo di adesione alle convenzioni Consip, ove attive e convenienti, e con l'istituzione dell'Osservatorio Prezzi, Servizi e Tecnologie (OPT). In un secondo momento, tali azioni sono state articolate nella promozione di iniziative di acquisto aggregate mediante unioni d'acquisto e nella realizzazione di strumenti di sorveglianza preventiva e monitoraggio degli eventi d'acquisto di importo rilevante (valore superiore a 100.000 euro, DGR n. 109/2006).

⁶ <http://www.suacalabria.it/>

temente con quanto previsto dal Piano di Rientro 2013-2015, la SUA ha la finalità di supportare lo svolgimento di gare aggregate per le AS, che hanno l'obbligo di aderire. Generalmente, la SUA si occupa di tutte le fasi procedurali, dalla stesura del bando e capitolato alla nomina delle Commissioni di gara.

17.3.4 Campania⁷

So.Re.Sa. Spa – Società Regionale per la Sanità – è una società strumentale costituita dalla Regione Campania nel 2004 per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale, anche attraverso il ruolo di centrale acquisti per le aziende del sistema sanitario regionale. Le AS sono obbligate a ricorrere ai contratti stipulati da So.Re.Sa., potendo effettuare in via autonoma solo acquisti di importo pari o inferiore a 50.000 euro per beni e servizi non ricompresi in contratto So.Re.Sa. ed al di sotto di 209.000 euro per l'acquisto e/o il noleggio di apparecchiature sanitarie. Le Aziende, inoltre, sono obbligate a: i) trasmettere, entro il 30/09 di ogni anno il proprio fabbisogno annuale alla So.re.sa; ii) 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; iii) nominare, per ciascuna AS, un referente in qualità di Responsabile Comunicazioni Acquisti Centralizzati, al fine di garantire il puntuale e corretto invio dei dati alla So.Re.Sa. Dal 2014, il ruolo di So.Re.Sa. è stato ulteriormente rafforzato attribuendole il ruolo di Soggetto Aggregatore ed estendendo la sua operatività a tutti gli enti pubblici regionali. Inoltre, è stata prevista l'estensione del ruolo di centrale unica per l'esecuzione dei pagamenti, dovuti per l'esercizio del servizio sanitario e dei debiti regolarmente accertati delle AS.

17.3.5 Emilia Romagna⁸

Il processo di aggregazione degli acquisti in Emilia-Romagna ha avuto inizio sulla spinta del PSR 1999-2001. A partire da allora, la Regione ha incentivato lo sviluppo di forme di aggregazione interaziendale a livello di tre macro aree territoriali, le «Aree Vaste» Emilia Nord (AVEN), Centro Emilia (AVEC) e Romagna (già AVR, dal 2014 AUSL della Romagna), per la gestione di servizi sanitari e non, ed in particolare dei processi di approvvigionamento di beni e di servizi economici e sanitari, lasciando loro autonomia nella definizione del modello organizzativo che si ritenesse più funzionale. Le tre Aree Vaste costituiscono, ad oggi, la dimensione strategico-organizzativa ed operativa identificata dalla regione come ottimale per l'attività di programmazione dei servizi e la gestione

⁷ <https://www.soresa.it/>

⁸ <http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/>

aggregata di specifiche attività amministrative, tecniche, sanitarie ed assistenziali. In tale contesto restano comunque inalterate la responsabilità decisionale propria delle AS e dei loro organi, intesi come autonomia del governo territoriale della sanità e nell'organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini dell'autosufficienza territoriale.

A partire dal 2014, anche sulla spinta dell'evoluzione del contesto normativo nazionale, la Regione ha rafforzato le procedure di acquisto centralizzate e introdotto forme di controllo sempre più stringenti sugli acquisti a livello aziendale. In questo contesto, l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici (Intercent-ER), attiva dal 2004 anche con il compito di promuovere il processo di ottimizzazione degli acquisti per tutti gli enti della Regione, incluse le AS del SSR, ha assunto un ruolo centrale. Intercent-ER opera principalmente tramite la stipula di convenzioni quadro, attivate sulla base di una programmazione triennale concordata con le strutture di acquisto o i Dipartimenti Interaziendali Acquisti di Area Vasta, che sono funzionalmente dipendenti da Intercent-ER. In dettaglio Intercent-ER ricopre i ruoli di Centrale di Committenza per le Pubbliche Amministrazioni del territorio regionale, stazione appaltante per la Regione e gli altri Enti con cui è stipulato un accordo, Soggetto Aggregatore.

17.3.6 Friuli Venezia Giulia⁹

La Regione Friuli Venezia Giulia, fin dal 2004, ha attivato soluzioni organizzative per la gestione a livello centralizzato dei servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria, inclusi gli acquisti. Dopo il quinquennio di attività del Centro Servizi Condivisi (CSC) e il successivo trasferimento delle sue funzioni al Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine, dal 2015 è istituito l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS). A livello regionale, è stata istituita una Centrale unica di committenza (CUC) qualificata come Soggetto Aggregatore dalla L.R. n.26/2014. L'EGAS, dotato di personalità giuridica e di proprio personale, svolge, in rapporto di avvalimento con la CUC, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di acquisto di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrativo e gestionale per gli enti del SSR. Per garantire il coordinamento del processo di definizione del programma annuale e triennale relativo all'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, è stata istituita una cabina di regia, con il compito di individuare le categorie merceologiche che saranno oggetto dei programmi di acquisto centralizzati, nonché l'organo regionale incaricato della gestione della procedura di gara.

⁹ http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/GEN/soggetto_aggregatore/

17.3.7 Lazio¹⁰

La Regione Lazio ha solo negli ultimi anni avviato un processo di potenziamento della centralizzazione degli acquisti di beni e servizi degli enti del territorio regionale attraverso l'istituzione nel 2013 della Direzione Regionale Centrale Acquisti. Essa opera come Centrale di committenza in favore delle AS e degli Enti del SSR, della Regione e degli Enti Regionali. È inoltre Soggetto Aggregatore ai sensi del D.L. n.66/2014. Per le AS, tale Direzione si pone l'obiettivo di supportare l'intero processo di centralizzazione degli acquisti, dalla raccolta dei fabbisogni, alla gestione delle procedure e monitoraggio dei consumi, autorizzando l'espletamento di eventuali autonome gare d'appalto. In particolare, l'autorizzazione è concessa qualora le AS siano in grado di ottenere un risparmio di almeno il 10% rispetto alla spesa storica e qualora si tratti di una categoria merceologica per cui non sia prevista l'indizione di gara centralizzata nei successivi 12-18 mesi.

17.3.8 Liguria¹¹

La Liguria ha istituito la Centrale Regionale di Acquisto nel 2007, quale centrale di committenza, sotto forma di Consorzio senza scopo di lucro tra tutti gli Enti sanitari liguri e la Regione Liguria. In seguito, nel 2012, il Consorzio è stato sciolto e le sue funzioni sono state trasferite all'area denominata «Centrale Regionale di Acquisto per il Servizio Sanitario Regionale (CRA)» dell'Agenzia Regionale Sanitaria. Al fine di ottimizzare il processo degli acquisti, la Centrale si occupa di predisporre le strategie di gara, effettuare le gare e stipulare le convenzioni; sviluppare processi dinamici di acquisizione interamente elettronici; offrire agli enti sanitari servizi tecnici e professionali nel campo degli acquisti per la gestione di gare telematiche; gestire l'osservatorio dei prezzi dei beni e servizi. Gli strumenti di cui si avvale la Centrale sono gare telematiche e convenzioni, cui degli Enti e delle AS del SSR sono obbligati ad aderire. Allo stesso tempo, nell'ambito della Centrale di committenza che opera all'interno del settore Amministrazione generale della Regione Liguria, è stata istituita la Stazione unica appaltante regionale (SUAR), per garantire un monitoraggio completo di tutte le gare d'appalto per l'acquisizione di beni e servizi da parte della Regione, degli enti locali e delle società a partecipazione regionale. La SUAR è stata individuata quale Soggetto Aggregatore.

