

6 Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto¹

di Manuela Brusoni, Giulia Cappellaro e Marta Marsilio²

6.1 Introduzione

Il processo di centralizzazione della funzione approvvigionamenti (e di altre funzioni tecnico-amministrative) si sta diffondendo in gran parte dei SSR, con una significativa eterogeneità negli assetti istituzionali ed organizzativi (Brusoni e Marsilio 2007). La spinta iniziale che ha motivato l'avvio della maggior parte delle esperienze di aggregazione degli acquisti, in particolare in quelle regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro, è la ricerca di riduzione della spesa per beni e servizi, sia in termini diretti (riduzione del prezzo dell'oggetto dell'acquisto, grazie ad un aumento del volume contrattato e del potere contrattuale della stazione appaltante) sia in termini indiretti negli oneri amministrativi collegati (riduzione della tempistica, aumento dell'efficienza nel processo, riduzione del personale dedicato, ecc.). Tuttavia ad oggi non sono ancora disponibili rapporti organici e sistematici di valutazione dei reali impatti di tali soluzioni; gli unici documenti disponibili riguardano le relazioni (annuali, semestrali o trimestrali) delle centrali di committenza o altri documenti interni, che presentano molti dati di attività (numero di gare, importi aggiudicati, ecc.), ma pochissime informazioni sulla misurazione dei benefici prodotti per il servizio sanitario regionale, per le aziende sanitarie e per il sistema di produzione ed offerta di beni e servizi.

Ciò che appare evidente è l'eterogeneità degli assetti istituzionali e organizzativi adottati: la variabilità del numero di aziende coinvolte e dell'ambito merceologico a cui sono estese le attività di aggregazione della domanda, l'esistenza o

¹ Il capitolo trae spunto dai risultati di una ricerca finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria). Si ringraziano Filippo Palumbo, Mariella La Falce, Stefania Garassino e Lucia Lispi per l'attiva e generosa collaborazione.

² Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 6.1 e 6.6 sono da attribuire a Manuela Brusoni, i §§ 6.3, 6.4 e 6.5 sono da attribuire a Giulia Cappellaro, il 6.2 è da attribuire a Marta Marsilio.

meno di una parallela centralizzazione di altre attività comuni, tra cui ad esempio la logistica e i magazzini. Non sempre è possibile associare alle scelte di assetto effettuate un esplicito disegno strategico e coerenti indicatori di impatto misurabili, né, di conseguenza, comparare gli effetti prodotti nell'efficienza ed efficacia del processo di approvvigionamento o i punti di forza e debolezza delle soluzioni accentrate adottate. Tuttavia dalla precedente indagine (cfr. supra) è emersa una bipolarità significativa negli assetti istituzionali adottati, riconducibile a due tipologie sufficientemente differenziate:

- ▶ un approccio top-down, improntato ad una logica «normativa» e impostato sulla costituzione di un'entità specificamente dedicata alla gestione centralizzata di servizi comuni, tra cui gli acquisti;
- ▶ un approccio bottom-up, in cui le decisioni di costruire e/o partecipare a gare consortili è legato a considerazioni di opportunità da parte delle aziende sanitarie del territorio di riferimento e la gestione del processo avviene secondo un approccio collaborativo.

L'obiettivo del presente capitolo è l'individuazione, attraverso l'analisi della letteratura internazionale sul tema dei consorzi d'acquisto, di un insieme di criteri di valutazione dei benefici e delle criticità per il design e la gestione della funzione di approvvigionamento (§ 6.2), in base al quale proporre un possibile sistema di valutazione dei processi di centralizzazione in atto in Italia. Tale sistema integra alcuni indicatori economico-finanziari (andamento della spesa per beni e servizi rispetto ad alcuni parametri di attività) con aspetti di natura più «qualitativa» (§ 6.3). Esso viene poi applicato, utilizzando la tecnica del case study, a due iniziative significative per lo scopo dell'analisi e tra le più consolidate nel panorama delle esperienze regionali: il modello di Area Vasta Emilia Nord dell'Emilia Romagna (AVEN) (§ 6.4) e quello del Centro Servizi Condivisi del Friuli Venezia Giulia (CSC) (§ 6.5).

6.2 La letteratura in tema di consorzi di acquisto

Alcuni tentativi di sistematizzazione delle esperienze attivate hanno evidenziato come il settore pubblico rappresenti l'ambito nel quale i consorzi di acquisto³ sono più diffusi (Essig 2000; Stefan e Santiago 1989). In un contesto di risorse pubbliche decrescenti, forme di cooperazione interorganizzativa (come i consorzi) per la gestione di funzioni amministrative (in primo luogo degli approvvigionamenti) sono spesso considerati lo strumento più opportuno per perseguire conte-

³ Nel presente paragrafo il termine consorzio di acquisto è impiegato per indicare tutte le forme di «cooperative & consortium purchasing» adottate a livello internazionale.

nimento e razionalizzazione della spesa pubblica. La creazione di tali consorzi è spesso trainata dall'intervento degli enti regolatori e finanziatori del sistema; si può trattare di un intervento diretto, quando si sostanzia nella definizione di leggi e regolamenti istitutivi dei consorzi, o indiretto, attraverso la definizione di obiettivi di contenimento della spesa che spesso, si è detto, inducono la creazione di consorzi⁴.

Inoltre, nel settore pubblico sono presenti altri elementi indicati dalla letteratura (Schotanus e Telgen 2005) come i principali fattori in grado di promuovere la costituzione e lo sviluppo di consorzi di acquisto: si tratta della presenza di aziende (pubbliche) i) con un elevato grado di omogeneità nella struttura organizzativa, nei meccanismi di funzionamento, nel contesto istituzionale, ecc., ii) che operano in un contesto tipicamente non competitivo, iii) caratterizzato da un alto grado di «fiducia» reciproca.

Infatti, la prima iniziativa di acquisti centralizzati nel settore pubblico è l'americana E&I Cooperative Service, che include attualmente più di 200 enti pubblici (università, scuole superiori, ospedali). In particolare, tra i diversi settori pubblici, il sanitario costituisce quello con maggiori iniziative [negli USA si stima che circa il 70% degli acquisti sia effettuato attraverso forme di acquisto consortili/cooperative (Muse & Associates, 2000)].

I principali contributi della letteratura sul *cooperative purchasing* e *consortium purchasing* sono focalizzati su tre principali aree di indagine:

- ▶ L'individuazione delle motivazioni e i correlati benefici attesi dalla costituzione e partecipazione ai consorzi di acquisto;
- ▶ L'analisi dei diversi assetti organizzativi e modalità operative che i consorzi possono assumere a seconda dello stadio della loro evoluzione;
- ▶ I fattori critici di successo che possono contribuire all'esito positivo delle iniziative di centralizzazione.

6.2.1 I benefici attesi dall'accentrimento

I benefici che vengono ricondotti a forme di centralizzazione degli acquisti pubblici possono essere ricondotti a tre diversi ambiti, ciascuno caratterizzato da una peculiare prospettiva di analisi degli impatti prodotti (Johnson 1999):

- ▶ Impatti di carattere economico e finanziario, la cui valutazione si fonda sull'analisi quantitativa delle principali categorie di flussi emergenti e cessanti indotti dall'accentrimento;

⁴ In particolare, l'esperienza dei consorzi di acquisto nel settore sanitario statunitense e inglese sono riconducibili a questa seconda tipologia di intervento (Nollet e Beaulieu 2003).

- ▶ Impatti di carattere organizzativo, che vengono valutati rispetto agli effetti sull'assetto organizzativo e sull'efficienza nella gestione dei processi operativi;
- ▶ Impatti di natura strategica, valutati rispetto alla capacità delle aziende e del consorzio di raggiungere i propri fini istituzionali nel medio-lungo periodo, di incrementare l'efficacia della gestione dei rapporti con l'ambiente in cui esse operano e delle relazioni con i molteplici interlocutori aziendali e di migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo decisionale nell'interpretare e declinare nel tempo e nello spazio i fini aziendali (Coda 1995).

Impatti economico-finanziari

Riduzione nel costo di acquisto di beni e servizi

In primo luogo, alle forme di cooperative/consortium purchasing si riconosce la capacità di generare significativi risparmi nei costi di approvvigionamento sfruttando economie di scala, attraverso la creazione di un potere di mercato superiore a quello dei singoli membri grazie all'aggregazione della domanda. Il beneficio economico è misurato paragonando il prezzo di aggiudicazione del consorzio con quello pagato in altri contratti dai singoli membri, oppure con quello offerto a listino dai fornitori o con l'ultimo pagato per quello stesso bene/servizio dai membri del consorzio (qualora tale bene o servizio sia oggetto esclusivamente di acquisti a livello accentrato); il differenziale così calcolato viene moltiplicato per il volume di beni/servizi acquistati. Alcuni studi effettuati nel settore sanitario hanno evidenziato risparmi nei primi anni di gestione tra il 5% e il 15% (Johnson 1999).

