

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

**Rapporto OASI 2020**

**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 e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci 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 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e 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.*

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di  
**CERGAS - Bocconi**

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

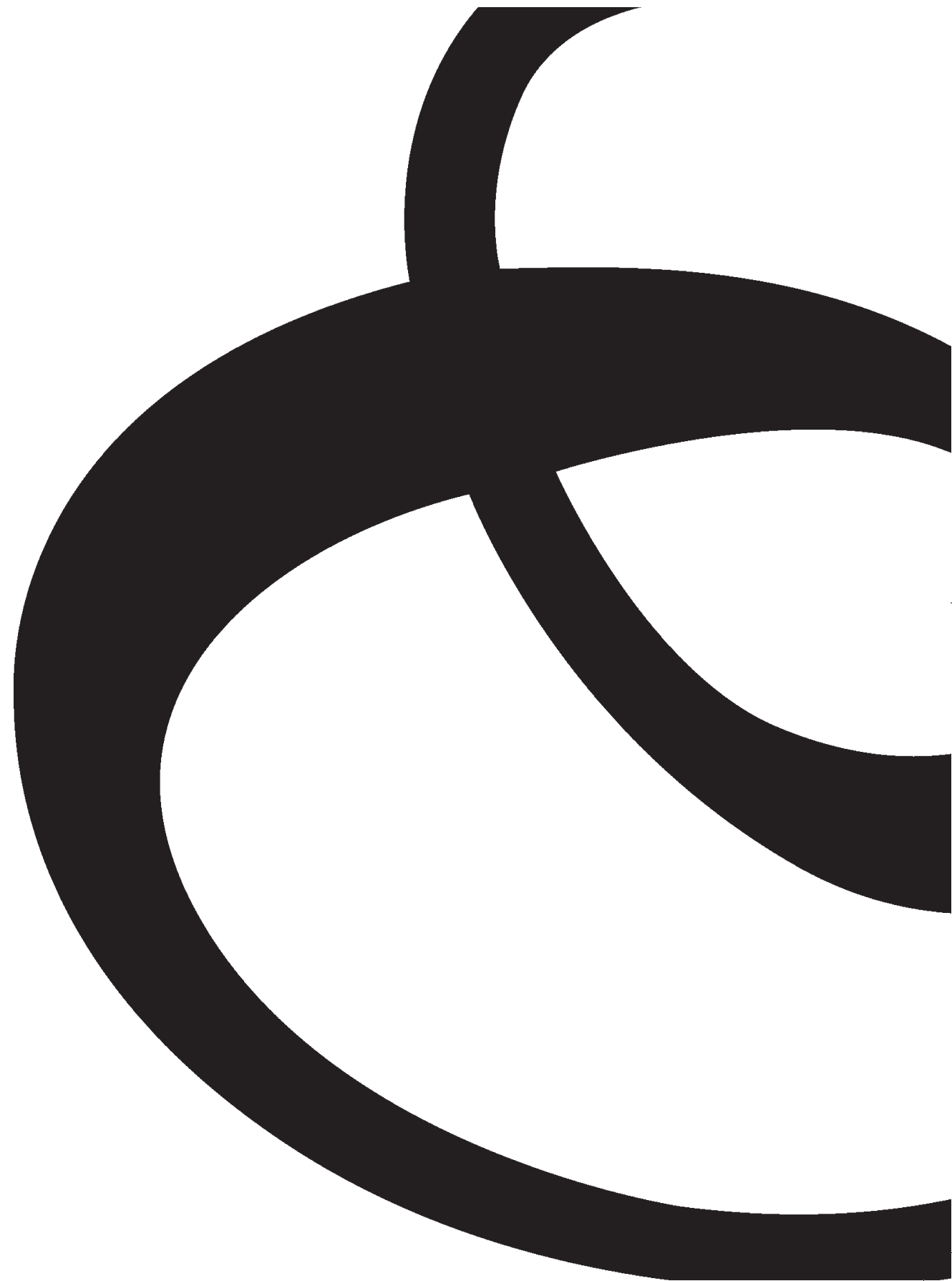


**Università Bocconi**

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT





## **14 Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali**

*di Niccolò Cusumano, Veronica Vecchi, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Giuditta Callea, Francesco Longo<sup>1</sup>*

### **14.1 Obiettivi e metodologie**

Il capitolo presenta le principali evidenze raccolte dall'Osservatorio MaSan Cergas – SDA Bocconi sugli assetti e sugli impatti del processo di accentramento degli acquisti nel SSN nel periodo 2019-20. L'osservatorio svolge attività di ricerca, discute e interpreta le evidenze raccolte con un panel rappresentativo e qualificato di soggetti aggregatori/centrali di acquisto delle diverse regioni italiane e una rete di imprese fornitrici del SSN, per disporre di tutti i punti di vista e le esperienze presenti nel ciclo di acquisto e fornitura.

I dati raccolti sono stati utilizzati anche per la conduzione di due focus group. Nel primo, svoltosi a novembre 2019, sono state discusse alcune possibili proposte di miglioramento del sistema con i direttori delle centrali di committenza, i direttori generali degli assessorati alla sanità e un direttore generale di azienda sanitaria delle principali regioni italiane (Vecchi et al., 2019). Nel secondo, svoltosi a luglio 2020, è stata commentata l'evoluzione degli assetti di governance con i direttori delle principali centrali di committenza, con particolare riferimento alle implicazioni in termini di performance.

Questo capitolo analizza e discute gli assetti istituzionali e organizzativi che stanno assumendo progressivamente le centrali di acquisto in particolare nella geometria di allocazione delle prerogative di governo tra assessorati, centrali e aziende e conseguenti processi di aggregazione della domanda, costruzione della gara e utilizzo del vettore amministrativo di fornitura sottoscritto (§ 1.2). L'eterogeneità nell'organizzazione delle reti regionali di acquisto si riflette, ad

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro intenso e sinergico da parte degli autori, sviluppato nell'ambito dell'Osservatorio MaSan, i §14.1 e 14.5 sono da attribuirsi a Francesco Longo e Veronica Vecchi; il § 14.2 a Niccolò Cusumano e Fabio Amatucci; i §14.3 e 14.4.1 a Niccolò Cusumano; i § 14.4.2 e 14.4.3 a Manuela Brusoni. L'appendice è da attribuirsi a Veronica Vecchi, Niccolò Cusumano, Manuela Brusoni. Giuditta Callea ha complessivamente contribuito, come membro dell'Osservatorio, alla redazione e alla revisione del capitolo.

avviso dell'Osservatorio, sulla capacità concreta di centralizzazione degli acquisti, i cui risultati sono rappresentati nel paragrafo 14.3. Il capitolo esamina, inoltre il tempo di attraversamento delle procedure e il tasso di litigiosità (§ 14.4). Le analisi condotte sono quindi utili per ricostruire un quadro organico di punti di forza e di debolezza del processo di accentramento e per trarre alcuni primi insegnamenti rilevanti, che rappresentano la base per un set organico di proposte di miglioramento del sistema, in particolare orientate a qualificare meglio la governance del processo regionale al fine di rifocalizzare i processi di acquisto centralizzati da una logica ordinaria a una più strategica (§ 14.5). L'appendice presenta alcune riflessioni sul procurement sanitario e le lezioni apprese a seguito dell'emergenza Covid-19.

## **14.2 Aggiornamento dei principali modelli istituzionali ed operativi di acquisto**

Il progressivo rafforzamento della centralizzazione determina una continua evoluzione dei modelli regionali. A partire dalla prima mappatura effettuata nel 2006 (Brusoni e Marilio, 2007) e l'ultima nel 2017 (Cusumano et al., 2017), si è assistito a una costante istituzionalizzazione dei soggetti deputati alla gestione accentrata degli acquisti e a un progressivo rafforzamento degli strumenti di coordinamento, sia per impulso normativo – con l'istituzione dei soggetti aggregatori e la definizione delle cosiddette categorie merceologiche obbligatorie<sup>2</sup> – sia con l'obbligo di utilizzo delle piattaforme telematiche per lo svolgimento delle procedure di affidamento,<sup>3</sup> in larga misura messe a disposizione proprio dalle centrali di committenza regionali, l'implementazione dell'ordine elettronico per la sanità che affianca la fatturazione elettronica, e l'adozione progressiva da parte delle regioni di altri strumenti telematici che rafforzano la raccolta dati.

Le soluzioni operative e istituzionali adottate sono diverse e non sembrano rispondere, in questa fase di evoluzione, a un disegno armonico.

Una lettura organica dei modelli adottati necessita dell'analisi di alcune variabili esplicative. Dal punto di vista dei modelli di governance, le scelte operate dalle regioni sono ancora riconducibili ai quattro assetti tracciati da Cusumano et al. (2017):

1. centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: un'unità operativa o un dipartimento/direzione della regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante (è questo il caso di Basilicata, Calabria, Lazio, Sicilia; è bene

<sup>2</sup> DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

<sup>3</sup> Obbligo entrato in vigore l'8 ottobre 2018, previsto dall'art. 22 della Direttiva 2014/24/EU e recepito dall'art. 40 del D.lgs 50/2016.

notare che in alcuni contesti, come la Toscana, il soggetto aggregatore è posto all'interno dell'Ente Regione, ma in ambito sanitario opera ESTAR quale soggetto avvalso);

2. centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è un'unità operativa dell'azienda sanitaria regionale (Azienda Zero in Veneto, ARCS in Friuli-Venezia Giulia, Alisa in Liguria) o nel caso di Toscana e Umbria (ESTAR Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale, nella prima, Umbria Salute e Servizi nella seconda) oppure si è in presenza di un'azienda sanitaria unica;
3. centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata o un'agenzia della regione, che ha come scopo principale, ma non sempre esclusivo, la gestione centralizzata degli acquisti (So.Re.Sa in Campania);
4. centrale acquisti come funzione di una società in house regionale (prevalentemente società IT): all'interno di una società in house esistente, quasi sempre la società informatica della regione, è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza (è il caso di Abruzzo con ARIC SpA, Lombardia con ARIA SpA che incorpora ARCA e IISpA, Puglia con InnovaPuglia SpA e Valle d'Aosta con INVVA SpA).