¹⁰ http://www.regione.lazio.it/Organigramma/key.do?code=UNOR_D2R0000&type=dir

¹¹ <http://www.regione.liguria.it/regione-liguria/ente/amministrazione-trasparente-giunta/bandi-di-gara-e-contratti.html>

17.3.9 Lombardia¹²

Fin dal 2007, la Regione Lombardia ha previsto forme di aggregazione interaziendali tra AS per l'acquisizione di beni e servizi. Inoltre, nello stesso anno, all'interno di Lombardia Informatica Spa (una società partecipata regionale) è stata istituita una Centrale Regionale Acquisti per la gestione diretta e/o per il supporto degli acquisti di beni e servizi dell'intero sistema regionale, inclusi gli enti del SSR. Per rafforzare gli obiettivi regionali di ottimizzazione e innovazione nei processi di spesa pubblica, nel 2012 la Centrale Acquisti è stata trasformata in un soggetto autonomo e nel 2014 in ARCA Spa, l'Azienda Regionale Centrale Acquisti. ARCA opera come Centrale di committenza regionale, gestendo ed aggiudicando gare d'appalto centralizzate finalizzate alla stipula di convenzioni per la fornitura di beni e servizi e come Stazione Unica Appaltante, svolgendo gare in nome e per conto di singoli o di aggregazioni di Enti. Inoltre, dal 2015, ARCA è stata riconosciuta dall'ANAC come Soggetto Aggregatore della Regione Lombardia. Nonostante ARCA fornisca il suo supporto a tutti gli enti pubblici del territorio regionale, il settore sanitario ricopre un peso rilevante nella sua attività complessiva.

17.3.10 Marche¹³

Uno degli obiettivi strategici perseguiti dalla Regione Marche, con l'istituzione nel 2003 dell'Azienda Sanitaria Unica regionale (ASUR), era la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi del SSR. Successivamente, nel 2011, al fine di ottimizzare la gestione dei servizi, la programmazione integrata ed il coordinamento tra gli ambiti territoriali regionali, anche rispetto agli approvvigionamenti, sono state istituite 5 Aree Vaste. A livello regionale, nel 2012, è stata istituita la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche (SUAM), divenuta, nel 2014, Centrale d'acquisto e, nel 2015, Soggetto Aggregatore. Con riferimento al comparto sanitario, gli enti del SSR hanno l'obbligo di avvalersi della SUAM per lavori pubblici di importo superiore a 1 milione di euro ed all'acquisizione di beni e servizi di importo superiore a 100.000 euro. A livello operativo, la programmazione degli acquisti è di competenza del Servizio Sanità della Regione, in collaborazione con gli enti del SSR. In particolare, il Servizio Sanità della Regione ha il compito di individuare i beni e servizi che devono essere acquisiti mediante procedure contrattuali gestite dalla SUAM, valutando, mediante un Gruppo di Lavoro, caratteristiche tecniche e costi parametrici di riferimento. Lo svolgimento di tutta la procedura di gara, dall'avvio all'aggiudicazione, è attribuito alla SUAM. Gli enti del SSR si occupano invece della stipula e dell'esecuzione del contratto.

¹² <http://www.arca.regione.lombardia.it/wps/portal/ARCA/>

¹³ <http://suam.regione.marche.it/>

17.3.11 Molise¹⁴

Nel 2005 la Regione Molise ha costituito l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), tra i cui compiti rientrava anche la gestione centralizzata di tutti gli acquisti sul territorio. A livello regionale, nel 2015 è stata istituita la Centrale Unica di Committenza (CUC) Regionale al fine rafforzare il controllo e la razionalizzazione della spesa per beni e servizi della Regione, in particolare in ambito sanitario. La CUC è stata inoltre designata quale Soggetto Aggregatore per la Regione. La CUC è responsabile delle fasi procedurali di gara comprese tra la pubblicazione del bando e l'aggiudicazione definitiva della gara. La stessa, inoltre, coordina il processo di programmazione annuale e pianificazione triennale delle procedure di gara. Gli enti del sistema regionale, inclusi gli enti del SSR, sono obbligati ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalla CUC regionale e alle procedure stipulate dalla CUC in qualità di Soggetto Aggregatore.

17.3.12 Piemonte¹⁵

La Regione Piemonte ha avviato il processo di centralizzazione degli acquisti a partire dal 2001 attraverso il modello delle Convenzioni. Negli anni si è assistito all'avvio di una serie di iniziative volte a promuovere l'accentramento a livello regionale e sovra-zonale, sia degli acquisti, che di altre attività amministrative di supporto. Nel 2007, è stata costituita la Società di Committenza Regione Piemonte SpA (SCR), attiva per tutti gli Enti e le Amministrazioni regionali, inclusi gli Enti del SSR. Parallelamente, nel 2007 sono state individuate le Aree di coordinamento sovra-zonali, che operassero in qualità di centrali di committenza decentrate, trasformate poi in Federazioni nel 2012, e di un team di coordinamento regionale tra le Aree sovra-zonali. In seguito all'entrata in vigore del Programma Operativo 2013-15, il modello è evoluto verso un progressivo rafforzamento del ruolo regionale, con lo scioglimento, a partire dal 1 gennaio 2014, delle Federazioni sovra-zonali, le cui funzioni di coordinamento sono state assegnate alla SCR, con il supporto di AS capofila del coordinamento degli acquisti per le Aree interaziendali di coordinamento (AIC). Ad oggi, SCR ricopre quindi il ruolo di Centrale di committenza regionale, di Stazione Unica appaltante e di Soggetto Aggregatore. Le attività della SCR si concentrano sulla stipula di convenzioni, sulla predisposizione, gestione e sviluppo di procedure telematiche a supporto delle procedure di acquisto e, più generale, sullo svolgimento del ruolo di stazione appaltante per conto dei soggetti destinatari.

¹⁴ <http://www3.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/13017>

¹⁵ <http://www.scr.piemonte.it/cms/>

17.3.13 Provincia Autonoma di Bolzano¹⁶

L'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, istituita nel 2006, è suddivisa in quattro comprensori (Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico), dotati di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, che svolgono anche procedure di approvvigionamento per il territorio di competenza. Nel 2015, è stata costituita a livello provinciale, l'Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (ACP), con la finalità di svolgere: A) funzione di Centrale di committenza e Soggetto Aggregatore per la PA di Bolzano; e B) attività di supporto alle attività di committenza attraverso: i) infrastrutture tecniche a supporto della conclusione di accordi quadro e convenzioni, in particolare tramite il Mercato elettronico della Provincia autonoma di Bolzano (MEPAB); ii) consulenza nello svolgimento, progettazione e gestione delle procedure di appalto in nome e per conto dell'amministrazione aggiudicatrice interessata.

17.3.14 Provincia Autonoma di Trento¹⁷

L'Agenzia Provinciale per gli appalti e contratti (APAC), istituita nel 2006, ma operativa dal 2009, è il soggetto deputato alla razionalizzazione della spesa del sistema pubblico provinciale. L'APAC, incardinata nel Dipartimento Organizzazione, Personale e Affari della Provincia, opera come centrale di committenza, centrale di acquisto e Soggetto Aggregatore per l'acquisizione di beni, servizi e forniture. Nella struttura organizzativa di APAC è funzionalmente inserito, dal mese di novembre 2015, anche il Servizio procedure di gara e contratti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, in rapporto di avvalimento per l'espletamento delle procedure di gara ad evidenza pubblica di rilievo europeo nel settore sanitario di competenza dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) e delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, nonché di altre procedure di gara concordemente definite non in ambito sanitario. L'APSS svolge le procedure per le forniture di beni e/o di servizi sotto la soglia comunitaria attraverso il mercato elettronico della Provincia autonoma di Trento (MEPAT) o il MEPA.