Riduzione dei costi di transazione (costi amministrativi)

Secondo la teoria dei costi di transazione, il consorzio di acquisto rappresenta una forma ibrida di coordinamento tra il «mercato» e la «gerarchia» che consente di ridurre i costi di transazione tra le aziende e i fornitori. Infatti se da un lato i membri del consorzio continuano ad operare come enti indipendenti e separati (in quanto mantengono autonomia gestionale rispetto alle funzioni di produzione, gestite con forme di coordinamento di «mercato»), dall'altro essi si uniscono per la gestione della funzione di approvvigionamento (definendo specifici strumenti di coordinamento gerarchico) riducendo i costi diretti di transazione con i fornitori. La valutazione di questi benefici è effettuata rispetto al differenziale dei costi «amministrativi» sostenuti per la gestione delle attività che vanno dalla selezione del fornitore alla predisposizione della documentazione di gara, fino alla gestione del contratto.

Impatti organizzativi

Riduzione del personale dedicato alla gestione della funzione

Un'altra variabile rispetto alla quale la gestione consorziata sembra in grado di produrre un impatto significativo è il personale incaricato della gestione delle attività correlate al ciclo degli approvvigionamenti. L'accentramento può coin-

volgere tutte le attività del ciclo degli acquisti (definizione del fabbisogno, predisposizione della documentazione di gara, espletamento delle procedure di gara, gestione del contratto, ricezione e stoccaggio della merce, pagamento delle fatture), ad eccezione della programmazione e dell'effettuazione dell'ordine, che rimangono generalmente prerogativa degli enti membri, in quanto correlate direttamente all'attività di produzione (definizione degli input e tempistica di utilizzo degli stessi).

L'accentramento della funzione dovrebbe garantire una progressiva razionalizzazione delle unità di personale. Da un lato le strutture consorziate, che non sono più tenute a svolgere le attività centralizzate, possono effettuare interventi di razionalizzazione del personale aziendale o di riqualificazione di posizioni da destinare ad altre attività. Dall'altro in relazione alle attività del consorzio, gli studi sottolineano come per rispondere al fabbisogno correlato alle attività ad esso trasferite sia sufficiente una dotazione organica inferiore alla sommatoria delle unità impiegate presso le singole strutture, grazie alla standardizzazione dei processi e alla specializzazione (cfr infra). L'impatto generato può essere valutato in termini di differenziale di giorni/uomo (misurati in FTE) assorbiti complessivamente dalla gestione dell'attività amministrativa prima e dopo la creazione del consorzio⁵. Ovviamente, l'entità dell'impatto dipende in misura significativa dalle scelte effettuate nella definizione dell'assetto organizzativo del consorzio e delle evoluzioni in quello delle singole aziende che vi si associano.

Standardizzazione dei processi

La costituzione di una forma accentrata per la gestione degli acquisti richiede, come presupposto, l'analisi dei processi all'interno delle singole aziende associate e la codificazione di nuove procedure organizzative standardizzate e condivise. Tale standardizzazione è potenzialmente in grado di promuovere un recupero di efficienza in termini di riduzione del numero di attività e della tempistica dedicata alle stesse. Si prevede spesso la predisposizione di bandi e capitolati di gara «tipo», che vengono di volta in volta adattati, a seconda dei beni/servizi acquistati, degli importi a base d'asta e dei criteri di aggiudicazione.

Specializzazione dello staff amministrativo

La creazione di consorzi costituisce l'occasione per la costituzione di unità organizzative multi-specialistiche in grado di rispondere ai fabbisogni tradizionali ed «innovativi» dei membri. La costituzione di tali task force avviene generalmente attraverso due principali modalità: la mobilità di personale dagli enti

⁵ Ai fini dell'analisi, si sottolinea come, nell'ambito della valutazione economico-finanziaria, la modifica dell'assetto organizzativo può essere interpretata come un flusso economico emergente o cessante, attraverso la valorizzazione monetaria dell'aumento o riduzione delle risorse umane necessarie allo svolgimento dell'attività di approvvigionamento.

membri o l'assunzione di nuove professionalità. In ogni caso si evidenzia la necessità di prevedere adeguati percorsi formativi in grado di rispondere ai fabbisogni della nuova struttura organizzativa.

Impatti strategici

Standardizzazione di beni e servizi

La standardizzazione dei beni e servizi rappresenta spesso un presupposto per l'operatività dei consorzi, in quanto solo con l'aggregazione della domanda si riescono a garantire i volumi tali da assicurare un elevato potere di acquisto e, conseguentemente, la riduzione dei costi sia di acquisto, che amministrativi. In realtà, si sottolinea che la progressiva standardizzazione della domanda è un processo che richiede un attento e costoso sforzo di coordinamento tra i membri del consorzio, con il coinvolgimento dei professionisti rappresentanti degli stessi. Un indicatore del grado di standardizzazione raggiunto può essere valutato: a) con la definizione di prontuari/repertori condivisi dai membri che evidenziano lo sforzo per l'individuazione del portafoglio prodotti/servizi del consorzio; b) con l'analisi delle strategie di gara adottate dal consorzio rispetto alla numerosità di lotti inclusi nel bando. La suddivisione in lotti può infatti essere interpretata come il tentativo di ridurre l'impatto della centralizzazione.

Impatto sulla gestione dei rapporti con i fornitori

La centralizzazione crea l'opportunità per migliorare la gestione del portafoglio fornitori. Alcuni casi (Johnson 1999) hanno evidenziato una sostanziale riduzione del numero dei fornitori (anche superiore al 50%), con una relativa semplificazione e razionalizzazione delle attività amministrative (dall'emissione dell'ordine, alla gestione delle fatture e dei pagamenti) e conseguente impatto sui costi di gestione del processo. La riduzione del parco fornitori potrebbe inoltre rappresentare il presupposto per lo sviluppo di logiche innovative di partnership sul medio-lungo periodo. D'altra parte, la massa critica garantita dal consorzio consente di attrarre imprese che non erano interessate a rispondere ai fabbisogni dei singoli membri e di sviluppare progetti ed iniziative ad alto valore aggiunto per tutti i partecipanti.

Supporto ai membri/clienti

Il consorzio è potenzialmente in grado di offrire ai suoi membri due principali benefici: da un lato quello già più volte citato di usufruire di un accresciuto potere di acquisto, dall'altro di fornire una struttura amministrativa di supporto più efficiente ed efficace, grazie alla qualificazione del personale e all'utilizzo di procedure e sistemi informativi in grado di semplificare il processo di acquisto per i membri. Frequentemente il consorzio è in grado di promuovere investimenti che difficilmente potrebbero essere promossi e sostenuti singolarmente (si pensi ai sistemi per la gestione di Osservatori Prezzi o all'attivazione di piattaforme tecnologiche a supporto del processo di acquisto, cd e-procurement).

6.2.2 Gli ambiti di criticità

Oltre che i benefici attesi, in letteratura (Johnson 1999) vengono evidenziate anche le criticità correlate alla costituzione di consorzi di acquisto. Si tratta di aspetti che, se non governati, sono in grado di compromettere il successo dell'iniziativa mentre, se governati, possono costituirne fattori a supporto dello sviluppo e consolidamento.

Riduzione progressiva dei risparmi sui costi di approvvigionamento

La riduzione dei costi di approvvigionamento deriva dalla combinazione dei fattori su citati (economie di scala, specializzazione, razionalizzazione, standardizzazione, ecc.). Tuttavia, l'entità di tali risparmi tende ad essere rilevante nei primi anni di attività e a ridursi fisiologicamente nel corso del tempo. Ciò ha significative implicazioni sulle strategie di sviluppo del consorzio; se infatti inizialmente i consorzi nascono e giustificano la propria esistenza grazie al contenimento dei costi, nel medio-lungo periodo è necessario ripensarne l'orientamento, al fine di considerare quali siano i benefici che tali entità sono in grado di assicurare su un orizzonte temporale esteso. Purtroppo, troppo spesso nel settore pubblico prevale una logica di valutazione di breve periodo, trainata da esigenze contingenti di contenimento complessivo della spesa pubblica, che rischia di porre scarsa attenzione sugli effetti di tali decisioni nel medio-lungo periodo. Così, la previsione dell'obbligo (a livello nazionale o regionale) di partecipazione ad un consorzio di acquisto pubblico al fine di ridurre complessivamente i costi del sistema non dovrebbe essere guidato solo dalla ricerca di una riduzione del prezzo dei beni e servizi acquistati, ma essere oggetto di una valutazione più estesa rispetto alle altre categorie di benefici perseguibili.