Questi assetti sono spesso frutto del percorso e del momento storico in cui sono state attivate le centrali. Nelle regioni in cui la costituzione della centrale è avvenuta in adempimento agli obblighi normativi nazionali, o in virtù dei piani di rientro, la centrale è stata strutturata come una nuova unità organizzativa all'interno dell'Ente Regione o in alcuni casi come unità organizzativa di società partecipate dalla regione. In altre regioni, la centralizzazione è frutto di un consolidamento di soluzioni, esperienze e processi sviluppatasi negli anni a livello locale. Per queste realtà, 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, oppure a creare soggetti ad hoc dotati di un'autonomia organizzativa e specializzati nella sola gestione degli acquisti.

In relazione alle altre variabili di analisi, è opportuno riflettere sugli aspetti operativi ed organizzativi delle diverse centrali regionali (Marsilio, Amatucci e Callea, 2016), quali:

- ▶ ambito e perimetro di azione/beneficiari (solo aziende del settore sanitario; tutti gli enti regionali; enti locali);
- ▶ funzioni esercitate (acquisti; funzioni amministrative; information technology; funzioni tecnico-amministrative, magazzino e logistica; attività strategiche e ciclo di programmazione);

- ▶ coincidenza con il soggetto aggregatore (che, per norma, deve acquistare i beni e servizi previsti dai DPCM) e quindi capacità di integrazione e coordinamento;
- ▶ assetti operativi: le centrali sono state costituite secondo diverse configurazioni, che determinano modelli diversi di gestione delle fasi di programmazione, raccolta e definizione dei fabbisogni, in particolare per quel che concerne il grado di autonomia della centrale e le modalità di coinvolgimento di altri attori, istituzionali e professionali, nei processi decisionali;
- ▶ strutture organizzative, risorse gestite, persone coinvolte nei processi di acquisto.

Dall'analisi dei diversi modelli delle centrali (Tabella 14.1) emergono alcuni elementi comuni:

- ▶ la quasi totalità delle centrali svolge la propria attività non solo per le aziende del SSR, ma anche per enti locali e altre aziende pubbliche del sistema regionale;
- ▶ le centrali svolgono non solo procedure di acquisto, ma sempre più si occupano di altre attività (programmazione, controllo di gestione);
- ▶ non sempre la centrale coincide con il soggetto aggregatore, creando problemi di sovrapposizione e mancanza di coordinamento. Nei contesti in cui si verifica questa situazione, tendenzialmente la centrale regionale che si occupa di acquisti sanitari opera in qualità di soggetto avvalso del soggetto aggregatore il cui ruolo di fatto si “riduce” all'adozione degli atti di programmazione, gestione dei rapporti istituzionali con gli altri soggetti aggregatori e alla pubblicazione degli atti di gara. In evoluzioni più recenti, come quella avvenuta in Provincia Autonoma di Trento a seguito della Delibera di Giunta Provinciale 449 del 2020, si supera il modello per cui l'U.O. acquisti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) veniva incardinata funzionalmente nell'Agenzia Provinciale per gli Appalti e Contratti (APAC) e si ridà autonomia operativa all'azienda sanitaria, che viene delegata oltre allo svolgimento di tutte le gare in ambito sanitario, senza dovere riportare ad APAC se non a fini informativi e di collaborazione istituzionale, anche a intrattenere i rapporti con gli altri soggetti aggregatori per gli acquisti in ambito sanitario.

In relazione agli aspetti operativi, le regioni hanno operato scelte differenti. La maggior parte ha deciso di accentrare l'approvvigionamento, cioè la costruzione e gestione della procedura di selezione del fornitore, lasciando inalterate le funzioni acquisti aziendali (sebbene chiamate a operare in modo residuale). La centrale in questi casi opera quasi come un fornitore esterno di servizi di committenza alle aziende sanitarie. Altre regioni – Friuli-Venezia Giulia, Toscana e

Tabella 14.1 **Assetti istituzionali e operativi delle reti regionali degli acquisti pubblici in sanità**

Regione	Centrale Acquisti operante in Sanità	Ambito di azione	Assetto istituzionale	Funzioni	Soggetto Aggregatore
Abruzzo	ARIC – Agenzia regionale per l'informatica e la Committenza	Regionale	Centrale acquisti come funzione di una società in house regionale	Acquisti, IT	X
Basilicata	Stazione Unica Appaltante (Sua – Rb)	Regionale	Dipartimento/direzione regionale	Acquisti	X
Provincia di Bolzano	Azienda Sanitaria Alto Adige (ASDAA)	Sanità	Ente SSR	Acquisti	ACP (ASDAA è articolazione funzionale per acquisti sanitari)
Calabria	SUA Calabria	Regionale	Dipartimento/direzione regionale	Acquisti	X
Campania	Società Regionale Sanità S.p.A. (So.Re.Sa. SpA)	Regionale	Soggetto autonomo specializzato	Acquisti, centrale unica pagamento, supporto controllo di gestione	X
Emilia-Romagna	Intercent-ER – Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici	Regionale	Soggetto autonomo specializzato	Acquisti	X
Friuli-Venezia Giulia	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS)	Sanità	Ente SSR	Funzioni tecnico-amministrative	CUC (ARCS soggetto avvalso per acquisti in sanità)
Lazio	Direzione Regionale Centrale Acquisti	Sanità	Dipartimento/direzione regionale	Acquisti	X
Liguria	Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.)	Sanità	Ente SSR	Acquisti	SUA Liguria (CRA articolazione funzionale per acquisti in sanità)
Lombardia	ARIA SpA – Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti	Regionale	Soggetto autonomo specializzato	Acquisti; IT; Lavori	X
Marche	ASUR	Sanità	Ente SSR	Acquisti	SUAM (ASUR soggetto avvalso per acquisti in sanità)
Molise	CUC Molise	Regionale	Unità operativa regionale (all'interno della Pre-sidenza)	Acquisti	X
Piemonte	Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR)	Regionale	Soggetto autonomo specializzato	Acquisti	X

Tabella 14.1 (segue)

Regione	Centrale Acquisti operante in Sanità	Ambito di azione	Assetto istituzionale	Funzioni	Soggetto Aggregatore
Puglia	InnovaPuglia Spa	Regionale	Centrale acquisti come funzione di una società in house regionale	Acquisti e IT	X
Sardegna	ATS (per categorie DPCM fa riferimento a soggetto aggregatore)	Regionale	Ente SSR	Acquisti	CFC RAS
Sicilia	Centrale unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi	Regionale	Unità operativa regionale (all'interno del Dipartimento Bilancio e Tesoro)	Acquisti	X
Toscana	ESTAR – Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale	Sanità	Ente SSR	Funzioni tecnico-amministrative	Direzione acquisti e contratti (ESTAR soggetto awalvo per acquisti in sanità)
Provincia di Trento	APSS	Sanità	Ente SSR	Acquisti	APAC (APSS è articolazione funzionale per acquisti sanitari)
Umbria	CRAS – Centrale regionale di acquisto per la sanità	Sanità	Ente SSR	Acquisti	X
Valle d'Aosta	IN.VA. S.p.A.	Regionale	Centrale acquisti come funzione di una società in house regionale	Acquisti e IT	X (AUSL VdA soggetto awalvo per acquisti in sanità)
Veneto	U.O.C. CRAV – Centrale Regionale Acquisti per la Regione Veneto	Sanità	Unità operativa di Azienda Zero	Acquisti	X



Umbria – hanno invece scelto di centralizzare la funzione acquisti costituendo un provveditorato unico e, nel caso di Toscana e Friuli-Venezia Giulia, accentrando anche la logistica attraverso la costituzione di magazzini unici.

Relativamente ai servizi di logistica, anche in seguito all'epidemia di Covid-19, diverse regioni, tra cui Veneto e Campania, stanno valutando la possibilità di affidare in modo più spinto alle rispettive centrali la gestione della logistica accentrata. Come emerso dal secondo focus group con i direttori delle centrali già citato, le posizioni tra le centrali sono diversificate. Da un lato, c'è chi afferma che la centralizzazione di logistica e distribuzione, attraverso la creazione di un magazzino regionale, sia una conseguenza logica della centralizzazione dell'approvvigionamento e che la gestione diretta del magazzino a livello dell'ente aggregatore consenta di avere un controllo più forte sull'intero processo, quindi migliori risultati. Dall'altro, c'è chi afferma che ciò che conta sia la raccolta sistematica di informazioni sui flussi fisici dei beni e che la digitalizzazione estesa a tutte le fasi dei processi di acquisto sia sufficiente a garantirla, senza necessariamente imporre una centralizzazione dei processi, come quelli logistici, di per sé molto complessi e che richiedono notevoli investimenti, anche di capitale politico e amministrativo, e un set di competenze specifiche.