17.3.15 Puglia¹⁸

Dal 2006 la Regione Puglia ha promosso la possibilità per le Aziende e gli Istituti del SSR di partecipare ad «unioni d'acquisto» per prodotti sanitari ed eco-

¹⁶ <http://www.provincia.bz.it/acp/>

¹⁷ <http://www.appalti.provincia.tn.it/>

¹⁸ <https://www.innova.puglia.it/>

nomali il cui fabbisogno fosse standardizzabile. A livello regionale, il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto, istituito presso l'assessorato alle politiche della salute, svolgeva un ruolo di coordinamento, pianificazione, promozione e sviluppo di protocolli d'intesa per tali «unioni d'acquisto». Dal 2015 *InnovaPuglia Spa* (una società partecipata dalla Regione Puglia impegnata in attività a supporto della programmazione strategica regionale a sostegno dell'Innovazione Digitale) è stata designata come soggetto aggregatore regionale, con funzioni di Stazione Unica Appaltante e Centrale di Committenza. A livello organizzativo, *InnovaPuglia* ha istituito un'unità organizzativa, *SarPulia*, per lo svolgimento delle seguenti attività: i) stipula convenzioni ed accordi quadro; ii) gestione di sistemi dinamici di acquisto; iii) gestione, in veste di SUA, di procedure di gara fino alla fase di aggiudicazione del contratto; iv) gestione dell'albo fornitori on-line; v) sviluppo e promozione del servizio telematico *EmPulia*.

17.3.16 Sardegna¹⁹

Fin dal 2007, la Regione Sardegna ha avviato un sistema di gestione centralizzata degli acquisti con la Centrale di Acquisto Territoriale (CAT). Nel 2012, la CAT si trasforma e consolida nella Centrale Regionale di committenza (SardegnaCAT) e designata come Soggetto Aggregatore per la Regione. È articolata in due stazioni uniche appaltanti, una relativa ai contratti pubblici di beni e servizi, l'altra relativa ai contratti pubblici di lavori e servizi di ingegneria e architettura. La centrale, attraverso la propria piattaforma di *e-procurement*, gestisce procedure di gara telematiche, mercato elettronico, sistemi dinamici di acquisizione e convenzioni-accordi quadro; a queste ultime le AS sono obbligate ad aderire.

17.3.17 Sicilia²⁰

A partire dal Piano di Rientro 2007-09, la Regione Sicilia ha avviato una serie di iniziative volte alla creazione di un modello di centralizzazione degli acquisti, che prendesse avvio da quei beni e servizi che per le loro caratteristiche di transversalità e generalità potevano essere oggetto di forme di acquisto centralizzate a beneficio delle AS. In seguito, con L.R. n.5/2009, è stato disposto il riordino del SSR con interventi mirati ad accorpate le aziende sanitarie locali, le AO e le AO Universitarie, ridotte da 29 a 17, e a costituire due bacini regionali (Sicilia occidentale ed orientale), con il fine di realizzare una migliore programmatore

¹⁹ <https://www.regione.sardegna.it/j/v/68?s=1&v=9&c=5987&na=1&n=10>

²⁰ http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoEconomia/PIR_DipBilancioTesoro/PIR_CentraleUnicadiCommittenza

ne interaziendale. In tal senso, le procedure di acquisto di beni e servizi sono state aggregate e gestite a tre livelli, secondo le indicazioni fornite dalla Cabina di regia «Acquisizione di beni e servizi» interna all'Assessorato, con funzioni di pianificazione, controllo e valutazione. L'attività di rilevazione dei fabbisogni avviene a livello di singola AS, mentre l'attività di aggregazione di detti fabbisogni è in capo all'Azienda individuata come capofila, dalla Cabina di regia regionale. La successiva fase di stipula del contratto e pagamento delle fatture, torna, invece, nelle competenze delle singole Aziende interessate. In seguito, con L.R. n.9/2015, è stata prevista, nell'ambito dell'assessorato regionale dell'economia, l'istituzione della «Centrale unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi», unico Soggetto Aggregatore. La Centrale di committenza, a tal proposito, provvede, di concerto con la Cabina di regia regionale e in maniera integrata con il sistema preesistente, agli acquisti di beni e servizi oltre che per i diversi rami dell'Amministrazione regionale anche per gli enti e le aziende del SSR.

17.3.18 Toscana²¹

La Toscana vanta dal 2000 una significativa esperienza nella gestione degli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari a livello sovra-aziendale. Dopo un positivo periodo di sperimentazione con i CAV (Consorzio di Area Vasta), nel 2005 la regione ha istituito tre ESTAV (Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta), finalizzati alla gestione sovra-aziendale di alcune funzioni tecnico-amministrative, tra cui gli acquisti. I positivi risultati raggiunti da tale modello organizzativo hanno portato all'istituzione di un unico ente regionale, l'ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale), operativo dal gennaio 2015. L'ESTAR è dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica. Rispetto alla funzione acquisti, ESTAR opera in qualità di: i) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie; ii) centrale unica di acquisto per i settori dei magazzini e logistica distributiva, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e delle tecnologie sanitarie. In tale ambito provvede all'approvvigionamento di beni e servizi sulla base della programmazione annuale sia su livelli regionali, che su ambiti territoriali più ristretti; iii) Soggetto Aggregatore per la Regione Toscana. Inoltre, iv) svolge procedure di gara per l'affidamento dei servizi socio-sanitari su richiesta delle aziende sanitarie locali, previa intesa fra quest'ultime e tutti gli enti locali direttamente interessati; v) stipula convenzioni ed accordi quadro, oltre a gestire sistemi dinamici di acquisto.

²¹ <http://www.regione.toscana.it/-/osservatorio-regionale-contratti-pubblici>

17.3.19 Umbria²²

A partire dal PSR 2003-05, la Regione Umbria ha avviato una politica di progressiva centralizzazione degli acquisti. Nel 2014, alla società *Umbria salute* (società consortile *in house* della Regione) è stata attribuita la funzione di Centrale regionale di acquisto per la sanità (CRAS). La CRAS, riconosciuto dall'ANAC quale Soggetto Aggregatore, si occupa di definire le procedure di gara per la fornitura di beni e servizi, curandone il relativo svolgimento in coerenza con gli obiettivi individuati dalla programmazione regionale. La CRAS è organizzata in 4 funzioni di acquisto (farmacie diagnostici; dispositivi medici; servizi sanitari e non sanitari; attrezzature tecnologiche sanitarie e beni economici) e due aree di Staff (supporto legale e amministrativo; supporto tecnologico). Le commissioni di gara sono composte da membri designati dalle AS coinvolte nei procedimenti di acquisto, al fine di collaborare con i rispettivi responsabili del procedimento di CRAS.

17.3.20 Valle d'Aosta²³

Dal 2014, in Regione Valle d'Aosta, è stata attribuita all'IN.VA. Spa (società *in house* della Regione, del Comune di Aosta e dell'Azienda USL Valle d'Aosta operante nel settore ICT) la funzione di Centrale unica di committenza (CUC) regionale per l'acquisizione di servizi e forniture e, dal 2015, di soggetto aggregatore. La CUC è incaricata di svolgere le procedure di gara mediante la stipula di convenzioni-quadro per l'approvvigionamento di servizi e forniture con caratteristiche standardizzabili sulla base del fabbisogno raccolto annualmente.