Il costo del coordinamento

L'accentramento di alcune fasi del processo e la riduzione o eliminazione degli staff dedicati agli acquisti presso le aziende associate può indurre la generazione di altri costi al fine di garantire il coordinamento tra il consorzio e i suoi membri per la gestione delle attività propedeutiche (programmazione) e successive (gestione ordini, ecc.) alla stipula dei contratti. Quasi tutte le iniziative prevedono la costituzione di tavoli tecnico-amministrativi propedeutici all'individuazione dei beni e servizi da acquistare e alla definizione delle strategie di gara, la creazione di gruppi permanenti di lavoro, la costituzione di figure dedicate alla gestione dei rapporti con i singoli membri (*customer service coordinator*), ecc. Tali interventi, se da un lato sono finalizzati a garantire un adeguato grado di coordinamento ed elevati livelli di qualità di servizio ai membri, costituiscono un costo diretto o indiretto per l'iniziativa. Si tratta di costi che sono difficilmente stimabili (tempo/uomo dedicato a riunioni di coordinamento, per-

sonale dedicato alla gestione dei rapporti con le aziende, costi di spostamento, ecc.), ma che hanno, a seconda dell'assetto organizzativo e operativo dell'iniziativa, un impatto significativo.

Accountability

Frequentemente gli obiettivi e i benefici dichiarati dal consorzio non sono percepiti come rilevanti dal personale incaricato degli acquisti presso i singoli membri; si dubita infatti dell'ammontare di risparmi conseguiti, della qualità del lavoro svolto, dell'eccellenza dei beni e servizi acquisiti. Tale problema è spesso correlato alla difficoltà per i consorzi di misurare i risultati raggiunti e di comunicarli in modo trasparente ai membri. Per far fronte a tale criticità, è necessario predisporre metodologie di valutazione e coinvolgere nel processo di valutazione anche rappresentanti degli enti membri: il commitment dei membri è infatti riconosciuto come indispensabile al fine di garantire il successo dell'iniziativa (cfr infra).

Standardizzazione

Si è detto che la standardizzazione dei processi e del portafoglio dei beni e servizi rappresentano i presupposti per l'operatività e l'efficienza dell'azione dei consorzi.

La standardizzazione del processo richiede l'uniformazione delle tempistiche di programmazione e definizione del fabbisogno, attività che rimane in capo alle aziende associate. Si tratta di una fase fondamentale del processo, che dovrebbe costituire il presupposto per l'avvio delle altre fasi di gara. In realtà, tale attività riveste una criticità fondamentale, che cresce con il numero di soggetti coinvolti nell'iniziativa. Per questo motivo, ai membri viene generalmente garantita la possibilità (anche in caso di consorzi obbligatori) di gestire in autonomia alcuni acquisti, generalmente per importo ridotti (cd in economia). Tale norma, che dovrebbe rappresentare un'eccezione alla regola, rischia di diventare la modalità ordinaria di approvvigionamento per quei beni/servizi il cui fabbisogno non era definito al momento dell'indizione di gare centralizzate o per i quali le aziende ritengono strategico mantenere il controllo diretto di tutto il processo di approvvigionamento.

Per quanto riguarda la standardizzazione dei beni e servizi, anche in questo caso spesso i membri percepiscono il proprio fabbisogno come peculiare rispetto agli altri associati e quindi non facilmente uniformabile, soprattutto quando non si tratta di *commodities* (prodotti diretti al personale tecnico-amministrativo), ma di beni/servizi coinvolti direttamente nel processo di cura del paziente (e utilizzati quindi dal personale clinico). In questo caso risulta determinante la definizione di criteri di valutazione e selezione che coniughino criteri di efficacia della cura del paziente a criteri di efficienza nel contenimento dei costi complessivi dell'attività erogata. L'applicazione di tali modelli valutativi comporta d'altra parte uno sforzo di coordinamento molto elevato, attraverso la costituzione di tavoli di lavoro tecnici che coinvolgano tutti i soggetti interessati (cfr supra).

Assetti organizzativi e governance

Un aspetto rilevante riguarda i meccanismi di governance del consorzio, ovvero della modalità con cui i membri esercitano un potere di indirizzo e controllo, formale e sostanziale, sulle attività dello stesso. La criticità di tale aspetto è ancor più rilevante nel momento in cui il consorzio è un ente terzo, giuridicamente indipendente dai membri e promosso da un'autorità sovra-aziendale locale o nazionale. Molti contributi della letteratura (Cleverley e Nutt 1984) hanno evidenziato come la scarsa partecipazione dei soggetti coinvolti nell'associazione nel processo decisionale e di costituzione del consorzio di acquisto ne riduca potenzialmente i benefici attesi⁶.

Il rischio è quindi che l'assenza di assetti di governance in grado di coinvolgere direttamente e sostanzialmente i membri nella definizione delle attività e delle logiche operative del consorzio determini una percezione di scarsa utilità e di inefficienza dello stesso da parte dei partner, minando di conseguenza il requisito della fiducia e della partecipazione attiva, essenziale per il successo di iniziative di questo tipo.

6.3 Metodologia di analisi: lo studio di due casi

La presente ricerca si pone un obiettivo di natura valutativa, ovvero lo studio degli impatti dei processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità sulla base delle dimensioni emerse dall'analisi della letteratura.

Quale metodologia di analisi empirica è stata impiegata la tecnica del case study (Yin 1994). Tale tecnica, già riconosciuta in letteratura come il metodo più coerente per studi economico-aziendali (Fattore 2005), risulta particolarmente adatta per la natura della presente ricerca, poiché consente di studiare i processi concreti sottostanti la realizzazione degli interventi oggetto di indagine (accentramento), individuando alcuni elementi di generalizzabilità delle esperienze, senza adottare tuttavia l'approccio puramente induttivo di altre tecniche di ricerca sociale.

Tra le strategie di campionamento proposte dalla letteratura si è optato per la selezione per casi tipici, rappresentativi di diverse soluzioni istituzionali ed organizzative di centralizzazione; in particolare, i criteri utilizzati per l'individuazione delle esperienze sono: (i) modalità di costituzione del consorzio (determinato da organi istituzionali sovraordinati/modalità di aggregazione spontanea); (ii) natura della partecipazione (obbligatoria/volontaria); (iii) grado di formalizzazione

⁶ Lo studio condotto su un campione di ospedali in USA ha analizzato l'impatto della struttura organizzativa adottata dal consorzio sui benefici economici (calcolati come riduzione del prezzo di acquisto) da questi generati. Uno dei fattori critici di successo è stato individuato nel «commitment» dei membri del consorzio. Non risultano determinanti invece l'ampiezza del consorzio (*leverage*) e le procedure adottate per la scelta dei fornitori (*purchasing strategy*).

del consorzio (formula istituzionale adottata, grado di autonomia giuridica); (iv) livello territoriale di intervento (regionale/area vasta).

I casi selezionati sono due: (i) AVEN – Associazione Area Vasta Emilia Nord in Emilia Romagna; (ii) CSC – Centro Servizi Condivisi in Friuli Venezia Giulia.

I principali impatti sono stati indagati a livello di sistema (sub-regionale nel caso emiliano, regionale nel caso friulano) e livello aziendale, attraverso la raccolta e l'analisi di documenti istituzionali e di dati di archivio, nonché con la conduzione di interviste semi-strutturate ai responsabili dei consorzi e ad alcuni referenti delle aziende associate.

L'analisi dei casi è così strutturata.

La prima sezione presenta il contesto di analisi, analizzando in particolare l'evoluzione degli assetti organizzativi consortili e la strutturazione del processo accentrato di acquisto. Nella seconda sezione sono discussi gli effetti derivanti dal processo di accentramento in relazione a tre prospettive (coerentemente alla classificazione dei contributi della letteratura del precedente paragrafo): economico-finanziaria, organizzativa e strategica.