### **14.3 I risultati della politica di centralizzazione degli acquisti: l'aggregazione della domanda**

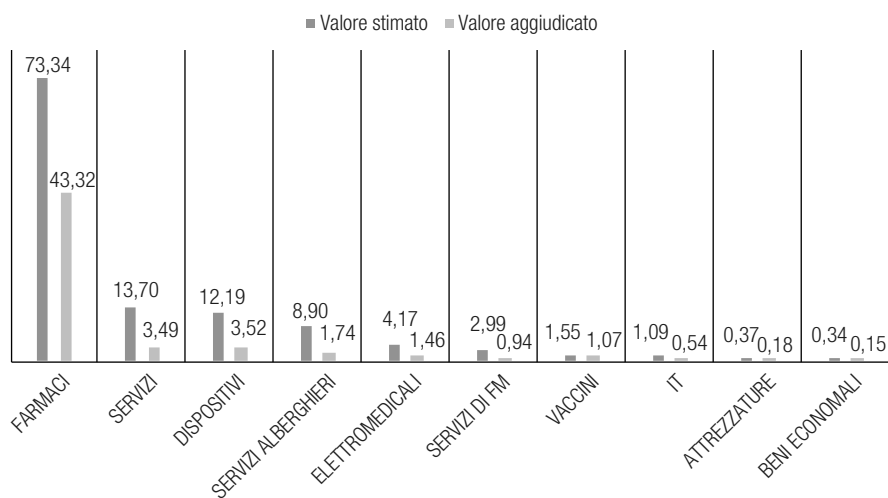
Al fine di analizzare la capacità di aggregazione della domanda Osservatorio MaSan ha raccolto le informazioni relative alle gare pubblicate dalle centrali regionali di committenza e soggetti aggregatori nel periodo 2016-2019. La raccolta dei dati è avvenuta attraverso la ricerca di bandi pubblicati su TED (Tenders Electronic Daily) e sulle piattaforme telematiche e portali delle centrali. Sono state escluse dal perimetro quelle realtà in cui è presente un'unica azienda sanitaria regionale o provinciale, mentre è in corso (agosto 2020) la raccolta dati relativa alla Regione Autonoma Sardegna. Il periodo di riferimento è stato scelto in quanto coincide con l'entrata in vigore del Nuovo Codice dei Contratti e del DPCM 24 dicembre 2015. Rispetto ai dati raccolti dal tavolo dei soggetti aggregatori, il database MaSan contiene anche le iniziative delle categorie merceologiche non rientranti nell'elenco dei DPCM 24 dicembre 2015 e 11 luglio 2018, fornendo quindi una rappresentazione più completa del fenomeno di aggregazione della domanda.

Nel periodo considerato, le centrali regionali hanno pubblicato 2.181 bandi dal valore di 116,9 miliardi di euro, e aggiudicato iniziative per 55,6 miliardi di euro, al netto degli sconti ricevuti pari a 10,5 miliardi. I farmaci rappresentano il 62% del bandito e il 77% dell'aggiudicato, seguiti da servizi (diversi dal facility

management e dai servizi alberghieri) e dai dispositivi medici, che riportano un valore bandito rispettivamente di 12,3 e 11,4 miliardi di euro (vedi Figura 14.1). Al fine di catturare la problematicità delle gare centralizzate, caratterizzate dalla difficoltà di aggiudicazione in tempi ragionevoli, è stato calcolato anche il tasso di aggiudicazione delle iniziative, misurato come il rapporto tra la base d'asta dei lotti aggiudicati e il valore totale bandito, rispetto al valore riportato in figura in questo caso non si considera lo sconto offerto. Per i farmaci il tasso è pari al 66% nel periodo, mentre per i dispositivi medici e i servizi scende, rispettivamente, al 47 e al 35% a causa del maggiore tempo di attraversamento delle gare.

In prima approssimazione si può, quindi, affermare che la centralizzazione degli acquisti ha interessato in questa fase essenzialmente i farmaci, sia perché costituiscono la principale voce di spesa, sia per una relativa semplicità, almeno secondo l'impostazione fino ad oggi utilizzata, delle gare che hanno a oggetto un bene altamente standardizzato, con una base d'asta unitaria, spesso uguale al prezzo di cessione al SSN, e un'offerta di solo prezzo. Il ricorso sempre più diffuso ai sistemi dinamici di acquisto (SDA) ha ulteriormente velocizzato queste gare, anche se ha complicato il lavoro dell'osservatore esterno, in quanto il sistema di reporting è meno lineare rispetto alle tradizionali convenzioni o accordi quadro, in quanto coesistono sia il bando di indizione del SDA, che riporta il valore complessivo stimato, sia gli avvisi di aggiudicazione degli appalti specifici, tra l'altro questi ultimi non sempre disponibili. Il rischio di *double counting* è, quindi, elevato.

Figura 14.1 **Valore stimato e aggiudicato delle iniziative centralizzate regionali (valore in miliardi di euro correnti, 2016-2019)**



Fonte: elaborazioni banca dati Osservatorio Masan

A livello regionale la situazione appare diversificata. In Tabella 14.2 si riportano il valore assoluto delle iniziative bandite, la percentuale sul valore totale delle iniziative extra farmaci e vaccini, dell'extra DPCM (quindi l'acquistato non soggetto a centralizzazione per legge) e delle iniziative aggiudicate nel periodo.<sup>4</sup> Quanto più elevata è la percentuale di iniziative avente a oggetto categorie merceologiche diverse dai farmaci o vaccini, o merceologie non obbligatorie ai sensi dei DPCM, tanto più si rivela elevata la maturità della centrale nella gestione di approvvigionamenti complessi. La non obbligatorietà richiede, oltre a un *commitment* da parte del SSR, anche la capacità da parte della centrale di dedicare risorse per iniziative diverse da quelle previste dalla normativa. Tuttavia, una centrale con un mix merceologico più variegato rispetto ai farmaci e vaccini, il cui acquisto è relativamente più semplice, e con volumi elevati di aggregazione potrebbe in linea di principio risultare relativamente meno performante in termini di durata delle procedure e di tasso di litigiosità, inteso come proporzione delle iniziative oggetto di ricorso sul totale delle iniziative pubblicate, come conseguenza della maggior complessità ed eterogeneità gestita.

Si riporta infine lo sconto medio ottenuto in sede di gara per le iniziative aggiudicate dalle centrali di committenza regionali (Figura 14.2). Anche in questo caso la performance nei vari contesti è variegata. È bene sottolineare che

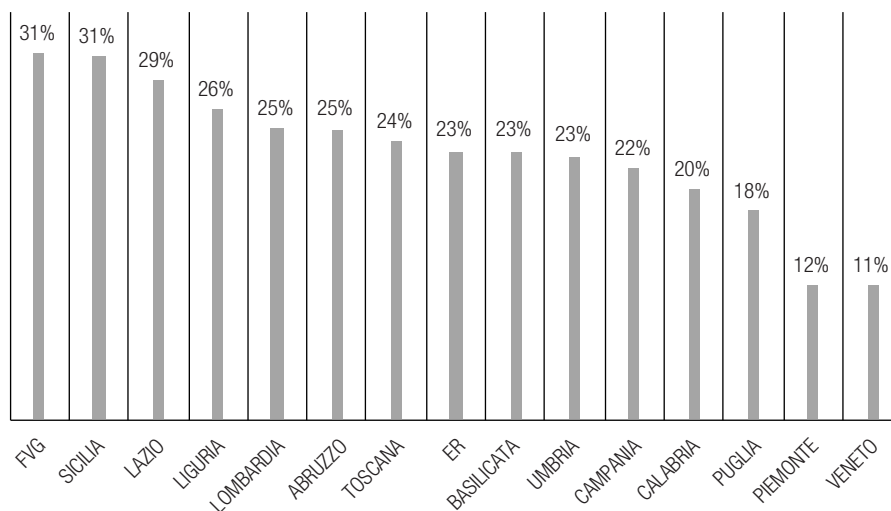
Tabella 14.2 **Attività delle centrali regionali di acquisto in sanità 2016-2019**

	Totale Bandito (€ mld)	Extra farmaci e vaccini sul totale	Extra DPCM sul totale	Aggiudicato sul totale
Abruzzo	0,96	32,9%	0,1%	37,0%
Basilicata	1,98	45,3%	21,5%	39,2%
Calabria	2,06	24,1%	2,8%	23,6%
Campania	16,34	26,0%	5,6%	81,6%
Emilia-Romagna	8,58	37,6%	9,0%	75,3%
Friuli-Venezia Giulia	3,44	62,0%	40,4%	38,9%
Lazio	10,36	21,0%	2,8%	62,0%
Liguria	3,95	51,8%	17,1%	59,9%
Lombardia	21,69	32,7%	15,4%	40,2%
Piemonte	7,09	38,0%	16,6%	54,6%
Puglia	3,49	19,7%	3,0%	58,7%
Sicilia	7,04	32,7%	1,0%	61,2%
Toscana	20,08	50,6%	26,8%	48,2%
Umbria	1,81	40,4%	17,3%	46,9%
Veneto	9,76	46,2%	33,7%	60,6%
TOTALE	118,6	37,4%	14,2%	56,4%

Fonte: elaborazioni banca dati Osservatorio Masan

<sup>4</sup> Tale valore è calcolato sulla base d'asta dei lotti aggiudicati, è quindi al lordo dello sconto ottenuto in sede di gara.