17.3.21 Veneto²⁴

Il modello adottato dal Veneto per la gestione accentrata degli acquisti ha subito nel tempo molteplici variazioni. Fin dal 2001, la Regione Veneto ha promosso il ricorso ad acquisti centralizzati per le AS attraverso il modello delle Unioni di Acquisto, basato sulla stipula di convenzioni e del modello operativo dell'azienda capofila. Tuttavia, le difficoltà legate al coordinamento dell'attività di programmazione e gestione delle procedure di gara sovra-aziendali hanno spinto la Regione a rivedere tale modello. Nel 2006 sono state quindi istituite cinque Aree Vaste, senza personalità giuridica, con ciascuna un'azienda capofila²⁵, cui affidare la gestione sovra-aziendale di procedure d'acquisto e dei processi logistici. Di lì a

²² http://www.umbriasalute.com/pagina.cfm?lang=ita&sez=CRAS&id_sezione=14&live=0,0,0,0

²³ <http://www.invallee.it/inva/>

²⁴ <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/coordinamento-acquisti-sanita>

²⁵ Area Vasta Treviso-Belluno: Capofila ULSS Treviso; Area Vasta Vicenza: Capofila ULSS Vicenza; Area Vasta Verona: Capofila ULSS Verona; Area Vasta Venezia-Rovigo: Capofila ULSS 12 veneziana; Area Vasta Padova: Capofila ULSS 16.

poco tempo, tale modello è stato a sua volta ritenuto «non ottimale» per la gestione degli approvvigionamenti. Infatti, nel 2008 si delinea l'attuato assetto che prevede il livello Aziendale quale livello ordinario di acquisto²⁶. Al livello aziendale, si affianca il CRAS (Centro Regionale Acquisti per la Sanità, poi rinominato in Coordinamento regionale acquisti per la sanità) quale Centrale di committenza, con compiti di pianificazione dei fabbisogni, programmazione delle procedure di gara o di affidamento, espletamento delle procedure di gara. Il modello prevede che a livello regionale vengano effettuati acquisti centralizzati di beni omogenei e standardizzabili, per i quali vi sia idonea concorrenzialità in termini di numero di fornitori potenziali, nonché per acquisti strategici finalizzati al raggiungimento di obiettivi regionali rilevanti. Inoltre, il CRAS deve predisporre capitolati prestazionali e/o prezzari di riferimento per prestazioni standardizzate o comunque comparabili per gli acquisti effettuati a livello aziendale. Infine, nel 2014, è stata istituita una Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto (CRAV), presso il del Dipartimento Affari Generali, Demanio, Patrimonio, riconosciuta dall'ANAC come Soggetto Aggregatore della Regione Veneto. Al fine di garantire il coordinamento tra il CRAV (che come Soggetto Aggregatore potrebbe avere competenza esclusiva per l'approvvigionamento di determinate categorie merceologiche di natura sanitaria) ed il CRAS (che continuerà a svolgere funzioni di centrale di committenza relativamente agli acquisti di beni e servizi in materia sanitaria a favore delle AS) è stata istituita una «Cabina di Regia».

17.4 L'accentramento degli acquisti a livello internazionale

Il criterio di selezione dei casi internazionali è quello della significatività, intesa sia come consolidamento dell'esperienza di centralizzazione, sia come possibili insegnamenti da trarre nei modelli adottati in Italia. I casi sono individuati all'interno del contesto Europeo e riguardano:

- ▶ la Francia con i tre livelli di accentramento degli acquisti: Centrali di Acquisto Nazionali, Raggruppamenti Ospedalieri Nazionali, Raggruppamenti Ospedalieri Regionali.
- ▶ il Regno Unito, con l'analisi delle recenti evoluzioni della PASA (Purchasing and Supply Agency) dell'NHS;
- ▶ la Spagna, con le esperienze dei consorzi ospedalieri;
- ▶ la Grecia, con l'introduzione di un programma unitario di acquisti nel settore sanitario (PPYY);

²⁶ In quanto «maggiormente rispondente alle esigenze di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, che meglio si coniuga con il rispetto dell'autonomia decisionale, di progettazione e di programmazione che compete alle Aziende Sanitarie».

- la Svizzera, con il caso della *Centrale d'achats des établissements sanitaires société coopérative* (CADES) che gestisce l'approvvigionamento di 450 strutture (case di cura, ospedali/cliniche, associazioni) appartenenti a 8 Cantoni.

Sulla base delle informazioni raccolte, descritte nel capitolo 17.1.1, per ogni Paese sono stati prodotti: i) una breve descrizione del sistema sanitario; ii) l'analisi del processo di evoluzione del modello di accentramento e del suo inquadramento nell'assetto istituzionale; iii) la presentazione della struttura e dei meccanismi operativi alla base del funzionamento del modello; e ii) la proposta di alcune prime considerazioni conclusive.

17.4.1 Francia

L'accentramento degli acquisti nel sistema sanitario francese è articolato su tre livelli: i) nazionale; ii) regionale; iii) network tra strutture ospedaliere. Con riferimento al livello nazionale, un ruolo fondamentale è svolto dall'*UGAP (Union des groupements d'achats publics)*, un ente pubblico industriale e commerciale che presta la sua attività a tutti gli enti pubblici, ma la cui attività è per metà assorbita dal settore sanitario²⁷. Al contempo, esistono diverse società commerciali, attive a livello nazionale, che operano come consorzi di acquisto per enti sanitari pubblici e privati. Ne sono esempio *CACIC (Central d'achat, de conseil et d'information des cliniques)* con 2.145 strutture aderenti, di cui circa 150 pubbliche; *CAHPP (Central d'achats de l'hospitalisation privée e public)* con un numero di strutture aderenti, prevalentemente private, pari a circa 3.300; *HELPEVIA*, un gruppo di negoziazione ed acquisto per il comparto sanitario presente sul territorio francese dal 1980. Inoltre, la Direzione generale dei servizi sanitari (DGOS) francese ha lanciato, nel 2011, il programma nazionale *PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables)* con l'obiettivo di creare le condizioni per migliorare gli acquisti di tutti gli enti sanitari e migliorare le relative performance. Il programma *PHARE*, nella sua seconda fase (2015-17), si pone come obiettivo quello di ottenere un risparmio complessivo pari a 1,4 miliardi di euro, a pari livello di qualità. Le principali azioni messe in atto riguardano: i) il riconoscimento del carattere strategico della funzione acquisti all'interno delle strutture ospedaliere e la relativa implementazione; ii) il riconoscimento del ruolo delle *ARS (Agence Régionale de Santé)* come facilitatori del processo di networking tra gli acquirenti ospedalieri e la creazione di una comune cultura relativa ai processi di acquisto ed agli strumenti impiegati; iii) la strutturazione dei processi di acquisto tramite sistematizzazione del dialogo prescrittore-acquirente; iv) il mantenimento di una logica territoriale nei processi di acquisto

²⁷ Con riferimento al settore sanitario, l'*UGAP* ha realizzato, nel 2014, più del 40% degli acquisti del comparto pubblico, con una spesa pari 365 milioni di Euro.

(ARS), pur tenendo presente l'impulso centrale della DGOS; v) il potenziamento nell'ottimizzazione dei processi di acquisto e logistica.

A livello regionale, sono presenti reti d'acquisto alle quali possono aderire strutture sanitarie pubbliche e private. È un esempio il *Resah-Idf (Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile de France)* nato da un partenariato tra la ARS (*Agence Régionale de santé*) della regione *Ile de France* e *Resah (Réseau des acheteurs hospitaliers)*, una rete di acquisto, tanto a livello nazionale che europeo, che mira a sostenere le performance di soggetti attivi nel settore sanitario e socio-assistenziale tramite la messa in comune delle procedure di acquisto e logistiche.

17.4.2 Grecia

La crisi economica che ha investito la Grecia negli ultimi anni ha prodotto severe politiche di razionalizzazione della spesa pubblica che hanno interessato anche il comparto sanitario. I processi di approvvigionamento del comparto sanitario (in particolare per dispositivi medici e farmaci) erano svolte, in Grecia, sulla base del fabbisogno espresso dalla singola struttura ospedaliera e le forniture erano fatturate sulla base del consumo del paziente, al momento del loro effettivo utilizzo, con conseguenti elevati costi. Nel 2010, si costituì il Programma Nazionale di Acquisti per il settore sanitario (PPYY). Venne istituito l'EPY (Comitato per gli acquisti in sanità), già previsto da una legge del 2007, ma mai implementato. L'obiettivo primario del nuovo Ente consisteva nell'unificare il fabbisogno ospedaliero, tramite politiche di aggregazione della domanda, attraverso la promozione di accordi quadro, l'avvio di un sistema di *e-procurement* e la creazione di un nomenclatore unico per i contratti pubblici. Il processo di acquisto, sulla base del nuovo sistema centralizzato, prende, quindi, avvio dal livello più basso di gestione ospedaliera (es. Dipartimento Ospedaliero) per arrivare al Sistema sanitario regionale (YPE) (in Grecia sono presenti 7 sistemi sanitari regionali) che, a sua volta, inoltra la domanda aggregata delle strutture ospedaliere sotto la propria giurisdizione, all'EPY. Al contempo, l'EPY, prima di avviare la procedura di gara, ha la possibilità di richiedere, a ciascun ospedale, variazioni al fabbisogno espresso al fine di unificare e standardizzare quanto più possibile la domanda.