Rispetto alla **dimensione economico-finanziaria**, la valutazione della riduzione complessiva dei costi di approvvigionamento è stata condotta rispetto a due principali componenti: i costi di acquisto di beni e servizi e i costi amministrativi di strutturazione delle gare. La quantificazione dei primi è stata effettuata attraverso: (i) analisi intratemporali, assumendo a confronto i prezzi medi correnti pagati sul mercato per il bene; (ii) analisi intertemporali, assumendo a confronto i prezzi di aggiudicazione sostenuti in precedenza dai singoli consorziati ovvero, data la possibile variabilità tra questi ultimi, il prezzo medio.

Gli impatti sui costi amministrativi di strutturazione e gestione della gara sono stati valutati combinando l'effetto derivante dalla riduzione del numero di procedure attivate grazie alla centralizzazione con i meccanismi attivati dai consorzi per la suddivisione dei costi amministrativi generali tra consorziati (compresi gli eventuali meccanismi di compensazione).

La **dimensione organizzativa** è stata valutata sotto tre distinti profili: (i) personale, in termini sia di impatto sulla dotazione organica complessiva (consortile e aziendale per le funzioni coinvolte), sia rispetto al grado di specializzazione dello stesso (con la rilevazione degli interventi di formazione ad hoc e sul campo del personale operante e con interviste ai responsabili aziendali); (ii) processi, tramite l'individuazione degli strumenti adottati per la standardizzazione delle fasi accentrate (presenza di codici procedura, capitolati standard) e l'analisi dell'impatto dell'accentramento sulle fasi rimaste di prerogativa aziendale (con interviste al personale aziendale); (iii) modalità di coordinamento e grado di accountability interna, valutata sulla base dell'analisi documentale dei meccanismi formali attivati di partecipazione (es. comitati tecnici e di indirizzo), integrata da interviste circa l'effettiva operatività e i costi connessi a tali strumenti.

La **dimensione strategica** ha incluso l'analisi dei fattori funzionali e strategici allo sviluppo e sostenibilità nel medio lungo periodo dell'esperienza. In particolare: i) la standardizzazione dei beni e servizi è stata valutata sia nella fase di progettazione generale delle attività del consorzio (es. analisi documentale delle logiche per la definizione ex ante del paniere di beni da sottoporre a procedure comuni) sia nella fase di definizione di singola gara (interviste sulla percezione degli operatori sull'incidenza delle strategie di gara multilotto); ii) la gestione dei rapporti con i soggetti esterni è stata analizzata sia in relazione alle controparti commerciali, tramite interviste agli operatori del consorzio sulle modifiche intercorse nel numero e qualità dei rapporti con i fornitori, sia in relazione agli altri soggetti istituzionali, tramite l'analisi degli indirizzi di programmazione regionale concernenti gli ambiti di collaborazione tra i diversi soggetti del sistema sanitario pubblico; iii) la governance del consorzio è stata valutata tramite l'analisi dei documenti statuari per l'identificazione degli assetti formali ed integrata da interviste con gli operatori al fine di cogliere la relazione percepita tra tale strutturazione e livello di commitment dei membri.

In Tabella 6.1 si riporta lo schema di sintesi del protocollo adottato per l'analisi dei casi.

Tabella 6.1 **Dimensioni di analisi adottate per lo studio dei casi**

Dimensione valutazione	Impatti attesi	Modalità di analisi
Economico-finanziaria	Riduzione dei costi di acquisto	<ul style="list-style-type: none"> Prezzi di aggiudicazione Confronti intra-temporali Confronti intertemporali
	Riduzione costi transazione	<ul style="list-style-type: none"> Numero gare espletate Meccanismi in vigore per la ripartizione dei costi generali di gara tra consorziate
Organizzativa	Riduzione del personale dedicato alla funzione	<ul style="list-style-type: none"> Variazione dotazione organica aziendale delle consorziate e del consorzio pre e post accentramento
	Specializzazione personale dedicato alla funzione	<ul style="list-style-type: none"> Interventi di formazione sul campo e attività ad hoc Valutazione del grado di professionalizzazione da parte dei responsabili funzionali
	Migliore standardizzazione ed efficienza del processo di acquisto	<ul style="list-style-type: none"> Esistenza di protocolli per le procedure comuni e capitolati standard di gara Monitoraggio adesione gare Monitoraggio tempi medi per procedura di gara
	Accountability e coordinamento interno	<ul style="list-style-type: none"> Esistenza, natura e funzionamento di meccanismi formali di coordinamento
Strategica	Standardizzazione di beni e servizi	<ul style="list-style-type: none"> Capitolato di gara: omogeneità/ livello di lottizzazione del capitolato
	Migliore gestione rapporti con i fornitori	<ul style="list-style-type: none"> Numero e tipologia di fornitori Innovazione dell'offerta
	Gestione rapporti con altri soggetti istituzionali	<ul style="list-style-type: none"> Analisi indirizzi programmatici regionali
	Governance del consorzio	<ul style="list-style-type: none"> Meccanismi di governo e controllo del consorzio

6.4 Caso studio AVEN – Area Vasta Emilia Nord

6.4.1 Inquadramento

Origine e assetto organizzativo

A partire dalla fine degli anni Novanta, in Emilia Romagna si sono sviluppate esperienze spontanee di aggregazione inter-aziendali di funzioni sanitarie a livello di «area vasta». Nel 2003 la Regione ha previsto alcuni interventi finalizzati ad estendere tali forme di integrazione a servizi non sanitari (DGR 896/2003), prevedendo in particolare l'organizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e di servizi economici e sanitari su tre macro aree territoriali: l'Area Nord Emilia, l'Area Centro Emilia e l'Area Romagna. A ciascuna macro area è stato affidato il compito di promuovere comuni strategie d'acquisto, di attuare idonee procedure e comuni strumenti di gara, di semplificare i processi, definendo il modello organizzativo che si ritenesse più funzionale.

In questo contesto, nell'aprile 2004 è stata creata AVEN (Associazione «Area Vasta Emilia Nord») ente strumentale privo di personalità giuridica, con scopi mutualistici a favore delle sette Associate: 4 Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL Modena, AUSL Reggio Emilia, AUSL Parma, AUSL Piacenza) e 3 Aziende Ospedaliere (AO Modena, AO Parma e AO Reggio Emilia). AVEN costituisce un esempio di modalità di cooperazione orizzontale basata su meccanismi di aggregazione volontaria di tipo *bottom up*. In realtà, già a partire dalla fine degli anni Novanta, vi furono le prime esperienze di acquisto volontarie a livello sovra aziendale nelle Province di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza e aventi ad oggetto alcune tipologie di dispositivi medici. Nel 2002, con l'avvio della prima tranche della gara Farmaci in unione d'acquisto⁷, si registrò il passaggio da una strategia prevalente di *buy less* (Nollet e Beaulieu 2003) – gara intesa quale sommatoria dei fabbisogni individuali aziendali al fine di conseguire economie di scala per la riduzione dei costi connessi alla procedura – ad una strategia definibile come *buy less and better*, ovvero di strutturazione della cooperazione orizzontale con l'obiettivo di creare valore aggiunto al processo di acquisto.

Sebbene nel periodo a riferimento (2003-2004) nel territorio nazionale si stesero delineando modelli organizzativi più complessi per la gestione di forme accentrate degli approvvigionamenti (primo fra tutti gli ESTAV in Toscana), la scelta del modello associativo fu motivata dalla necessità di contemperare le esigenze di supporto tecnico e organizzativo strutturato per le attività di approvvigionamento con il rispetto della autonomia e dell'indipendenza delle singole azien-

⁷ La I tranche incluse solo un numero ristretto di classi di farmaci. Si trattò in particolare delle seguenti 2 classi ATC di farmaci: Classe A: farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo; Classe B: farmaci del gruppo Sangue ed organi emopoietici.

de consorziate. L'Associazione adottò dunque un modello di struttura snella, in accordo anche con gli indirizzi regionali, con una chiara definizione dei ruoli e dei poteri:

- ▶ Le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo sono svolte dagli Organi dell'Associazione, in particolare dall'Assemblea degli Associati, composta dai Direttori Generali delle aziende sanitarie associate e dal suo Presidente;
- ▶ L'attività ordinaria dell'Associazione è svolta da una direzione operativa⁸, la quale si avvale per l'esercizio delle sue funzioni di Gruppi tecnici operativi specifici per i settori di competenza⁹, oltre che del CEVEAS – Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (del cui ruolo si discuterà nel prosieguo);
- ▶ Funzioni consultive e propositive sono svolte dal Comitato Tecnico¹⁰, composto dai Direttori Sanitari e Amministrativi delle Aziende, con la partecipazione del Direttore Operativo dell'AVEN e del CEVEAS.