Figura 14.2 Sconto medio di aggiudicazione in sede di gara



Fonte: elaborazioni banca dati Osservatorio Masan

uno sconto medio più elevato non sia necessariamente sinonimo di migliore capacità progettuale e/o negoziale della stazione appaltante, poiché è collegato, *in primis*, alla scelta del prezzo posto a base di gara. Una base d'asta non allineata ai valori di mercato può gonfiare artificialmente lo sconto. Viceversa, uno sconto più contenuto può dipendere sia da una più articolata analisi di mercato, che porta alla definizione di una base d'asta più vicina al costo marginale di un bene/servizio, sia dalle strategie di gara adottate quali le specifiche tecniche, la suddivisione in lotti e la scelta dei criteri di valutazione delle offerte, che possono privilegiare gli aspetti qualitativi e di innovazione rispetto a quelli economici. Considerata quindi l'influenza delle numerose variabili – sia esogene che endogene – sulla procedura di selezione, non è possibile formulare un giudizio di performance basato su questo singolo indicatore sintetico senza considerare anche le altre variabili. Occorre, tra l'altro, sottolineare come il risparmio effettivo per il SSN dipenda, al di là del prezzo di aggiudicazione, da un consumo appropriato e corretto dei fattori produttivi acquistati.

#### 14.4 I tempi di attraversamento e il contenzioso

Gli acquisti pubblici in sanità sono sempre stati caratterizzati dalla varietà degli oggetti d'acquisto e dall'articolazione del mercato di approvvigionamento. Tutto ciò, ben noto e condiviso, ripropone, in modo ancora più evidente alla luce della centralizzazione, due problematiche tipiche degli acquisti pubblici: i

tempi di approvvigionamento e i ricorsi. Osservatorio MaSan raccoglie in modo sistematico le informazioni pubblicamente disponibili relative alle procedure di acquisto di beni/servizi in sanità gestite dalle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali con riferimento a tali aspetti.

L'osservazione dei tempi e dei ricorsi avviene separatamente. Infatti, queste due dimensioni, anche individualmente, non sempre possono essere tracciate con la necessaria completezza quantitativa e analitica, anche in considerazione dell'ampiezza del perimetro di analisi (territoriale, temporale, merceologico). D'altro canto, benché non sia possibile una correlazione diretta tra le due variabili né definirne un rapporto di interdipendenza – se, ad esempio, un tempo maggiore dedicato all'istruttoria si traduca in minori contenziosi data la migliore progettualità o viceversa tempi maggiori di istruttoria siano il sintomo di una complessità che si riflette successivamente in una maggiore litigiosità – è interessante rilevare in quali ambiti, se ve ne sono, si concentrano le principali problematiche in modo congiunto e/o sovrapponibile.

Si presenta di seguito una fotografia del problema per poi discuterne cause, conseguenze e proporre alcune soluzioni.

#### **14.4.1 I tempi di attraversamento**

I dati raccolti da Osservatorio MaSan con riferimento al periodo 2016-2019 evidenziano che, in media, le centrali di committenza impiegano 294 giorni per aggiudicare un contratto. Il dato migliora ponderando la durata rispetto al valore delle iniziative, per cui la durata media delle procedure di aggiudicazione scende a 195 giorni riflettendo una maggiore incidenza in termini di valore delle iniziative per l'acquisto di farmaci e vaccini che, come si discuterà, riescono ad essere svolte in tempi sensibilmente più brevi. Questo lasso di tempo si riferisce al periodo intercorso tra la pubblicazione del bando e l'avviso di aggiudicazione. Tale tempistica incorpora tendenzialmente anche il ritardo, in media di 157 giorni, dovuto ai ricorsi amministrativi, in quanto, dai dati raccolti risulta che in presenza di ricorso l'aggiudicazione definitiva avviene mediamente 21 giorni (67 giorni è il dato mediano) dalla data della sentenza di primo grado.

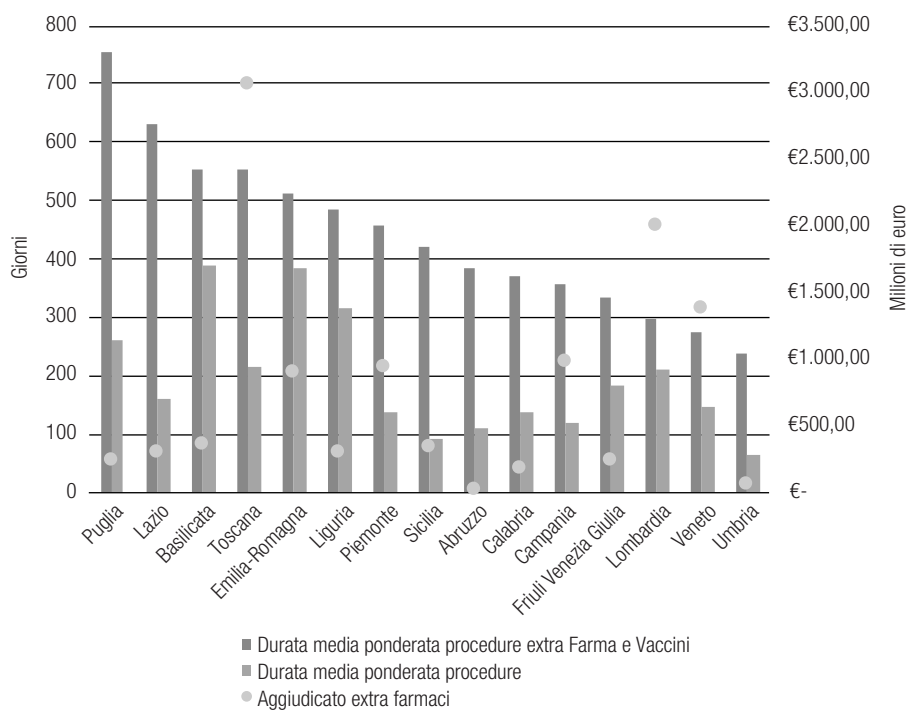
La durata varia notevolmente a seconda delle merceologie. Escludendo, gli acquisti di farmaci e vaccini, l'aggiudicazione richiede 441 giorni, a conferma della maggior semplicità e linearità delle gare per farmaci e vaccini. Le gare per i servizi di facility management e alberghieri richiedono in media oltre 500 giorni, mentre l'acquisto di farmaci e vaccini meno di 200. Nel periodo considerato, i tempi di aggiudicazione si sono generalmente ridotti, tuttavia in molti casi il numero di iniziative non aggiudicate è superiore a quelle arrivate a conclusione. Alcune procedure in corso al 31/12/2019 riportano durate superiori ai 1.000 giorni.

I dati fin qui presentati si riferiscono ai tempi di svolgimento della gara e non

considerano i tempi di istruttoria che possono essere altrettanto rilevanti, ma estremamente difficili da rilevare in quanto mancano dati pubblici raccolti in modo sistematico e con criteri univoci. Sulla base dei dati raccolti da Osservatorio MaSan per 84 iniziative per cui è stato possibile reperire le informazioni, l'istruttoria ha richiesto in media 407 giorni per le gare IT, 392 per le gare di servizi alberghieri, 257 per quelli di facility management e 268 per altre gare di servizi.

La dimensione dei lotti in prima approssimazione non sembra essere correlata alla durata della procedura, che sembra dipendere, piuttosto, dall'oggetto di acquisto. Tuttavia, si evidenzia che le categorie merceologiche che richiedono tempi più lunghi hanno spesso anche un valore medio dei lotti superiore. La situazione a livello regionale è diversificata. In Figura 14.3 si riporta la durata media ponderata per il valore delle gare aggiudicate. Si distinguono la durata media extra farmaci e vaccini, escludendo quindi le categorie su cui ormai il sistema appare rodato, dalla durata media delle altre merceologie, su cui si riscontrano maggiori difficoltà di raccolta e analisi. Per fornire un quadro completo si riporta anche il valore assoluto delle gare extra farmaci e vaccini aggiudicate. Benché l'andamento non segnali trend comuni, si assiste anche in questo caso

Figura 14.3 I tempi di gara nelle regioni italiane ponderati per il valore



Fonte: elaborazioni banca dati Osservatorio Masan

a un miglioramento d'insieme, segno che il sistema sta lentamente entrando a regime. La dimensione della regione e dei lotti non sembra avere un ruolo determinante nella durata. Va ricordato, ancora una volta, che la comparabilità dei risultati tra regioni richiede di tenere in considerazione i) la diversificazione del portafoglio gare, ii) il momento di avvio di gare centralizzate coordinate a livello regionale e iii) la non uniforme disponibilità e completezza di informazioni.

#### 14.4.2 I ricorsi

Il report 2018 della European Commission for the Efficiency of Justice (CEPEJ, 2018) riporta che nel 2016 si sono registrati nel nostro Paese tempi fino a 1.800 giorni tra primo e secondo grado di giudizio. Dati del Consiglio di Stato indicano una media di 317 giorni per arrivare al giudizio di merito nei processi che coinvolgono i contratti pubblici.<sup>5</sup> Le prospettive da cui osservare il fenomeno “ricorsi” sono di varia natura e, per comprenderne ragioni e dinamiche, oltre a quantificarne il volume complessivo, può essere utile scomporre l'origine in funzione di più chiavi di lettura: l'oggetto di acquisto, il valore della gara, il numero di lotti interessato dai ricorsi, l'appropriatezza e l'efficacia di definizione dell'oggetto di gara, e l'applicazione “sartoriale” della normativa alla gara in esame.