17.4.3 Il Regno Unito

Fin dal 2000, il Regno Unito ha promosso una serie di programmi finalizzati ad incrementare i livelli di efficienza, efficacia e qualità del sistema sanitario anche con iniziative di razionalizzazione ed ottimizzazione degli approvvigionamenti. Attualmente, a livello nazionale, operano una serie di enti che supportano il sistema sanitario pubblico (NHS) nei processi di approvvigionamento e nell'implementazione delle strategie di acquisto.

L'NHS *supply chain* (NHS SC), costituita nel 2004 per integrare le funzioni della NHS *Logistic Authority* e della NHS *Purchasing and Supply Agency* (PAS), presidia tutte le fasi della *supply chain* (non solo quindi la fase di acquisto) per circa 1.000 ospedali ed altre strutture sanitarie, impiegando circa 2.500 persone. Le principali aree di intervento sono l'approvvigionamento di beni e servizi sanitari ed economici, la gestione della logistica e dei servizi ad esso correlati, il supporto nello sviluppo di soluzioni innovative nel campo del *supply chain management*, la gestione della logistica territoriale con un programma di *home delivery*. La gestione operativa di NHS SC è affidata a DHL (primario operatore logistico internazionale) su incarico della NHS *Business Services authority*.

L'NHS *Shared business service* (NHSSBS), nata nel 2005 da una *joint venture* tra il *Department of Health* e *Sopra Steria*, azienda leader in Europa nel settore IT, si occupa di fornire supporto nell'innovazione dei processi aziendali e consulenza alle organizzazioni del NHS nell'ambito dei processi di acquisto, di gestione finanziaria e contabile, di gestione del personale.

L'NHS *Commercial solutions* (NHSCS), ente del NHS istituito nel 2007, fornisce agli enti dell'NHS soluzioni innovative nell'ambito delle politiche di approvvigionamento del sistema sanitario e nella definizione delle strategie di approvvigionamento, in linea con le *best practice* esistenti, tramite l'attuazione di politiche di acquisto collaborativo di prodotti e servizi, l'adesione ad accordi quadro e la prestazione di servizi di consulenza ai dipartimenti di acquisto interni delle strutture sanitarie.

17.4.4 Spagna

Fino al 2002, l'ente INSALUD operava come monopolista sugli acquisti del comparto sanitario, a livello nazionale, con i conseguenti benefici in termini di economie di scala ed aggregazione della domanda. Con lo scioglimento di INSALUD, in seguito alle spinte politiche delle autonomie locali presenti nel Paese, si sono costituite 17 centrali di acquisto, una per ciascuna comunità autonoma della Spagna, garantendo diversi livelli di autonomia ai singoli enti del territorio di competenza. A partire dal 2008, a seguito della precaria situazione economica del Paese si è ritenuta opportuno istituire un'unica entità amministrativa che centralizzasse i fabbisogni e le procedure di acquisto e garantisse un risparmio sui relativi costi. In un primo momento è stato rafforzato il ruolo delle centrali di acquisto sanitarie a livello di comunità autonoma. Alcune regioni (Andalucía, Aragon, Catalunya, Galicia, la Regione di Murcia e Cantabria) stanno integrando e centralizzando le principali fasi del processo di acquisto (raccolta dei fabbisogni, acquisti, magazzino, fatturazione, contabilità e distribuzione) attraverso la creazione di piattaforme logistiche, gestite con forme di collaborazione pubblico-privato. Successivamente, il Ministero della Sanità si è posto l'obiettivo di creare un sistema di acquisto unico per tutto il SNS (*Sistema Nacional de Salud*).

Nel 2010, il Consiglio Interterritoriale del SNS ha approvato la creazione di una centrale di acquisto unica per farmaci e dispositivi medici.

17.4.5 Svizzera

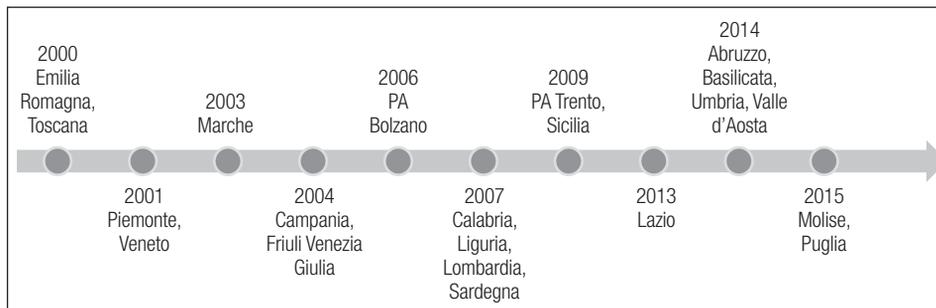
L'esperienza della Svizzera nella centralizzazione degli acquisti in sanità risale al 1968, anno in cui fu istituita la prima centrale di acquisto su iniziativa del Gruppo degli ospedali regionali del cantone di Vaud (*Groupement des hopitaux régionaux vaudois* – l'attuale FHV *Fédération des hopitaux vaudois*). La centrale di acquisto ha esteso progressivamente le sue prestazioni ad altre istituzioni e cantoni e, nel 1987, ha acquisito il nome di CADES (*Centrale d'Achats des Etablissements Sanitaires*). In seguito, nel 1994, è stata costituita come cooperativa senza scopo di lucro. Obiettivo della Centrale è di garantire l'ottenimento delle migliori condizioni economiche e qualitative, in relazione agli approvvigionamenti ed alla logistica, oltre a garantire alte competenze tecniche e procedurali per case per anziani, ospedali, cliniche ed associazioni. Attualmente la CADES raggruppa la gran parte degli istituti sociali e sanitari della Svizzera romanda e del Ticino.

17.5 Discussione

Questo capitolo ha tracciato il quadro attuale, a livello nazionale ed europeo, regionale, nella gestione degli acquisti in sanità, con particolare attenzione alle strategie di accentramento. La Figura 17.2 mostra l'andamento temporale dell'avvio delle diverse iniziative regionali di centralizzazione degli acquisti in sanità. In molti casi, e sono queste le esperienze di maggior successo (Amatucci, Mele, 2012; Ceis, 2011), le iniziative sono nate agli inizi degli anni 2000, con la finalità di una razionalizzazione della spesa e degli assetti organizzativi legati alla funzione acquisti. Ci si riferisce soprattutto ai modelli della Toscana, del Veneto, dell'Emilia Romagna. Una seconda fase, intorno al 2004-2007, l'impulso alla centralizzazione è dovuto ai piani di Rientro, che hanno imposto manovre di centralizzazione degli acquisti, finalizzate prevalentemente al contenimento dei costi dei fattori produttivi: rientrano in questa seconda categorie numerose esperienze, dalla Campania alla Calabria, alla Sardegna, alla Sicilia. Solo di recente, grazie soprattutto all'impulso normativo (le diverse manovre di razionalizzazione della spesa richiamate in precedenza), anche le altre regioni hanno adottato modelli di centralizzazione degli acquisti (Puglia, Abruzzo, Molise, Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta).

Confrontando il panorama odierno con la situazione relativa a 10 anni fa (Brusoni e Marsilio, 2007) emerge una significativa evoluzione in favore di un progressivo accentramento e rafforzamento del livello regionale di acquisto. Ri-

Figura 17.2 **Andamento temporale dell'avvio delle iniziative regionali di centralizzazione degli acquisti in sanità**



spetto alla mappatura effettuata nel 2006, attualmente tutte le Regioni italiane hanno attivato una struttura organizzativa deputata alla gestione centralizzata degli acquisti. In questo, la normativa nazionale in tema di SUA e SS.AA. ha sicuramente esercitato un impulso importante.