Gli obiettivi dell'Associazione prevedono quattro principali ambiti di intervento: (i) l'attivazione di procedure di gara al fine di promuovere la gestione integrata dei diversi processi; (ii) la realizzazione di forme unificate di gestione nel campo della logistica; (iii) lo studio di forme di razionalizzazione della spesa sanitaria; (iv) la realizzazione di interventi nei settori indicati dalla programmazione regionale. Ad oggi l'attività si è concentrata prevalentemente nel campo della gestione accentrata dei processi di approvvigionamento. È stato approvato inoltre il progetto di logistica integrata ed è previsto a breve l'avvio delle procedure di gara per l'affidamento dei lavori di costruzione del magazzino farmaceutico centrale.

Con il consolidamento della funzione acquisti e l'espansione alle attività di logistica integrata, AVEN sta ora entrando nella sua fase di maturità. In concomitanza con il rinnovo dell'Associazione – avvenuto nell'aprile 2008 – si è aperto il dibattito sull'assetto organizzativo futuro maggiormente appropriato per il soddisfacimento degli obiettivi statutari.

Dal punto di vista degli assetti organizzativi, il caso è pertanto dimostrazione della dinamicità caratterizzante gli istituti economico sociali complessi: il rappor-

⁸ La Direzione Operativa si avvale di un Dirigente Operativo con funzioni di coordinamento delle attività amministrative e di personale assegnato alle sue dipendenze.

⁹ Si articola in: (i) Gruppi tecnici operativi permanenti (gruppo Responsabili Servizi Farmaceutici, Responsabili Provveditorati-Economati, Responsabili Ingegnerie Cliniche / Tecnologie Biomediche, Responsabili Servizi Informatici); (ii) Gruppi tecnici operativi di progetto (gruppi di lavoro per specifiche gare, gruppi di lavoro per progetto logistica integrata..).

¹⁰ Il Comitato Tecnico, sede di integrazione delle strategie operative aziendali a livello di area vasta: (i) definisce il piano annuale delle attività; (ii) definisce le priorità; (iii) individua le nuove aree di integrazione; (iv) approva i lavori svolti dai gruppi permanenti.

to funzionale intercorrente tra obiettivi aziendali, processi produttivi interni e assetti tecnico-organizzativi è dimostrato dall'evoluzione della struttura dell'Area Vasta nel passaggio da obiettivi di integrazione prevalentemente amministrativa a obiettivi di integrazione di sistema.

Il processo di acquisto di area vasta

Ad oggi l'attività di approvvigionamento a livello centralizzato si concentra primariamente su beni sanitari (farmaci e dispositivi medici), e in minor misura attrezzature; sono inclusi anche servizi appaltati, manutenzioni e prodotti tecnico economici.

Sulla base delle scadenze contrattuali e della tipologia di prodotti da acquistare, AVEN definisce la programmazione annuale delle gare da espletarsi mediante procedure comuni. Viene contestualmente individuata un'azienda capofila responsabile delle attività di istruttoria della singola gara, quali le attività di rilevazione e compattamento dei fabbisogni, predisposizione dei documenti e dei capitolati tecnici, attività di commissioni tecniche e amministrative, partecipazione a commissioni di gara ed altro.

Nello svolgimento delle attività, l'azienda referente imposta e coordina il lavoro del Gruppo tecnico per il Capitolato (che vede coinvolti professionisti in rappresentanza delle varie Aziende) e attiva tutte le procedure richieste dalla gara, interagendo con i professionisti delle altre Aziende coinvolte.

Per quanto concerne ad esempio i farmaci, settore per il quale esiste un sistema già consolidato e maturo di approvvigionamento, è stato implementato un modello a rete che prevede il coinvolgimento dei principali stakeholder aziendali (clinici e amministrativi) e sovra aziendali nelle distinte fasi del processo¹¹. Tale modello è stato strutturato al fine di influire sulla qualità dell'offerta tramite un approccio di selezione e valutazione dei prodotti di tipo *evidence-based*¹².

6.4.2 Analisi di impatto

Si passa ora a declinare l'analisi di impatto sulla base delle dimensioni identificate nel modello di valutazione.

¹¹ L'attività di valutazione e selezione, così come la definizione delle specifiche tecniche da inserire nei capitolati di gara, è effettuata da gruppi di lavoro tecnici, composti da: (i) un Direttore Sanitario; (ii) clinici specialistici in materia nominati dalle direzioni sanitarie delle 7 aziende (iii) un Farmacista (iv) tre membri del CEVEAS. Sono inoltre invitati a partecipare i Presidenti/Coordinatori delle Commissioni Terapeutiche Locali. L'individuazione di tali gruppi, così come l'approvazione del loro lavoro e dei capitolati redatti è affidata alla Commissione Tecnica Interaziendale Farmaci (CTIF), presieduta e coordinata dal CEVEAS.

¹² Diversi farmaci ad esempio sono stati valutati secondo il principio dell'equivalenza; in sede di gara poi vengono selezionati e acquistati i farmaci con le migliori evidenze.

Dimensione economico finanziaria

Per una corretta interpretazione della prima componente economico-finanziaria del modello di valutazione, il prezzo di aggiudicazione di gara, sono state considerate due distinte dimensioni:

- ▶ La natura del bene in esame;
- ▶ L'indicatore scelto per l'analisi.

In merito alla prima dimensione, l'analisi ha rilevato come non tutte le categorie di beni e servizi soggetti al processo di accentramento sovra aziendale sono suscettibili di raffronti in termini di prezzi di aggiudicazione. Rientrano in tali categorie tutti i prodotti che presentano elevate componenti tecnologiche strutturali, caratterizzati da cicli di vita relativamente brevi e soggetti pertanto a dinamiche evolutive continue (è il caso ad esempio dei dispositivi medici¹³). La valutazione si è pertanto concentrata sul settore del farmaco, settore maggiormente maturo e strutturato, effettuando confronti intra e intertemporali.

A livello intratemporale, sono stati rapportati i prezzi aggiudicati AVEN e i prezzi *ex factory* correnti. Tale calcolo è stato effettuato per le due tranche di gara maggiormente rilevanti, ovvero la II tranche (2004) e la III tranche (2005). Come mostrato in Tabella 6.2, il prezzo di aggiudicazione ha registrato un risparmio medio rispetto al prezzo *ex factory* del 22,31% nel 2004 e del 22,34% nel 2005. I risparmi maggiori si sono ottenuti per i prodotti in concorrenza (45% nel 2004 e 42,6% nel 2005) e in particolare per quelli valutati in equivalenza (54,7% nel 2004); tale dato conferma l'ipotesi che, a parità di altre condizioni, la strategia di *buy better* adottata ha consentito l'acquisizione di un maggiore potere contrattuale, favorendo la concorrenza tra i diversi produttori farmaceutici.

Per quanto concerne invece la dimensione inter temporale, sebbene siano state effettuate ad oggi alcune analisi sui risparmi per farmaci valutati in equivalenza¹⁴, un confronto maggiormente approfondito sarà possibile quando si disporrà dei dati concernenti la seconda gara comune, di recente avviata. È tuttavia plausibile ritenere che tali analisi non porteranno a riscontrare notevoli incrementi nei risparmi ottenuti rispetto alla prima gara, quanto una loro tendenziale stabilizzazione. Due potenziali fattori di mercato potrebbero determinare tale risultato: da un lato l'aumento dei prodotti in esclusiva (per i quali dunque non sareb-

¹³ Anche in tale segmento di mercato si sono tuttavia registrati risparmi nei prezzi di aggiudicazione. L'Azienda USL di Reggio Emilia, ad esempio, ha ottenuto risparmi dell'8% per sterilizzazione, del 15% per siringhe, del 17% per disinfettanti.

¹⁴ Per la seconda tranche di gara ad esempio si è stimata una riduzione rispetto ai prezzi precedenti del 50% (eritropetina), 64% (penicillina), 39% (macrolidi). Per prezzi precedenti si intendono i prezzi effettivamente pagati in gare locali precedenti da almeno due delle più grosse Aziende AVEN prima della gara centralizzata.