In assenza di un database centralizzato contenente informazioni qualitative e quantitative omogenee, confrontabili e aggregabili, Osservatorio MaSan ha avviato una raccolta delle informazioni relative ai ricorsi delle gare svolte da centrali di committenza e soggetti aggregatori. La raccolta dei dati è stata condotta utilizzando il sito [www.giustizia-amministrativa.it](http://www.giustizia-amministrativa.it) che, nella sezione ‘decisioni e pareri’, raccoglie tutte le sentenze, le ordinanze, i decreti e i pareri dei 29 Tribunali Amministrativi Regionali (TAR) e del Consiglio di Stato. La ricerca si è concentrata esclusivamente sulle sentenze, che contengono l'enunciazione dei motivi del ricorso, uno degli aspetti rilevanti della ricerca. In termini di orizzonte temporale, sono state considerate le sentenze dei TAR pubblicate dal 1° gennaio 2016 al 31 marzo 2020, con esclusione delle sentenze in cui venivano impugnate gare aggiudicate durante l'anno 2015. Dalla sentenza è stata identificata la gara a cui si riferisce, da cui sono state estrapolate le seguenti informazioni sulla procedura: categoria dell'oggetto della procedura; valore stimato di gara; totale lotti e valore medio dei lotti; durata in mesi del contratto in aggiudicazione e data di aggiudicazione. Per quel che riguarda, infine, i motivi di ricorso, si è operata una tipizzazione di quelli più frequenti, come riportato nelle sintesi delle prime analisi svolte.

Data la complessità, sopra enunciata, della costruzione organica e completa di un database sui ricorsi, si è optato per una ricerca segmentata a livello

<sup>5</sup> <https://ildubbio.news/ildubbio/2017/04/24/patroni-griffi/>

geografico, a partire dalle centrali e soggetti aggregatori a volumi maggiori di attività. Si è proceduto, quindi a mappare i ricorsi contro le centrali di committenza di Lombardia, Toscana e Campania. È bene notare che questi tre soggetti da soli hanno bandito iniziative per 58 miliardi di euro, pari a circa il 50% del valore delle iniziative centralizzate bandite nel periodo 2016-2019.

Sono stati raccolti 529 ricorsi che interessano il 25% delle gare bandite, pari al 43% in termini di valore. È bene notare, infatti, che spesso una gara presenta più di un ricorso che può interessare uno o più lotti. L'incidenza dei ricorsi in termini di valore dei lotti a gara scende, infatti, al 18% del valore totale dei lotti a base d'asta. Il fenomeno quindi, per quanto diffuso, ha una portata più limitata rispetto al percepito.

Le stazioni appaltanti risultano generalmente vittoriose: il 24% dei ricorsi è stato accolto in primo grado; il 19% delle sentenze di primo grado è stato impugnato in appello, di queste il 28% ha visto una riforma della sentenza di primo grado, con un esito favorevole alla stazione appaltante nel 39% dei casi;<sup>6</sup> tra primo e secondo grado l'amministrazione è, quindi, risultata perdente nel 20% dei casi.

Nonostante un tasso di soccombenza relativamente limitato, i ricorsi hanno un impatto rilevante sulle tempistiche di gara. Le tre centrali analizzate, in assenza di ricorso, in media sono state in grado di aggiudicare una gara in 257 giorni, che salgono a 454 in presenza di ricorso. Per quel che riguarda la durata in sé dei processi, trascorrono in media 157 giorni tra il deposito del ricorso e la sentenza di primo grado e 376 giorni complessivamente per arrivare al secondo grado di giudizio.

I ricorsi interessano un mix merceologico diverso nelle tre regioni analizzate: in Lombardia il 55% riguarda i dispositivi medici e il 19% gli elettromedicali; in Toscana il 26% interessa iniziative per l'acquisto di servizi e il 21% di farmaci; in Campania il 32% interessa l'acquisto di dispositivi medici e il 22% di servizi.

Dalle analisi non emergono particolari elementi in grado di spiegare la maggiore o minore incidenza dei ricorsi o il loro esito (in linea generale comunque positivo per l'amministrazione, come scritto sopra). In prima approssimazione si potrebbe ritenere che il fenomeno sia espressione di dinamiche di mercato. A titolo di esempio, l'*incumbent*, di fronte alla possibilità di perdere un contratto, potrebbe avere un vantaggio nel cercare di allungare il più possibile i processi di selezione per prorogare la scadenza naturale dell'appalto; d'altro canto il secondo classificato o l'impresa esclusa cercherà invece di ribaltare le sorti di una gara. Al di là di queste considerazioni, non di natura giuridica, saranno necessari ulteriori approfondimenti per comprendere meglio il fenomeno.

Data quindi, in termini generali, la limitata soccombenza delle stazioni appaltanti ai ricorsi, i tempi si confermano come la componente del contenzio-

<sup>6</sup> Per cui un ricorso inizialmente accolto in primo grado viene "ribaltato" in appello.



so di maggiore incidenza sull'efficienza dei processi di acquisto. L'emergere di problematiche, come i ricorsi, che non trovano delle contromisure adeguate, causano, infatti, degli effetti negativi non governabili, in questo caso i ritardi. A questo proposito si può ricorrere all'immagine del Groviera, come rappresentato nel ben noto modello di *risk management* "Swiss-Cheese Model" (Reason, 2000), per cui un fattore latente di errore ("agente patogeno"), in questo caso il ricorso, riesce a superare le "difese" di un sistema, rappresentate dalle fette di formaggio, sfruttando i buchi in esse presenti, in questo caso una complessità normativa che favorisce il crearsi di appigli per ricorrere su questioni prettamente formali.

### 14.4.3 Spunti di riflessione per una ottimizzazione dei tempi

Nel valutare l'impatto della variabile "tempi" occorre considerare due aspetti: da un lato la durata eccessiva in sé, dall'altro l'incertezza. La gestione di gare a livello regionale, con un grado di complessità elevato per oggetto, dimensioni e soluzioni contrattuali, inevitabilmente comporta tempistiche più lunghe rispetto a gare aziendali. Prevedere con ragionevole attendibilità la loro durata, tuttavia, consentirebbe alle aziende sanitarie e alle imprese fornitrici la possibilità di organizzarsi in modo più efficiente. Allo stato attuale i tempi di approvvigionamento pubblici devono essere gestiti, invece, come una variabile esogena, non controllabile, che genera perciò costi notevoli legati all'incertezza.

Adottando un approccio di *risk analysis*, l'osservazione del fenomeno richiede una sorta di anamnesi del ciclo complessivo degli appalti per trarre elementi di miglioramento, anche attraverso la lettura delle possibili cause. La ricerca di soluzioni richiede senza ombra di dubbio un'azione a livello di sistema che, da un lato, agisca sulla complessità normativa e procedurale e, dall'altro, sugli incentivi agli *stakeholder* per cercare una migliore cooperazione tra soggetti pubblici e una minore litigiosità dei soggetti privati. Sarebbe, inoltre, necessario migliorare la programmazione aziendale e regionale in modo da risolvere i *trade-off* che inevitabilmente devono essere affrontati per la realizzazione delle gare.

Seppur il problema richieda la messa in campo di azioni sia di carattere giuridico sia manageriale, da quest'ultima prospettiva, oggetto di questo capitolo, è possibile delineare alcune azioni per l'ottimizzazione dei tempi di attraversamento e la riduzione dell'incertezza ad essi legata:

- i) costruzione di metodi e strumenti di gestione strategica degli acquisti che attraverso l'analisi prospettica dei rischi, incertezze e possibili blocchi decisionali e procedurali adottati contromisure adeguate a ridurre l'incertezza e velocizzare i processi. Un'analisi sistematica dei tempi di sviluppo del processo della gara, con l'individuazione statistica dei ritardi (frequenza e

- collocazione temporale) potrebbe, infatti, aiutare a mappare il processo e a incanalare una positiva discrezionalità della stazione appaltante, per comprendere le necessità contingenti e valorizzare le soluzioni efficaci, efficienti e normativamente appropriate;
- ii) rafforzamento della conoscenza del mercato dei fornitori e delle esigenze degli utilizzatori finali dei beni/servizi acquistati, attraverso in primo luogo un migliore utilizzo dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato ex art. 66 del Codice, al fine di anticipare, e possibilmente risolvere, le impasse decisionali/ motivi di ricorso a una fase precedente alla gara;
  - iii) chiarimento di responsabilità, ruoli, modalità di comunicazione a livello istituzionale e operativo di ciascun nodo che compone la “rete di gestione degli acquisti”, anche attraverso strumenti di project management, onde evitare vuoti decisionali e fenomeni di rimpallo delle responsabilità;
  - iv) utilizzo di strumenti *lean* di mappatura, gestione e monitoraggio del processo di acquisto.

L'efficacia delle possibili soluzioni sopra esposte richiede il superamento di alcuni punti critici, legati alla disponibilità a partecipare ai collegi tecnici da parte degli esperti (tempo, conflitti di interesse); alla costruzione di una rete effettiva ed efficace regione-centrale-azienda-fornitore; alla presenza di adeguate competenze nel sistema a livello regionale e aziendale.