In questo scenario, è possibile riscontrare alcune differenze sostanziali nei modelli organizzativi ed operativi adottati (Tabella 17.3). In alcune regioni (in particolare Abruzzo, Basilicata, Molise, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta), l'attivazione di una Centrale Acquisti è stata effettuata solo recentemente, in adempimento agli obblighi normativi. In questi casi, la CUC è stata strutturata come una nuova unità organizzativa regionale o in alcuni casi come unità organizzativa di Agenzie regionali pre-esistenti, con lo scopo di supportare tutti gli enti pubblici regionali. Solo l'Umbria ha promosso una nuova centrale che ha come *target* di gestione solo gli acquisti in sanità. Vi sono poi regioni (in particolare Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto) che hanno consolidato negli anni soluzioni e processi per la gestione accentrata degli acquisti. Per tutte queste, la normativa nazionale ha agito come spinta verso un ulteriore rafforzamento del livello regionale a fronte di acquisti gestiti a livelli intermedi, con unioni di acquisto volontarie o aree vaste istituzionalizzate. Nella maggior parte dei casi, si è proceduto a rafforzare gli enti che già operavano a supporto (esclusivo o prevalente) degli acquisti centralizzati del SSR ed ai quali è stata riconosciuta la qualifica di Soggetto Aggregatore. In altri casi (Sicilia, Basilicata, Calabria, Molise, Valle d'Aosta), invece, a livello regionale si è optato per la costituzione di una nuova centrale acquisti a favore di tutti gli enti pubblici regionali. In presenza di quest'ultima situazione, le strutture pre-esistenti con competenze esclusive sulla sanità supportano le nuove centrali, soprattutto per le categorie sanitarie del DCPM; organizzativamente, esse sono state integrate funzionalmente nella nuova centrale (Liguria, Trento, Bolzano), o operano per conto della nuova centrale attraverso l'istituto dell'avvalimento (Trento, Friuli Venezia Giulia); il Veneto ha istituito una cabina di regia *ad hoc*

Tabella 17.3 Quadro d'insieme dei modelli adottati dalle diverse regioni

Anno	Centrale Acquisti	Ambito di azione	Funzioni	Assetto	Soggetto Aggregatore (specifiche x categorie sanitarie)	Area Vaste con responsabilità su acquisti	
Abruzzo	2014	Servizio del Genio Civile, del Dipartimento Opere Pubbliche della Regione – A. tendere ARIT – Agenzia regionale per l'informatica e la Committenza	Regionale	Solo acquisti (a tendere anche ICT)	Struttura organizzativa della Regione (a tendere agenzia)	Servizio del Genio Civile (Avallimento del Servizio procedure di gara e contratti dell'APSS)	–
Basilicata	2014	SUA RB	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa regionale – Staff alla Presidenza	X	–
Bolzano	2006	Azienda Sanitaria della PA	Sanità	Acquisti	Azienda PA	ACP (Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture). Funzione Acquisti della AS è articolazione funzionale dell'ACP	4 Comprensori
Calabria	2007	SUA Calabria	Regionale	Acquisti	Ente regionale con personalità giuridica e autonomia	–	–
Campania	2004	Soresa	Regionale	Acquisti/Gestione debito	Società di capitali (Spa) regionale	X	–
Emilia Romagna	2000	Intercent-ER – Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici	Regionale, con focus su sanità	Acquisti	Agenzia regionale	X	3 Aree Vaste – Istituzionalizzate, ma con differenti assetti. Dipendenza funzionale da IncentER
Friuli Venezia Giulia	2004	EGAS- Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi	Sanità	Funzioni tecnico-amministrative	Ente regionale con personalità giuridica e autonomia	CUC (Centrale Unica di Committenza) Avallimento EGAS	–
Lazio	2013	Direzione Regionale Centrale Acquisti	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione	X	–
Liguria	2007	CRA Centrale Regionale di Acquisto per il SSR	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa dell'Agenzia Regionale Sanitaria	SUA Liguria (CRA articolazione funzionale della SUA) [»]	No

Tabella 17.3 (segue)

Anno	Centrale Acquisti	Ambito di azione	Funzioni	Assetto	Soggetto Aggregatore (specifiche x categorie sanitarie)	Arete Vaste con responsabilità su acquisti
Lombardia	2007	ARCA – Azienda Regionale Centrale Acquisti	Regionale, con focus su sanità	Acquisti	Società di capitale(Spa) Regionale	Unioni di Acquisto non istituzionalizzate
Marche	2003	SUAM	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa della regione	5 AV articolazioni territoriali della ASUR
Molise	2015	CUC Centrale unica di committenza	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione	–
Piemonte	2001	Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR)	Regionale	Acquisti	Società di capitali (Spa) regionale	Arete interaziendali di coordinamento (AIC)
Puglia	2015	InnovaPuglia Spa	Regionale	Acquisti/ICT	Società di capitali (Spa) regionale	–
Sardegna	2007	SardegnaCAT – Centrale Regionale di committenza	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione	–
Sicilia	2009	Centrale unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi	Regionale	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione (assessorato Economico)	2 Bacini
Toscana	2000	ESTAR – Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale	Sanità	Funzioni tecnico-amministrative	Ente regionale con personalità giuridica e autonomia	ESTAV soppressi – ora sezioni territoriali di ESTAR
Trento	2009	APAC – Agenzia Provinciale per gli appalti e contratti	Provinciale	Acquisti	Struttura organizzativa della Provincia	APAC Avallimento del Servizio procedure di gara e contratti dell'APSS
Umbria	2014	CRAS – Centrale regionale di acquisto per la sanità	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa di Umbria Salute (azienda regionale)	–
Valle D'aosta	2014	CUC Centrale unica di committenza	Regionale	Acquisti e ICT	Struttura organizzativa di INVA spa (azienda regionale)	–
Veneto	2001	CRAS – Coordinamento regionale acquisti per la sanità	Sanità	Acquisti	Struttura organizzativa della Regione	CRAV (Centrale Regionale Acquisti per la Regione Veneto) Cabina di regia con CRAS per acquisti categorie sanitarie

tra CRAS e CRAV. Dall'analisi della tabella emerge, inoltre, come la quasi totalità dei soggetti deputati agli acquisti siano focalizzati esclusivamente sulla gestione accentrata di questa funzione amministrativa. La differente motivazione alla base della scelta di centralizzazione, ha portato ad una profonda differenziazione tra i modelli regionali, in termini di:

- ▶ Assetto istituzionale della stazione unica appaltante o della centrale di committenza (struttura organizzativa regionale; ente regionale con personalità giuridica autonoma; azienda pubblica; agenzia regionale);
- ▶ Funzioni esercitate dalla stazione appaltante (acquisti; gestione ICT; gestione del debito; programmazione investimenti; funzioni tecnico-amministrative);
- ▶ Ambiti di azione della stazione appaltante (regionale, sanità ed enti pubblici; solo sanità; regionale, con focus su sanità).

Alla luce dell'analisi effettuata, è possibile un confronto tra le iniziative mappate nel 2006 (Brusoni e Marsilio, 2007) e nel 2016. L'analisi comparata 2006-2016 evidenzia una profonda evoluzione nel corso di questi 10 anni. Nelle figure 17.3 e 17.4 sono sintetizzati i differenti stati di evoluzione dei modelli di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi nel settore sanitario. Le regioni sono rappresentate secondo tre stati:

- ▶ Centrale strutturata, se è previsto un modello strutturato di centralizzazione degli acquisti nel settore sanitario, attraverso Centrali di Committenza specifiche (società, consorzi, aree vaste, agenzie regionali), attraverso il modello della AS unica, che provvede agli acquisti per tutte le strutture sanitarie della regione;
- ▶ Accordi/iniziative di gare consorziate, se il modello si basa su iniziative spontanee da parte delle singole AS, oppure indirizzate e guidate dalla regione o da altre strutture;
- ▶ Linee di indirizzo, se la regione si è limitata a fornire linee di indirizzo generiche (a volte presenti nei Piani di Rientro) per promuovere forme di acquisto consorziate.