Tabella 6.2 **Risparmi sui prezzi di aggiudicazione Gara Farmaci (2004 e 2005)**

VALORE GARA	2004	2005
Prezzo aggiudicato	75.914.000	20.791.000
– Prodotti in esclusiva	51.944.000	15.326.000
– Prodotti in concorrenza	23.970.000	5.465.000
– di cui in equivalenza	7.483.000	4.393.000
– di cui non in equivalenza	16.487.000	1.073.000
Prezzo Osp. ex Factory	97.713.000	26.770.000
– Prodotti in esclusiva	54.135.000	17.248.000
– Prodotti in concorrenza	43.578.000	9.522.000
– di cui in equivalenza	16.506.000	5.849.000
– di cui non in equivalenza	27.073.000	3.673.000
Differenza	21.799.000	5.980.000
– Prodotti in esclusiva	2.191.000	1.921.000
– Prodotti in concorrenza	19.608.000	4.058.000
– di cui in equivalenza	9.230.000	1.457.000
– di cui non in equivalenza	10.586.000	2.600.000
Risparmio*	22,31%	22,34%
– Prodotti in esclusiva	4,05 %	11,14 %
– Prodotti in concorrenza	45,00 %	42,61 %
– di cui in equivalenza	54,67 %	24,90 %
– di cui non in equivalenza	39,10 %	70,7 %

* i risparmi sono calcolati come (differenza/prezzo ex factory)*100

bero applicabili i principi di equivalenza); dall'altro l'adozione di strategie di reazione e difesa da parte delle industrie produttrici a fronte della nuova struttura di mercato concorrenziale introdotta per i farmaci in equivalenza¹⁵.

Per quanto concerne i costi amministrativi di strutturazione e gestione della gara, sebbene non siano ancora disponibili stime esatte sull'entità di tali risparmi, è possibile registrare come il processo di accentramento abbia operato in senso positivo, consentendo una diminuzione del numero assoluto di gare espletate per singolo prodotto e, pertanto, il sostenimento una tantum dei costi strutturali

¹⁵ Tali considerazioni emergono dalle interviste effettuate.

di gara. Il meccanismo di copertura delle spese di gara ad oggi vigente prevede che i costi generali di istruttoria vengano sostenuti di volta in volta dalle singole aziende capofila – la compensazione è assicurata dall’equa ripartizione della responsabilità di referente tra le consorziate; i costi legati alle spese di pubblicazione sono invece ripartiti tra le aziende sulla base del volume di attività¹⁶.

Dimensione organizzativa

Per quanto riguarda il primo profilo, quello della riduzione del personale dedicato alla funzione acquisti, l’analisi degli effetti (in termini di riduzione o aumento della dotazione) deve essere rapportata agli obiettivi e agli outcome prefissati con l’istituzione dell’iniziativa consortile di volta in volta attivata.

Nel caso di AVEN la creazione dell’associazione è stata motivata non tanto da obiettivi primari di razionalizzazione del personale aziendale esistente, quanto dalla volontà di strutturarsi a rete per conseguire economie di esperienza e specializzazione che consentissero una minore variabilità nelle condizioni di acquisto delle diverse aziende e un miglioramento nella qualità dei prodotti e processi attivati. Tale obiettivo è riscontrabile anche a livello di struttura organizzativa, con la costituzione di una direzione operativa, il cui costo è ripartito tra le consorziate¹⁷. Tale direzione non si sostituisce alle unità operative della funzione approvvigionamenti delle singole aziende, il cui personale non ha pertanto subito modifiche rilevanti a seguito della creazione dell’Associazione.

La configurazione attuale dell’assetto del personale necessiterà tuttavia di un ripensamento in linea con l’evoluzione degli obiettivi e delle attività poste in essere dalla Associazione, in particolar modo con l’attivazione e la messa a regime del magazzino unico¹⁸.

Il secondo profilo di indagine riguarda gli impatti del processo di accentrimento sulla specializzazione del personale dedicato alla funzione. L’acquisizione di economie di esperienza tramite modalità di *training on the job* è particolarmente rilevante in AVEN nell’ambito tecnico-scientifico: l’attività svolta negli ultimi quattro anni dai gruppi di lavoro attivati nell’area del farmaco ha consentito l’acquisizione di competenze specialistiche nelle fasi di programmazione del fabbisogno, selezione dei prodotti da mettere a gara e strutturazione dei ca-

¹⁶ Più precisamente tali spese vengono anticipate dall’azienda capofila e successivamente suddivise nel consuntivo annuale tra le diverse consorziate. Per volume di attività si intende il volume complessivo dei beni di consumo iscritti nel bilancio di esercizio delle aziende.

¹⁷ Il costo del personale dedicato AVEN, in particolare, viene sostenuto dall’Azienda di appartenenza e successivamente suddiviso tra le consorziate. Sono suddivisi tra le aziende anche i costi relativi alle eventuali consulenze esterne (ad oggi si è trattato in particolare delle consulenze attivate per il progetto di «reingegnerizzazione dei processi» per il magazzino unico).

¹⁸ L’attivazione del magazzino centralizzato renderà necessario il trasferimento di organico dedicato, che dovrà essere reperito dalle funzioni cessanti individuate dal processo di reingegnerizzazione dei flussi logistici.

pitolti¹⁹. Effetti positivi sono tuttavia registrabili anche nell'area amministrativa, in particolare per quanto concerne la gestione delle problematiche post gara (cfr infra). Tali risultati sono stati rafforzati dalla seconda leva di specializzazione, ovvero gli interventi di formazione ad hoc, per i quali AVEN ha adottato, in coerenza con la strategia complessiva di azione, una logica a rete. È stato creato, infatti, un Coordinamento Formazione di Area Vasta composto dai Responsabili della Formazione delle singole consorziate, al fine di promuovere programmi di aggiornamento e istruzione sia di carattere amministrativo sia di carattere tecnico-scientifico.

Il terzo profilo di analisi concerne l'impatto dell'accentramento sulla maggiore efficienza e standardizzazione dei processi aziendali. Tale obiettivo è stato conseguito in AVEN operando sia sulla specializzazione delle aziende capofila, suddividendo ad esempio le gare in tipologie omogenee, sia sulla codifica delle procedure in atti e regolamenti amministrativi standard. Un valore aggiunto rilevante derivante dall'accentramento è inoltre ascrivibile alla maggiore omogeneità e coordinamento tra aziende nelle fasi del ciclo di acquisto post-gara. L'esperienza accumulata da parte di AVEN nel corso del quadriennio di attività ha consentito di operare in una duplice direzione:

- ▶ Rispondere in maniera più efficiente ed efficace alle possibili problematiche individuali aziendali, grazie alla creazione di un gruppo referente per i problemi post gara²⁰;
- ▶ Monitorare costantemente il grado di adesione alle gare da parte degli enti consorziati.

Data la natura volontaria dell'associazione, il secondo profilo rappresenta un importante indicatore del grado di condivisione sulle scelte di selezione dei prodotti e valutazione delle offerte da parte dell'Area Vasta. Dall'analisi sui dati di adesione alle gare farmaci per il biennio 2006-07 (cfr. Tabella 6.3) si sono potuti evidenziare indici alti di adesione²¹ alle gare da parte dei consorziati (media del 87,4% nel 2007), con un trend crescente nel tempo (+5,5% rispetto al 2006).

¹⁹ Effetti più limitati sono invece stati raggiunti nella classe dei dispositivi medici, dove l'attività dei gruppi di lavoro è ancora in fase di start up. È da registrare tuttavia l'esito positivo della prima esperienza di gruppo di lavoro ad oggi disponibile, riguardante gli stent cardiologici (medicati e non medicati).

²⁰ Tale gruppo (i) intrattiene rapporti costanti con l'azienda capofila per la raccolta e l'analisi delle problematiche e degli aggiornamenti che emergono in sede di gara; (ii) assume decisioni coerenti sulla base anche dell'esperienza accumulata e (iii) trasferisce le informazioni utili in maniera strutturata e coordinata ai referenti delle singole aziende al fine di condividere in rete le best practice.

²¹ L'indice di adesione è calcolato in termini di percentuale di spesa, ovvero come rapporto tra volume di spesa dei farmaci aggiudicati tramite AVEN e il volume complessivo di spesa dei farmaci (aggiudicati e non). Gli indici sono alti anche perché dal calcolo sono esclusi tutti i farmaci fuori gara, anche quelli impropriamente considerati tali (es. farmaci ancora in fase di aggiudicazione con modalità centralizzata, farmaci esteri, farmaci non aggiudicati per lotti deserti ovvero farmaci di recente immissione in commercio).