#### **14.5 Le proposte di miglioramento del processo di centralizzazione degli acquisti**

Il risultato di policy atteso relativo alla razionalizzazione degli acquisti è stato in buona parte conseguito e le centrali hanno dimostrato, in molte regioni, di saper svolgere in modo appropriato la funzione d'acquisto tradizionalmente intesa, per la quale hanno costruito soluzioni dotate di solida reputazione istituzionale, interna ed esterna. Nessuno stakeholder pensa più che il processo di accentramento degli acquisti in sanità sia reversibile, mentre si discute su come questa funzione possa evolvere.

Rimangono, purtroppo, ampie variabilità di incidenza degli acquisti centralizzati e di efficienza nel confronto tra regioni.

Esistono, pertanto, due piani di lavoro distinti, ma complementari, per il SSN: da un lato, permettere alle centrali di acquisto di evolvere nella direzione di sviluppo di competenze e processi sempre più strutturati per sostenere l'efficacia, l'innovazione e l'implementazione della programmazione regionale (la cosiddetta transizione verso un *procurement* strategico); dall'altro lato, favorire una convergenza di maturità tra regioni, per recuperare il gap di quelle più deboli, potendo valorizzare e trasferire il know-how sviluppato nei contesti più maturi.

Inevitabilmente, laddove il potenziale risparmio in sede di aggiudicazione non potrà che scemare progressivamente nella misura in cui i prezzi di aggiudicazione si avvicineranno sempre di più al costo di produzione marginale, il sistema di approvvigionamento di beni e servizi sarà chiamato a essere sempre più in grado di contribuire a obiettivi di maggior efficacia e di sostegno al disegno e all'implementazione della programmazione regionale. Non si tratta più quindi di comprare gli stessi beni e servizi del passato a un prezzo unitario più basso, ma di riqualificare il portafoglio di ciò che si approvvigiona (comprare oggetti diversi) in funzione dei mix e dei volumi produttivi (correlare consumi intermedi e produzione sanitaria) e vincolare i pagamenti a obiettivi di *outcome*/esito sanitari predefiniti (*payment by results*).

Questo richiede lo sviluppo progressivo di nuove visioni, strategie e competenze in un disegno di sviluppo pluriennale. Le centrali possono essere una straordinaria piattaforma istituzionale e organizzativa da dove avviare questo processo. In particolare, le centrali potrebbero assumere il ruolo di *hub* di competenze, capace di supportare, da un lato, la programmazione strategica regionale e, dall'altro, le aziende sanitarie nel conseguire *value for money* dai processi di acquisto.

Lo sviluppo di questa funzione critica e rilevante da parte delle centrali deve tenere conto di due elementi di scenario, che oggi sono diventati più consapevoli, grazie anche allo stesso processo di accentramento in corso. Da un lato i processi tecnico-operativi (in primis *operations, procurement e supply chain management*) tendono sempre di più a influenzare le strategie aziendali e non viceversa, e al contempo si assiste a un disaccoppiamento tra le esigenze di governo clinico e quelle tecnico-gestionali. In altri termini, la strutturazione di piattaforme operative per saturare la capacità produttiva o per ottimizzare il *patient flow* determina significativamente le strategie aziendali. Si crea quindi un circolo bidirezionale tra la programmazione regionale e l'acquisizione dei fattori produttivi, entrambe capaci di influenzare le strategie sanitarie, in base alla maggiore forza cognitiva o di visione relativa o alla maggiore e più tempestiva capacità di innovare. Dall'altro lato, l'accresciuta dimensione delle aziende sanitarie, oramai molto rilevante, pone in secondo piano il tema delle economie di scala, esaltando invece il tema delle competenze. In altre parole, la convenienza all'accentramento non può più discendere esclusivamente dall'effetto volume, ma deve essere giustificato dall'effettivo sviluppo di competenze, capaci di sviluppare valore di sistema, percepibile anche dalle singole aziende sanitarie locali.

Alla luce di queste considerazioni, per rendere il sistema degli acquisti funzionale a obiettivi di generazione di valore di medio termine (efficacia, economicità ed equità) e non solo finalizzato ad assicurare risparmi, occorre attivare almeno cinque piste di sviluppo e innovazione, che sono state definite anche sulla base dei due citati focus group condotti dall'Osservatorio MaSan:

1. il riordino della governance regionale;
2. la rideterminazione dei ruoli tra centro e aziende;
3. la promozione della centralità dell'esecuzione dei contratti;
4. l'incentivo alla sperimentaltà e all'acquisto di valore;
5. lo sviluppo di metriche e strumenti di monitoraggio del ciclo degli acquisti.

### *Il riordino della governance regionale*

Lo sviluppo del processo di accentramento ha determinato degli assetti istituzionali emergenti che hanno visto indebolire i legami tra assessorati regionali e centrali, essendo le seconde delegate alla funzione di acquisti, considerata solo come un semplice processo di ottimizzazione dei consumi storici e non una componente programmatoria. La nascita di nuove istituzioni, come sono appunto le centrali, a sua volta, fisiologicamente, determina un bisogno di autonomia e di auto-legittimazione, che può spiegare il relativo allontanamento tra le parti.

Finita la stagione di start up e di legittimazione reciproca, ora è possibile colmare questa fisiologica lacuna iniziale, rafforzando il collegamento tra programmazione di sistema e programmazione degli acquisti: la programmazione degli acquisti deve diventare uno degli strumenti di implementazione della strategia sanitaria e non sostituirsi ad essa. Anzi, la necessità da parte delle centrali di disporre di indicazioni di committenza precise da parte degli assessorati può attivare un meccanismo reciproco di sollecito rispetto ai tempi della programmazione, impedendo la tentazione del rimandare, ogniqualvolta ci si trovi davanti a bivi decisionali difficili.

### *La rideterminazione dei ruoli tra centro e territorio*

Il consolidamento del processo di accentramento degli acquisti e il progressivo raggiungimento dei risparmi finanziari possibili pongono la domanda su come gestire la fase successiva che riguarda l'acquisto di valore, l'acquisto di servizi e non solo di beni, la gestione dell'innovazione di prodotto o di modelli di servizio. Questa trasformazione richiede anche una riflessione sul reale costo opportunità di accentrare alcuni acquisti a livello regionale. In altri termini, i tempi sono maturi per una valutazione strategica di cosa deve fare la centrale e cosa debba rimanere i capo alle singole aziende locali. Infatti, su alcuni prodotti standard, il valore aggiunto che può generare l'attività diretta di una centrale nel percorso di aggiudicazione è minimale rispetto al ruolo che potrebbe giocare rispetto svolgendo un'attività consulenziale in accompagnamento a un committente del territorio. Ciò potrebbe non solo consentire l'introduzione nel sistema di innovazioni (come per esempio l'acquisto del servizio in luogo del prodotto) ma anche uno sviluppo di logiche di monitoraggio e di *benchmarking* interaziendale, per la diffusione di buone pratiche e per migliorare e monitorare le evoluzioni possibili.

*La promozione della centralità dell'esecuzione del contratto*

Il terzo ambito di riflessione, ovvero gli spazi operativi di miglioramento, parte dal riconoscimento che il sistema abbia guadagnato in trasparenza, capacità di rispettare i termini contrattuali (a cominciare dai tempi di pagamento) e potere negoziale. I tempi sono maturi per potenziare il monitoraggio e l'esecuzione del contratto, garantire l'acquisto di innovazione e la selezione dei migliori fornitori, anche attraverso l'implementazione di strumenti come, ad esempio, il “*vendor rating*”. Il monitoraggio non è soltanto funzionale a verificare la corretta esecuzione del contratto, ma anche a valutare la creazione di valore e quindi l'efficacia ex post dell'acquisto programmato. Nel SSN vi è la convinzione diffusa circa la necessità di sviluppare logiche e strumenti per monitorare l'andamento degli affidamenti, creando funzioni dedicate e sistemi di reporting, ma rimarcandone la difficoltà, anche per un progressivo depauperamento delle competenze gestionali e amministrative a livello aziendale. La gestione dell'esecuzione del contratto in quanto tale resta, infatti, necessariamente di competenza dell'azienda sanitaria locale. Dal loro punto di vista, la credibilità delle centrali è funzione del livello di competenze – non solo amministrative – che esse sono in grado di dispiegare, della loro capacità di gestire in tempi certi l'approvvigionamento – dalla progettazione della gara all'affidamento – e infine dei livelli di assistenza che sono in grado di fornire alle aziende nella gestione del contratto. Il rafforzamento delle centrali deve necessariamente accompagnarsi a un rafforzamento delle funzioni aziendali, in un'ottica di complementarità. Da non sottovalutare, infine, la necessità di competenze o sensibilità adeguate anche all'interno degli assessorati regionali, affinché la capacità di programmare, gestire e monitorare sia paritetica tra tutti gli attori in gioco.

*Incentivare la sperimentazione e l'acquisto di valore*

Il tema dell'innovazione per produrre nuovo valore è riconducibile, da un lato, alla capacità (e quindi alle competenze) della centrale nel gestire questo tipo di acquisti, dall'altro al ruolo che la centrale è chiamata a svolgere nell'assetto di governance regionale.