Come si evince dalle figure, nei dieci anni tra il 2006 ed il 2016 l'evoluzione è stata profonda. Nel 2006 gran parte delle regioni non avevano iniziative consolidate di centralizzazione degli acquisti, spesso lasciate allo spontaneismo aziendale; solo poche esperienze risultavano consolidate e strutturate in forma organizzata e continua. Nel 2016, invece, su *input* soprattutto delle norme richiamate in precedenza, tutte le regioni hanno attivato forme più o meno strutturate di centralizzazione degli acquisti, spesso indirizzate da Cabine di Regia o agenzie regionali. Il 2016, tuttavia, può ancora essere considerata una fase di transizione, alla luce delle modifiche normative piuttosto recenti.

Figura 17.3 **Iniziative di centralizzazione al 2006**

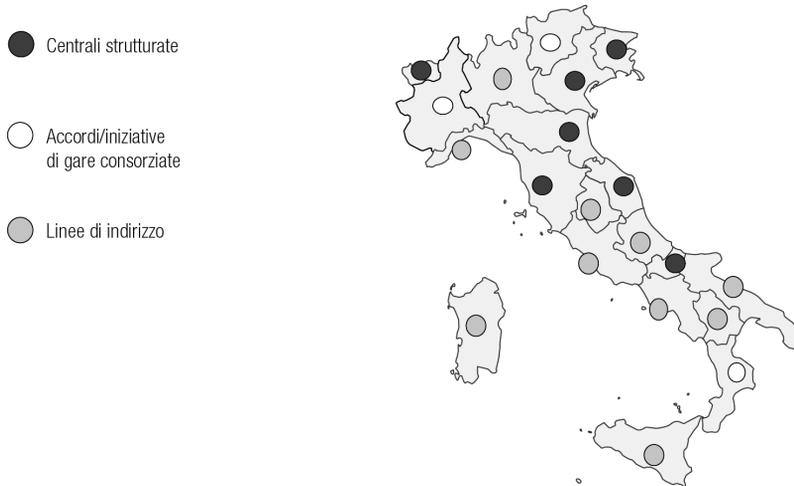
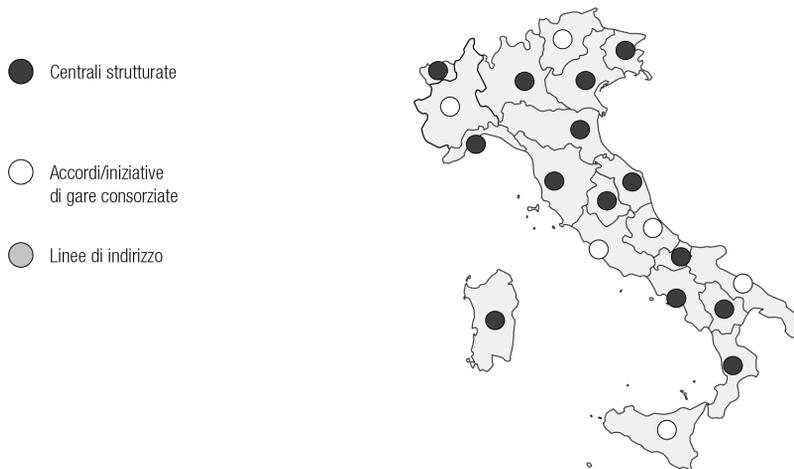


Figura 17.4 **Iniziative di centralizzazione al 2016**



Il progressivo rafforzamento di centrali di acquisto a livello nazionale e regionale risulta una dinamica confermata anche dall'analisi effettuata a livello internazionale. L'analisi comparata dei casi internazionali selezionati ha evidenziato una continua evoluzione dei modelli di accentramento degli approvvigionamenti come strumento di razionalizzazione della spesa pubblica e supporto per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti ai pazienti. Nel Regno Unito sono presenti diverse strutture centrali fortemente specializzate nei servizi e beni oggetto delle procedure di accentramento. Tali strutture sono state pro-

mosse e vengono gestite in *partnership* con primari operatori privati specializzati nella gestione della *Supply Chain*. La centrale svizzera CADES rappresenta un valido esempio di come l'efficacia raggiunta nell'attività di supporto ai propri «clienti» costituisca il volano principale per un'evoluzione tanto dimensionale, quanto del portafoglio dei servizi offerti, *in primis* la logistica, diventando un punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie della Svizzera. La Francia è uno dei Paesi con la maggiore varietà di iniziative di accentrimento degli acquisti, con la presenza di centrali di acquisto a livello nazionale e regionale. Tale eterogeneità consente alle strutture sanitarie francesi di poter beneficiare di un'ampia gamma di soluzioni e di individuare quella che più si adatta alle proprie esigenze. Tuttavia, la varietà di iniziative di centralizzazione, avviate in una fase in cui la Francia aveva un deficit sanitario molto elevato (circa il 9%) hanno prodotto nei primi anni un risparmio costante, ma contenuto (circa l'1% all'anno sulla spesa di beni e servizi) (F.A.R.E., 2012). Nei Paesi più duramente colpiti delle recenti crisi finanziarie, la centralizzazione è stata introdotta (Grecia) e accelerata (Spagna) come risposta alla razionalizzazione della spesa. La Spagna ha, infatti, recentemente promosso una soluzione centralizzate a livello nazionale, comunque bilanciata dall'ampia autonomia garantita a livello regionale nella facoltà di adesione. In Grecia è stato lanciato un articolato programma nazionale *ad hoc* per la centralizzazione degli acquisti sanitari.

17.6 Conclusioni

L'accentrimento degli acquisti nel settore pubblico è ormai un trend in forte consolidamento tanto nel nostro Paese quanto in altri Paesi europei. Tale processo deve essere accompagnato e supportato da azioni finalizzate a superare potenziali incoerenze tra i nuovi assetti istituzionali e le modalità di funzionamento preesistenti nelle aziende coinvolte, promuovendo la revisione dei processi interni (ri-focalizzazione del personale da attività di acquisto ad attività di monitoraggio e controllo, una maggior attenzione all'analisi del fabbisogno e la ricerca di strumenti di standardizzazione), nella tutela dell'autonomia gestionale delle AS.

È necessario attivare strumenti e processi di monitoraggio e di valutazione degli impatti raggiunti, non solo in termini di minori costi per il singolo bene/servizio acquisito. È già stato evidenziato dagli autori, in altri contributi (CEIS, 2010; Martino, 2011), come la riduzione del prezzo di acquisto e dei costi di transazione attesi come principali benefici dell'accentrimento non sia un effetto scontato. Variabili come le caratteristiche e complessità del mercato di fornitura, la strategicità del bene/servizio acquistato, la differenziazione dei fabbisogni e delle procedure tra gli enti coinvolti, il rapporto tra dimensione della gara e grado di concentrazione/frammentazione del mercato di riferimento possono influenzare la capacità di raggiungerli. Inoltre, il rischio che i vantaggi conseguiti

nel breve periodo non si mantengano proporzionali nel medio periodo è concreto e correlato da un lato alla possibile riduzione del grado di concorrenza generato da una posizione dominante dal lato dell'offerta, dall'altro alla possibile opportunità strategica da parte dei fornitori.

Il modello adottato dal legislatore italiano richiede, pertanto, un maggiore coordinamento e raccordo tra i processi di centralizzazione degli acquisti e le politiche di sviluppo economico, anche per allinearsi maggiormente alle indicazioni della Direttiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo, che propone un modello di centralizzazione moderata degli acquisti. La Direttiva, infatti, sottolinea come i processi di centralizzazione consentano economie di scala, il miglioramento e la professionalizzazione nella gestione delle procedure di acquisto, la semplificazione dei processi organizzativi, ma comportano inevitabilmente anche rischi di eccessiva concentrazione del potere di acquisto, di collusione, di pericoli per la trasparenza e, soprattutto, riduzione della concorrenza e difficoltà di accesso al mercato delle piccole e medie imprese. La questione è particolarmente rilevante in Paesi, come quello italiano, caratterizzati da un sistema imprenditoriale basato prevalentemente sulla piccola e media impresa.