Tabella 6.3 **Percentuali di adesione alle gare farmaci AVEN (2006-2007)**

Aziende Consorziate	Primi nove mesi 2006	Primi nove mesi 2007
ASL Piacenza	79,3%	84,1%
ASL Parma	88,5%	89,9%
ASL Reggio Emilia	86,1%	87,9%
ASL Modena	82,9%	86,6%
AO Parma	82,2%	89,7%
AO Reggio	86,2%	90,0%
AO Modena	77,8%	86,4%
Media AVEN	82,8%	87,4%

Fonte: reportistica per il monitoraggio dell'adesione alle gare farmaci 2006 e 2007

Per quanto concerne il settore dei dispositivi medici, l'attività svolta fino ad oggi ha consentito: la definizione e condivisione di programmi di acquisto pluriennali; l'effettiva standardizzabilità delle procedure; l'efficace monitoraggio dell'adesione alle gare. L'efficace conduzione di procedure centralizzate di acquisto per tali beni è tuttavia attualmente ancora vincolata all'inesistenza di una codifica condivisa dei prodotti che consenta una loro individuazione univoca e una tracciabilità certa²². Tale limite dovrebbe essere superato a breve con l'attivazione del magazzino centralizzato e la conseguente adozione di un sistema unico di codifica dei beni sanitari.

In riferimento ai meccanismi di coordinamento interno, la struttura a rete di AVEN genera un trade off tra massimizzazione del coinvolgimento degli stakeholder rilevanti e i costi connessi al loro coordinamento. Da un lato, infatti, si è assicurato, come visto, un maggior grado di adesione e di coesione interna tra gli attori chiamati a partecipare al processo, generando esternalità positive anche sui livelli di accountability e trasparenza interna nelle fasi «critiche» del processo di acquisto²³; dall'altro lato, tuttavia, la necessità di coordinamento ha generato ricadute in termini di allungamento dei tempi nelle fasi comuni del processo.

Dimensione strategica

Il primo profilo, la standardizzazione di beni e servizi, ha rappresentato uno dei principali indicatori di efficacia dell'Associazione. Come già sottolineato in

²² Il monitoraggio è fattibile solo in caso di prodotti altamente specialistici e pertanto chiaramente identificabili.

²³ Quali le fasi di selezione dei prodotti da mettere a gara, di definizione dei criteri di valutazione delle offerte e così via.

precedenza, l'attività di AVEN, in particolar modo per quanto concerne il settore del farmaco, è stata finalizzata a favorire l'allineamento dei fabbisogni aziendali verso standard qualitativi più elevati, definiti a seguito di processi di selezione e valutazione scientifica delle evidenze disponibili. Il processo condiviso di standardizzazione, in questo senso, ha consentito all'Associazione di acquisire sul mercato un potere contrattuale tale da influire sui percorsi di qualità dei prodotti, promovendo il confronto concorrenziale e operando non solo nell'ottica del conseguimento di risparmi nel breve termine, ma anche nella costruzione di una competenza e cultura all'acquisto condivisa tra le consorziate.

Il secondo profilo di indagine ha approfondito la gestione dei rapporti con i soggetti esterni, istituzionali e controparti commerciali.

Per quanto concerne i primi, oltre alla Regione Emilia Romagna, è importante considerare il rapporto con Intercenter-Er, agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici nata nel 2005 e il cui ambito di attività si è successivamente esteso anche ad alcuni beni sanitari. La collaborazione tra i due soggetti – formalizzata anche dalla presenza nel Comitato Tecnico di Intercenter dei rappresentanti delle 3 Aree Vaste dell'Emilia Romagna – è volto primariamente all'individuazione del livello ottimale di acquisti da potersi effettuare a livello regionale. Ad oggi gli acquisti tramite Intercenter hanno riguardato dispositivi medici altamente standardizzabili, di largo consumo e a media/bassa tecnologia (quali aghi, guanti, siringhe, ..) e farmaci legati a interventi sanitari stabiliti a livello regionale o nazionale (quali i vaccini) ovvero per i quali esiste una forte base concorrenziale (es. somatropina)²⁴.

Dall'analisi degli indirizzi di programmazione per l'anno in corso si prevede un rafforzamento della collaborazione, sia in termini quantitativi, con la previsione del passaggio da 11% a 20% degli acquisti effettuati tramite Intercenter, sia in termini di tipologia dei beni acquistati in condivisione, sulla base di quanto già realizzato nel caso degli stent coronarici²⁵. Tali modifiche necessiteranno un'evoluzione degli assetti organizzativi attuali, al fine di prevedere una collaborazione maggiormente strutturata sia nelle fasi di impostazione della gara²⁶ che in quelle di gestione post gara²⁷.

²⁴ Vi sono poi anche altre categorie, quali i prodotti per la nutrizione artificiale, soluzioni infusionali e simili.

²⁵ Nel caso degli stent AVEN si è occupata della fase di raccolta del fabbisogno, selezione e definizione degli standard e criteri tecnici tramite l'attivazione di un gruppo di lavoro di clinici, mentre Intercenter dell'espletamento formale della gara.

²⁶ Tramite, ad esempio, la replica del modello a rete anche a livello regionale, con l'individuazione di un'azienda capofila per Area Vasta che funga da riferimento tra le istanze aziendali e regionali. Nell'ambito della programmazione 2008, ad esempio, sono state individuate l'AUSL Modena (farmaci) e AO Parma (stent).

²⁷ Tramite, ad esempio, la responsabilizzazione dell'Azienda Capofila quale referente per le problematiche di gestione della gara.

Per quanto concerne invece i rapporti con le controparti commerciali, in particolare con i fornitori, l'analisi non ha fatto emergere dinamiche evolutive rilevanti né per quanto concerne il settore del farmaco (se si fa eccezione per le diverse reazioni alla strategia di gara in precedenza descritta), né per il settore dei dispositivi medici, dove la riduzione nel numero dei fornitori è stata avvertita più a livello regionale che di area vasta.

L'ultimo profilo concerne, infine, i meccanismi di governance interni dell'Associazione. L'analisi ha confermato il risultato emerso in letteratura, ovvero la relazione funzionale esistente tra strutturazione dei meccanismi di governance e commitment dei membri. In AVEN i poteri di indirizzo e controllo sono esercitati, come esplicitato nel paragrafo introduttivo, dall'Assemblea degli Associati, la quale è espressione solidale di tutti i direttori generali delle aziende associate. È evidente pertanto come la composizione del vertice dell'Associazione (responsabile non solo della formulazione delle strategie ma anche della definizione dell'assetto organizzativo interno), con la previsione della partecipazione esclusiva di portatori di interesse diretti²⁸ – al contempo membri e fruitori dei servizi di AVEN – costituisca ad oggi uno dei principali punti di forza dell'elevato livello di partecipazione, condivisione e adesione alle attività poste in essere dall'Associazione.

6.5 Caso studio CSC – Centro Servizi Condivisi

6.5.1 Inquadramento

Origine e assetto organizzativo

Il CSC – Centro Servizi Condivisi – è un ente dotato di personalità giuridica pubblica, costituito nel 2004 dalla Regione Friuli Venezia Giulia (L.R. 20/2004) quale consorzio obbligatorio tra le Aziende sanitarie e ospedaliere regionali²⁹ per la gestione delle attività tecnico amministrative a supporto della funzione sanitaria. Esso rappresenta pertanto un esempio di cooperazione orizzontale basata su meccanismi di aggregazione obbligatoria di tipo top down.

²⁸ Non sono invece inclusi, almeno formalmente, soggetti esterni ai consorziati. Ciò non implica tuttavia che tali soggetti, in primo luogo la Regione, non possano esercitare un'influenza indiretta, spesso anche rilevante.

²⁹ Si tratta in particolare dell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) n. 1 «Triestina», ASS n. 2 «Isontina», ASS n. 3 «Alto Friuli», ASS n. 4 «Medio Friuli», ASS n. 5 «Bassa Friulana», ASS n. 6 «Friuli Occidentale», l'Azienda Ospedaliera (AO) «Santa Maria degli Angeli» di Pordenone, e le AO Universitarie «Ospedali Riuniti di Trieste» e «Santa Maria della Misericordia» di Udine. Dal 1 aprile 2006 hanno inoltre aderito gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Istituto per l'Infanzia Burlo Garofolo» di Trieste ed il «Centro di Riferimento Oncologico» di Aviano.

In termini di assetto istituzionale, il Centro è ad oggi caratterizzato da una struttura snella, in cui: (i) i poteri di adozione dei documenti programmatici e di bilancio sono in capo all'Assemblea, composta da tutti i Direttori Generali delle aziende sanitarie e ospedaliere consorziate (le funzioni sono state recentemente attribuite al Comitato di Regia, cfr infra); (ii) i poteri di gestione ordinaria e straordinaria sono attribuiti all'Amministratore Unico del Centro; (iii) i poteri di controllo e verifica contabile sono attribuiti al Collegio Sindacale.