Indipendentemente dal soggetto che svolge la gara e dagli assetti di governance che si andranno a delineare nell'equilibrio tra aziende locali e capogruppo, la centrale può sicuramente diventare, a tendere, un soggetto qualificato per monitorare gli esiti delle sperimentazioni e scolarle a livello di sistema, facendo in modo che l'innovazione (di contratto o di contenuto) non rimanga un episodio locale e isolato. La centrale può sviluppare e sistematizzare competenze ed esperienze su come sviluppare e acquistare innovazione, tra cui i contratti *outcome-based*, agendo come piattaforma di knowledge transfer nel sistema. È molto più probabile e facile che una istituzione che abbia una ampia vista sulle aziende regionali possa agire come accumulatore di competenze di sistema, più che una singola azienda.

A questo proposito è importante sottolineare come l'acquisto di innovazione, anche mediante contratti *outcome-based*, non può prescindere da un forte collegamento con il mondo clinico. Il processo centralizzato di acquisti al momento sconta la difficoltà nel coinvolgere i professionisti. Da un lato sono state positivamente scardinate alcune prassi consolidate per cui l'acquisto era espressione della volontà del singolo professionista, anziché di una strategia aziendale; dall'altro, la gestione burocratica dei conflitti di interesse e la mancata definizione di un sistema di incentivi adeguato rendono difficoltosa la partecipazione dei leader di conoscenza clinica ai colleghi tecnici e alle commissioni giudicatrici. È necessario, quindi, trovare nuove modalità di coinvolgimento dei professionisti nel ciclo di acquisto al fine di soddisfarne i fabbisogni, tutelare la libertà prescrittiva e garantire l'innovazione nelle cure.

#### *Lo sviluppo di metriche e strumenti di monitoraggio e del ciclo degli acquisti*

Gli acquisti di centrali e soggetti aggregatori coprono ormai il 40% del fabbisogno e costituiscono un trend irreversibile. Nonostante le difficoltà iniziali, il sistema sta entrando a regime. Il pieno sviluppo e successo del modello dipende dalla credibilità istituzionale e professionale che progressivamente le centrali sapranno accumulare. Essa è determinata, innanzitutto, della loro capacità di creare valore e redistribuirlo in modo tangibile ai singoli stakeholder. Il problema principale è che non sono quasi mai disponibili né le metriche, né un sistema di monitoraggio, né un modello di ingaggio per redistribuire il valore creato (per esempio impiegare il risparmio ottenuto nell'introduzione di innovazione). A livello operativo questo comporta l'esigenza di creare o rafforzare un tavolo tecnico regionale a cui siedono rappresentanti di assessorato, provveditori economici delle aziende sanitarie locali, rappresentanti della centrale di committenza per monitorare l'andamento delle gare ed il lavoro dei colleghi tecnici; monitorare i contratti in essere e i risultati dell'attività di acquisto; re-distribuire il valore creato; individuare le lezioni apprese. Questo alimenterebbe di contenuti la governance di sistema precedentemente proposta e discussa, che integra orizzontalmente assessorato e centrale e verticalmente capogruppo e aziende. La distribuzione di valore a favore di ulteriori servizi per pazienti e clinici legittimerebbe culturalmente e istituzionalmente il sistema, generando fiducia sul suo orientamento al bene comune e non a semplici risparmi finanziari.

Riteniamo che le proposte presentate (sviluppo committenza regionale e governance di sistema, riordino funzioni tra centro e aziende, sviluppo della centralità esecuzione contratti, incentivazione innovazione, metrica dei risultati raggiunti) vadano applicate in modo combinato e coordinato, rappresentando una seconda fase evoluta del processo di centralizzazione degli acquisti, il quale, altrimenti, avrebbe già esaurito ogni spinta innovativa. L'orizzonte di lavoro delle idee proposte non può che essere di medio-lungo periodo (3-5 anni).

Rimane il grande problema della necessità di attivare anche un parallelo processo di convergenza interregionale, oltre allo sviluppo dei modelli già maturi. A questo proposito è necessario che il SSN metta in agenda una grande azione di supporto, incentivo e knowledge transfer per le regioni che anche in questo ambito meno hanno agito, pena il rischio di divaricare ulteriormente le performance dei diversi sistemi, a partire dai beni e servizi che si comprano.

## 14.6 Bibliografia

- Brusoni M., Marsilio M. (2007), La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali, in Rapporto OASI 2007, Egea.
- Cusumano, N., Amatucci, F., Longo, F., Brusoni, M., Vecchi, V., Callea, G. (2017), La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance, in Rapporto OASI 2017, Egea.
- European Commission for the Efficiency of Justice (CEPEJ) (2018), European judicial systems – Efficiency and quality of justice, CEPEJ Studies no. 26, <https://rm.coe.int/rapport-avec-couv-18-09-2018-en/16808def9c>, ultimo accesso 4 agosto 2020.
- Marsilio M., Amatucci F., Callea G. (2016), La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa, in Rapporto OASI 2016, Egea.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Vecchi, V., Cusumano, N., Amatucci, F., Brusoni, M., Callea, G., Longo, F., (2019), Quale governance per valorizzare la centralizzazione degli acquisti?, Sanità 24, 5 novembre 2019, disponibile al link [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-11-05/quale-governance-valorizzare-centralizzazione-acquisti-184941.php?uuid=ACsAYww&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-11-05/quale-governance-valorizzare-centralizzazione-acquisti-184941.php?uuid=ACsAYww&refresh_ce=1).

## **APPENDICE: Gli acquisti pubblici sotto stress: lezioni e nuovi modelli, riflessioni sul procurement sanitario a seguito dell'emergenza Covid-19<sup>7</sup>**

Gli approvvigionamenti rappresentano uno snodo cruciale per la capacità di risposta del SSN e la continuità di gestione dei servizi sanitari, ancor più in momenti di drammatica crisi come l'emergenza Covid-19.

Al netto delle problematiche che tutti i paesi in varia misura si trovano ad affrontare, l'Italia ha potuto “beneficiare”, pur tra mille difficoltà, di due elementi importanti. Nella disgrazia, il fatto di essere stata colpita prima degli altri ha nel complesso agevolato la fornitura di beni, nei momenti iniziali, grazie a una disponibilità ancora esistente sui mercati internazionali. Il secondo elemento è la presenza di un sistema centralizzato di acquisti, sia a livello regionale, sia nazionale, già operativo da alcuni anni.

Nonostante il processo di centralizzazione non sia stato sempre accompagnato da adeguate scelte di governance e organizzative, non dotando le centrali e i soggetti aggregatori delle necessarie risorse, è indubbio che la presenza di hub di acquisto a livello regionale, a cui si affianca Consip, ha contribuito a gestire gli approvvigionamenti, assicurando generalmente la copertura dei fabbisogni, per quanto possibile in una situazione emergenziale caratterizzata da shock dell'offerta, e contenere fenomeni di frammentazione della domanda.

### **14.6.1 Le principali criticità**

La frammentazione della domanda è, infatti, uno dei principali rischi che possono emergere durante una crisi sanitaria globale. Da un lato, non consente alle strutture più esposte di soddisfare il fabbisogno e, dall'altro, può esporre gli operatori di mercato a problemi di *fair allocation* dei prodotti. In una situazione di estrema emergenza, la disperata esigenza di acquistare ciò che è necessario per curare i pazienti e proteggere il personale sanitario può dare luogo a fenomeni di “*panic buying*”, in altre parole di rincorsa allo stoccaggio a vari livelli, generando quindi un'impennata della domanda percepita dalle aziende di produzione, non necessariamente rispondente al fabbisogno effettivo. Se alcune multinazionali hanno sviluppato sistemi di monitoraggio molto puntuali dell'evoluzione dell'emergenza e del bisogno e hanno cercato di rispondere

<sup>7</sup> Questo paragrafo è stato redatto sulla base di oltre trenta interviste condotte dagli autori a rappresentanti di centrali di committenza/soggetti aggregatori e a imprese aderenti all'Osservatorio Masan, sia individualmente sia durante incontri virtuali dell'Osservatorio, a cui sono stati aggiunti altri stakeholder rilevanti, quali Confindustria Dispositivi Medici, direzioni strategiche di aziende sanitarie e membri di unità regionali anticrisi, vedi anche Vecchi V, Cusumano N, Boyer EJ. Medical Supply Acquisition in Italy and the United States in the Era of COVID-19: The Case for Strategic Procurement and Public-Private Partnerships. *The American Review of Public Administration*. 2020;50(6-7):642-649. doi:10.1177/0275074020942061



alla frammentazione della domanda in modo responsabile, certamente questo non può essere dato per scontato in termini generali. Inoltre, la disponibilità di assumersi il rischio di pagamenti anticipati da parte di alcuni governi o di accettare prezzi di acquisto più alti rispetto alla norma di mercato, per l'evidente sbilanciamento domanda-offerta, può portare a dirottare prodotti da un paese a un altro.

Una delle maggiori criticità è stato lo shock globale della produzione/fornitura, anche dovuto ai contingentamenti di alcuni governi, rispetto a cui diverse multinazionali hanno dimostrato un approccio di estrema correttezza, mantenendo fede agli ordini già finalizzati a livello globale.

Altro elemento di criticità è stato l'individuazione di operatori credibili in grado di assicurare la rapidità delle consegne e la continuità sanitaria anche tramite soluzioni integrate, in luogo della fornitura del singolo *device*. Inoltre, fornitori con produzioni in Europa, anche mediante i propri distributori o *branch* nazionali, hanno potuto offrire risposte più credibili e affidabili, se non altro perché localizzati all'interno della Comunità Europea e poiché il trasporto poteva avvenire via gomma, bypassando le difficoltà dei traffici aeroportuali o il congestionamento dei porti.