A fronte di questo scenario, emergono alcuni elementi di attenzione, a cui è legato il successo delle iniziative di centralizzazione degli acquisti. Un primo elemento è relativo all'equilibrio tra le economie di scala ottenibili dalle Centrali di Committenza e le caratteristiche del mercato dei fornitori: la concentrazione della domanda in un'unica stazione appaltante comporta una riduzione della concorrenza come conseguenza dell'aumento dei volumi di gara, portando a una competizione tra i soli operatori economici di grandi dimensioni. La ricaduta principale di questo fenomeno si avrebbe soprattutto sul mercato dei fornitori locali, poiché le piccole e medie imprese non sono in grado di far fronte alla domanda e quindi, per sopravvivere, sono costrette a ripensare la propria strategia verso la costituzione di aggregazioni o accorpamenti.

Un secondo elemento è relativo al rapporto tra centrale di acquisto e singole aziende sanitarie, sotto il profilo dei ruoli e delle responsabilità assegnate ai vari attori. La condivisione delle principali scelte strategiche con i professionisti all'interno delle aziende sanitarie è un elemento imprescindibile per ottenere i vantaggi prospettati dalle politiche di centralizzazione e per cercare di superare le resistenze «ambientali» e le logiche conservative locali. L'analisi delle modalità operative delle diverse Centrali di Committenza ha mostrato come spesso il processo di analisi del fabbisogno, la stesura del capitolato (con relativa uniformazione delle richieste provenienti dalle differenti AS), le procedure di gara siano accentrati presso la Centrale di Committenza, con conseguente riduzione dell'autonomia delle singole AS e dei professionisti sanitari. La riduzione della variabilità dei fabbisogni e la necessaria standardizzazione dei beni acquistati rappresentano uno degli elementi più critici del processo di centralizzazione, a cui sono legate le maggiori possibilità di risparmio. Alla base del processo di

centralizzazione deve necessariamente registrarsi un cambiamento non solo nelle strategie di acquisto, ma soprattutto nell'approccio culturale tra le diverse professionalità coinvolte, in un'ottica di profonda collaborazione. L'introduzione di innovazioni culturali, organizzative e procedurali nel modello gestionale è facilitato soprattutto da un forte commitment sia da parte delle professionalità del mondo amministrativo, che devono essere in grado di adeguare le proprie procedure in un'ottica di apertura, sia da parte delle professionalità del mondo clinico. Anche dal punto di vista procedurale, la centrale si sostituisce all'ente appaltante nella fase di esecuzione della gara, ma non nella successiva gestione del contratto; può solo fungere da stimolo ad una programmazione degli acquisti più sistematica, ma non svolgerla per conto della singola azienda. Di conseguenza non sarà possibile scindere l'analisi delle performance della centrale acquisti dall'analisi dell'impatto che gli acquisti stessi hanno sul campo, nella realizzazione dei processi assistenziali o di supporto.

Un terzo elemento è relativo alla qualità e quantità delle informazioni condivise nel gruppo di acquisto. Si ritiene che questo sia uno degli aspetti cruciali, vale a dire la condivisione di una base informativa comune, attendibile ed omogenea, sia per l'uniformità dei dati (stesse codifiche, stesse metodologie di rilevazione), sia per il confronto delle performance degli acquisti (qualità delle forniture relativamente ai processi produttivi in cui sono utilizzate, performance e valutazione dei fornitori, impatti sui bilanci aziendali).

Una riflessione finale riguarda lo sviluppo di una cultura di coordinamento e di governance delle aziende sanitarie orientata verso problematiche sovra-aziendali. La centralizzazione permette di superare le profonde diversità organizzative, gestionali e procedurali, a volte con vere e proprie trasformazioni dei modelli istituzionali, gestionali ed economici delle aziende stesse. Tuttavia, il successo del modello è legato al raggiungimento di punti di equilibrio dinamico tra esigenze a volte divergenti:

- ▶ l'equilibrio nella standardizzazione, conseguibile attraverso un'analisi del valore del prodotto / servizio da acquisire, per evitare di scivolare verso standard minimi di accettabilità ma, al contrario, salvaguardare l'equilibrio prezzo-qualità;
- ▶ l'equilibrio nella programmazione, incoraggiando nelle singole aziende la manifestazione delle proprie esigenze di flessibilità e personalizzazione negli acquisti;
- ▶ l'equilibrio nell'ampiezza e dimensione delle gare: la ricerca, in altre parole, del livello ottimale di centralizzazione. La ricerca di un bilanciamento tra riduzione dei costi di transazione, da un lato, e, dall'altro, aumento dei tempi per gare più complesse da gestire, aumento dell'aggressività dei fornitori, con maggiore contenzioso, riduzione di una reale concorrenza e di proposte innovative da parte dei fornitori;

- l'equilibrio nella valutazione delle performance e degli impatti, attraverso l'identificazione di un set di indicatori relativi non solo all'autovalutazione delle centrali di committenza, ma anche alla valutazione degli effetti sui destinatari, AS, fornitori.

I vantaggi ottenuti dalla centralizzazione non si devono riferire esclusivamente ai risultati economici, ma anche al clima di collaborazione che si crea fra le centrali di acquisto e le aziende sanitarie e, all'interno delle aziende, fra le diverse figure professionali coinvolte.

Bibliografia

- Amatucci F., Mele S., *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentramento*, Milano, Egea, seconda edizione, 2012.
- Barba M. (2016), *La Centralizzazione degli Acquisti Pubblici*, in Brusoni M. et al. (a cura di), *Gli Acquisti Pubblici Un Approccio Manageriale per la Gestione del Cambiamento*.
- Boscolo et al., *Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain in sanità: esempi nazionali ed internazionali a confronto*, in Cantù E. (a cura di), *Rapporto Oasi 2011*, Milano, Egea, 2011.
- Bovaird T., *Developing new form of partnership with the markets in the procurement of public service*, *Public Administration*, 84(1), 81-102, 2006.
- Brusoni M., Marsilio M., *La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, 2007.
- Brusoni M., Cappellaro G. e Marsilio M., *Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, 2008.
- CEIS – Università di Roma Tor Vergata, *Risultati dal laboratorio di Ricerca FIASO – Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, Milano, AboutPharma, 2010.
- De Pietro et al., *La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto*, in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, 2014.
- F.A.R.E., *Atti Congresso Nazionale, Evoluzione e sostenibilità del sistema Sanità – Impatto strategico degli acquisti e ruolo del Provveditore-Economista*, Riccione, FARE, Novembre 2011.
- Johnson P.F., *The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia*,

- International Journal of Logistics: Research and Applications, 2, (1), pp. 57-73, 1999.
- Kamann F. *et al.*, *Changing supplier selection and relationship practices: a contagion process*, Journal of Purchasing and Supply Management, 10 (2), pp. 55-64, 2004.
- Marsilio M., Mele S., *La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze internazionali a confronto*, Mecosan, SIPIS, 2010.
- Martino A., *L'esperienza della Centrale Acquisti in Regione Lombardia: il modello, il cambiamento e le nuove soluzioni di acquisto pubbliche*, atti del Seminario sul Regolamento di esecuzione del codice dei contratti, strategie di acquisto delle centrali regionali e impatto sulle imprese del nuovo processo amministrativo, F.A.R.E., Firenze, 2011.
- Muse & Associates, *The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System*, Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA), Washington DC, 2000.
- Nollet J., Beaulieu M., *The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector*, Journal of Purchasing and Supply Management, 9(1), pp. 3-10, 2003.
- Schotanus F. (2005), *Cooperative purchasing within the United Nations*, IPSERA Conference Proceedings, Archamps (France), pp. 961-973, 2005.
- Schotanus F., Telgen J., *Implication of a Classification of Forms of Cooperative Purchasing*, in Wynstra J.Y.F, Dittrich K., Jaspers F.P.H (a cura di), Proceedings of the 21st IMP Conference, Rotterdam, Erasmus University, 2005.
- Schotanus F., Telgen J., De Boer L., *Success factors for managing purchasing groups: an empirical survey*, Proceedings of the 17th IPSERA Conference, Perth (Australia), 10-12 March 2008, IPSERA, 2009.
- Tella E., Virolainen V.M. *Motives behind purchasing consortia*, International Journal of Production Economics, Voll. 93-94, pp. 161-168, 2005.