Ulteriori difficoltà sono state sperimentate nella gestione della *supply chain* e del magazzino, fase del processo complessivo di gestione degli acquisti rispetto a cui non è stato fatto un investimento strategico da parte della maggior parte delle regioni.

#### 14.6.2 Le reazioni

Le testimonianze raccolte dagli autori nel corso dell'emergenza hanno messo in evidenza situazioni differenti nelle modalità di gestione degli acquisti a livello regionale, anche come conseguenza degli assetti di governance in essere e del grado di accentramento del sistema. Centrali di committenza, soggetti aggregatori e aree vaste hanno svolto un ruolo fondamentale sia nel monitoraggio dei consumi e delle scorte di magazzino, sia nella fase di acquisto vero e proprio. In alcune Regioni (Lombardia, Veneto e Campania), gli acquisti sono stati di esclusiva competenza delle centrali, che hanno gestito anche i pagamenti; in altre, come in Emilia-Romagna, essi sono stati gestiti attraverso individuazione di specializzazioni per tipologia di fornitura dalle Aree Vaste, in coordinamento con l'unità anticrisi regionale, la protezione civile regionale e il soggetto aggregatore.

Certamente il già citato rischio di frammentazione della domanda, nelle situazioni in cui il modello multilivello di acquisto non è stato modificato nella situazione di emergenza, ha portato a gare a diversi livelli, micro- di azienda, meso - di centrale, macro - di livello nazionale, che ha impedito una reale analisi del fabbisogno e un'organizzazione per volumi o per categorie merceologiche.

Ogni centrale ha quindi fatto ricorso a soluzioni contingenti per il superamento degli ostacoli: alcune attivando, per un'azione più efficace, una rete di collegamenti informali, altre valorizzando la sinergia già stabile con la regione. In un contesto di emergenza di tale portata, sarebbe stato auspicabile un maggior coordinamento centro-territorio, utilizzando strumenti già esistenti quali il Tavolo dei soggetti aggregatori, che tuttavia non è stato riconosciuto come possibile interlocutore con ruolo attivo.

Anche le procedure utilizzate per gli acquisti sono state differenti. Se alcune centrali hanno assicurato una partecipazione molto ampia al mercato dei possibili fornitori, pur tutelando la necessità della rapidità dell'acquisto, altre hanno assunto il rischio di effettuare acquisti in un mercato molto concentrato con logiche privatistiche.

Per quanto riguarda la gestione della *supply chain*, nelle realtà in cui la logistica viene da tempo gestita in modo integrato, quali la Toscana, o in altre in cui è stata attivata rapidamente una partnership con un fornitore privato specializzato, come in Veneto, i vantaggi di razionalizzazione e di risposta just-in-time ai fabbisogni, tipici di una gestione integrata della logistica e del magazzino, hanno confermato questa fase della catena del valore degli acquisti non solo come complementare, ma decisamente essenziale alla buona gestione degli approvvigionamenti in sanità.

Di fronte all'emergenza i buyer pubblici si sono trovati costantemente a rispondere a una doppia tensione: garantire, da un lato, il rispetto dei principi pubblici degli acquisti, dall'altro, tempi rapidi per la selezione del fornitore. Durante l'emergenza gli acquisti hanno goduto, e godono tuttora, di importanti deroghe, a cominciare dall'ordinanza 3 febbraio 2020 della Protezione Civile e i successivi interventi normativi contenuti nei c.d. Decreti Cura Italia (DL 17 marzo 2020 n.18) e Semplificazione (DL 16 luglio 2020, n. 76) (per certi versi ridondante rispetto a quanto già consentito dal Codice dei Contratti stesso); tuttavia, in mancanza di un piano specifico destinato all'emergenza, può permanere, o addirittura rinforzarsi, un atteggiamento tuzioristico, volto più alla minimizzazione del rischio percepito che al raggiungimento del risultato.

### 14.6.3 Che cosa apprendere: modelli e strumenti

L'emergenza pandemica ha ribadito in modo chiaro che gli acquisti sanitari devono essere gestiti in modo strategico e che la centralizzazione non deve essere più considerata un mero strumento di *spending review* e di razionalizzazione del portafoglio acquisti, ma una componente essenziale nella programmazione dei servizi sanitari, un volano di innovazione (come *buyer* sofisticato) e, proprio grazie alla generazione di una visione d'insieme dei fabbisogni, uno strumento di politica industriale, per alimentare ad esempio una industria italiana del biomedicale, capace di essere competitiva a livello internazionale. Nonostan-

te un'impostazione dell'attività di acquisto molto centrata sull'operatività e su una inevitabile formalizzazione amministrativa, si è assistito a una straordinaria capacità di trovare soluzioni da parte del management pubblico e dell'impresa. Dal lato pubblico, nei contesti in cui la governance degli acquisti è chiara, i processi anche in emergenza hanno funzionato, ogni spazio procedurale disponibile, ad esempio le procedure negoziate, è stato usato in modo efficiente. Dal lato privato, i fornitori hanno risposto in modo responsabile, non sfruttando vantaggi di prezzo o posizioni speculative. Pertanto, l'auspicio è che questa emergenza possa aprire la strada per un public procurement 2.0, in cui i tempi di aggiudicazione siano più rapidi (vedi §1.4.1); si sappia meglio interiorizzare la dimensione del rischio nei capitolati di gara, nei criteri di valutazione delle offerte; si avvii un confronto serio per valutare l'efficacia del sistema di controlli non solo in chiave anticorruptiva, ma per un'effettiva responsabilizzazione delle amministrazioni verso i risultati.

In sintesi, lo stress-test a cui gli acquisti pubblici sono stati sottoposti rappresenta un'ulteriore motivazione e occasione di rinforzo di alcuni ambiti essenziali:

- a) Governance e posizionamento strategico: la governance della centrale di committenza regionale/soggetto aggregatore appare cruciale per alimentare in modo appropriato la filiera produttiva dei servizi sanitari e rispondere alle variazioni della domanda. La connessione con il livello di programmazione strategica regionale e il supporto all'individuazione congiunta sia dei possibili rischi sia delle opportune innovazioni può contribuire alla necessaria e vitale continuità della produzione, ma richiede una rivalutazione, o una migliore esplicitazione, del mandato istituzionale, del ruolo, delle risorse, delle competenze di cui dotare la Centrale.
- b) Governo del processo: il processo di acquisto non si esaurisce nella costruzione ed esecuzione della gara, ma va anticipato da una pianificazione e progettazione- attuativa delle politiche regionali – e dal monitoraggio lungo tutto il ciclo degli acquisti. Elementi cruciali da considerare sia per una gestione in tempi normali, sia per definire e attuare piani di emergenza sono: la visione complessiva e la comprensione della struttura articolata dei fabbisogni; un'attività di sourcing sistematica per la conoscenza del mercato dei fornitori, con una segmentazione per dimensioni, localizzazione, specificità merceologica; la gestione logistica e di un magazzino, anche "virtuale", regionale; il monitoraggio del contratto. Senza una routine di governo del processo di acquisto non è ragionevole ipotizzare un rapido passaggio ("switch") alla gestione di crisi.
- c) Lo sviluppo di una capacità di dialogo con il mercato: essa è fondamentale non solo per individuare le soluzioni più adeguate, a fronte di una auspicabile e necessaria evoluzione della domanda ma anche, in particolar modo, per formulare richieste competenti e consapevoli non solo di beni e servizi, ma

anche di soluzioni a situazioni complesse e inusuali, che gli operatori economici sono in grado di sviluppare e mettere a disposizione del sistema sanitario a fronte di una chiara formulazione dell'oggetto del contratto.

- d) Strumenti operativi: la digitalizzazione, sperimentata forzatamente in periodo di emergenza, può diventare una modalità operativa abituale, non solo come piattaforma di raccolta di informazioni e di raccordo con il mercato, ma anche come modalità di gestione di riunioni, incontri, collegi, commissioni. Un rilancio nella digitalizzazione, conseguente alla sua adozione forzata, potrebbe inoltre favorire strumenti di monitoraggio e controllo delle performance dei fornitori, consentire interventi di miglioramento in tempo reale, intercettare e tracciare variazioni. Naturalmente sono necessari adeguati protocolli e rinforzo degli accorgimenti di sicurezza informatica, la cui predisposizione è attualmente alla portata di ogni organizzazione.
- e) Rinforzo della “rete” degli acquisti pubblici: un coordinamento tra soggetti aggregatori/centrali acquisti a livello nazionale, che si è realizzato solo in alcuni casi a livello informale, dimostrando la potenziale efficacia di un ecosistema già operativo, mette in luce la necessità di definizione istituzionale di un tavolo di coordinamento tra centrali di committenza/soggetti aggregatori, per gestire interazioni strutturate con i livelli centrali, in particolare con il Ministero della Salute, con ruolo esperto a supporto della definizione delle politiche degli acquisti pubblici in sanità, per identificare scenari di emergenza e pianificare conseguenti modalità di gestione ad hoc .

L'emergenza può incentivare progettualità innovative e stimolare, tra l'altro, una nuova stagione di collaborazione tra pubblico e privato: le soluzioni che si sono dimostrate più efficaci durante il periodo di emergenza sono nate attraverso confronto, condivisione, rete. Resta comunque cruciale che il pubblico si attrezzi per governare, prevenendo e anticipando, le situazioni di crisi: l'esperienza Covid-19 sta fornendo un'occasione di apprendimento da non sprecare.