La Regione esercita un ruolo diretto sia nella definizione degli assetti di governance interni e nell'attribuzione delle cariche, sia nell'individuazione degli obiettivi programmatici e di attività del Centro. Il primo profilo si esplicita nel conferimento alla Giunta del potere di nomina, d'intesa con l'Assemblea del CSC, dell'Amministratore Unico e del Presidente del Collegio Sindacale, oltre che nella definizione dei tetti di organico³⁰. La seconda dimensione è riscontrabile nel potere attribuito alla Giunta regionale di approvazione del Piano programmatico pluriennale e delle aree di attività del centro; per quanto concerne la programmazione 2008, in particolare, si prevede lo sviluppo e il consolidamento in gestione centralizzata di: (i) processo degli approvvigionamenti; (ii) attività amministrativa concernente le assicurazioni RCT/RCO delle aziende regionali; (iii) liquidazione delle prestazioni di assistenza farmaceutica convenzionata; (iv) trattamento previdenziale del personale dipendente; (v) servizio interaziendale di call center per le attività di prenotazione tramite CUP. Il CSC sta inoltre conducendo studi di fattibilità per l'estensione della gestione centralizzata ad altri processi di supporto (quali le attività logistico-distributive, l'amministrazione del personale dipendente e convenzionato, i sistemi di telecomunicazione e di energia); esso è responsabile, infine, dello svolgimento di specifiche attività sovraziendali (es. i programmi regionali di prevenzione collettiva e di soccorso).

Nonostante l'analisi sviluppata nel presente paragrafo verta sul processo di accentramento degli approvvigionamenti, è importante pertanto sottolineare come il CSC non rappresenti esclusivamente una centrale di acquisto regionale, ma sia responsabile della più ampia riorganizzazione ed ottimizzazione del complesso delle attività tecnico-amministrative aziendali regionali.

³⁰ Il CSC, infatti, opera con personale proprio, a comando ovvero messo a disposizione dalle Aziende consorziate. In fase di avvio, lo Statuto dell'Ente (art. 14) prevedeva che il Centro potesse avvalersi, oltre ai responsabili di area, di 6 unità con incarico dirigenziale (ex art.15-septies D.Lgs 502/92) e 40 unità «tempo pieno equivalente». Tale contingente è rideterminato in sede di programmazione annuale e pluriennale in funzione del piano delle attività previste. La dotazione al 31/12/2007 è pari a 83 unità.

Il processo di approvvigionamento a livello di CSC

Il CSC ad oggi gestisce in modalità accentrata le attività di approvvigionamento per beni di consumo sanitari e non sanitari, farmaci, attrezzature, servizi (inclusi i servizi di manutenzione ordinaria di beni mobili e immobili), godimento di beni di terzi ed alcune limitate spese generali e amministrative (pubblicità, abbonamenti a riviste e libri, etc).

In funzione delle scadenze contrattuali aziendali e del processo di programmazione interna, il Centro redige annualmente l'elenco generale delle gare da espletarsi tramite procedure centralizzate; i referenti aziendali, in relazione al fabbisogno concordato con le rispettive direzioni, verificano e trasmettono, sulla base di tale elenco, le categorie e la quantità stimate necessarie³¹. Il CSC è successivamente responsabile della fase di consolidamento dei fabbisogni aziendali e dell'espletamento delle procedure di gara concernenti la predisposizione del bando, l'iter per l'individuazione del miglior offerente e la stipula dei contratti per conto delle Aziende. Le Aziende consorziate sono tenute ad individuare i referenti che parteciperanno alle Commissioni Tecniche per la definizione delle specifiche tecniche (nel caso delle tecnologie biomedicali e dei beni di investimento il CSC si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia Regionale della Sanità – Area tecnologie e investimenti) e alle Commissioni aggiudicatrici di gara. Rimangono infine in capo alle Aziende le attività successive all'aggiudicazione, quali l'emissione delle richieste di ordinativo al fornitore e la gestione delle fatture, ad eccezione delle tre aziende del pordenonese ove si è proceduto, da giugno 2007, alla centralizzazione delle stesse a livello di Area Vasta³². Nella stessa Area, inoltre, il CSC si occupa della gestione complessiva degli acquisti in economia.

6.5.2 Analisi di impatto

Il seguente paragrafo si propone di declinare l'analisi di impatto sulla base delle dimensioni identificate nel modello di valutazione.

³¹ Non tutti i beni e servizi sono, infatti, soggetti a procedure centralizzate: è il caso ad esempio dei servizi alla persona, i contratti di global service, le attività di project finance etc.; non sono inoltre compresi gli acquisti in economia effettuati dalle aziende, sebbene su questo punto si stia attuando una sperimentazione nell'Area Vasta pordenonese (cfr infra). Per i beni rientranti invece nelle categorie programmate, è fatto divieto alle Aziende di avviare nuove gare aziendali; nel caso di contratti in scadenza è ammessa la proroga dei contratti in essere fino all'espletamento dell'iter di gara da parte del CSC. Le Aziende possono altresì inoltrare di propria iniziativa la richiesta al CSC di avvio di gara per (i) beni non compresi nel programma; (ii) beni compresi nel programma, ma la cui messa a gara è lontana nel tempo. In tal caso anche altre aziende consorziate eventualmente interessate possono aderire alla gara, tramite lo strumento della convenzione.

³² La gestione accentrata degli ordini è inoltre effettuata dal CSC per l'IRCCS Burlo Garofolo.

Tabella 6.4 **Risparmi totali per attività approvvigionamento centralizzato (escluso il personale e le polizze RCT/RCO) (31/12/2007)**

Natura risparmio	Entità risparmio
Trascinamento 2005	434.344,13
Trascinamento 2006	8.092.247,37
Risparmi 2007 per gare programma 2007	3.849.216,63
Totale risparmi per gare aggiudicate	12.375.808,13
Risparmi 2007 per estensione contratti pulizie e farmaci	1.310.255,66
Risparmi 2007 per riduzione costi pubblicazione	562.500,00
TOTALE	14.248.563,79

Fonte: rielaborazione da Relazione sulla gestione 2007

Dimensione economico finanziaria

Per quanto concerne l'andamento dei prezzi di aggiudicazione, dal 2005 ad oggi (triennio 2005-2007) è stato conseguito un risparmio di oltre 12 milioni di euro³³ (cfr Tabella 6.4).

Nel corso del 2007, 225 gare³⁴ hanno registrato una riduzione rispetto ai prezzi praticati nel SSR; il risparmio, in media, è stato pari al 3,7% circa del valore totale di aggiudicazione (8.594.925 euro³⁵ su un complessivo aggiudicato di 232 milioni di euro). In particolare, secondo i dati riferiti al II Trimestre 2007, i maggiori risparmi sono stati ottenuti per i dispositivi medici standardizzabili, quali disposizioni di protezione individuale e materiale monouso per medicazione. Più contenuti, invece, i risparmi per acquisti in leasing, in forza della relativa rigidità strutturale del correlato sistema di finanziamento.

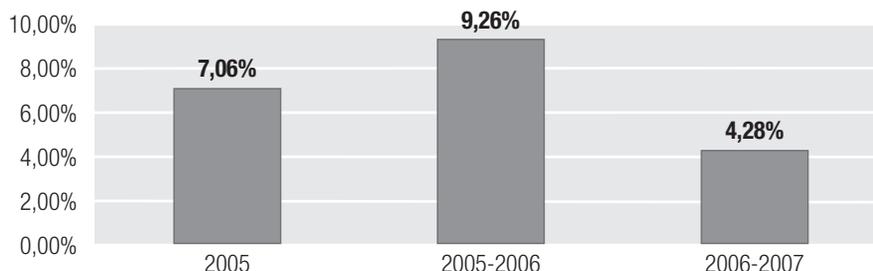
Tali risparmi, per meccanismi di reazione e aggiustamento di mercato, regi-

³³ Il dato fa riferimento esclusivamente ai risparmi di competenza dei singoli esercizi; il raffronto con il totale aggiudicato, che comprende anche l'importo aggiudicato per gare pluriennali, è riportato di seguito per l'ultimo esercizio disponibile (2007).

Si sottolinea inoltre come i dati si riferiscano esclusivamente ai minori costi per la riduzione dei prezzi di acquisto per beni e servizi. Risparmi legati ad attività diverse, quali la centralizzazione del sistema assicurativo per la RCT/RCO (il cui ammontare è stato stimato nel 2007 a oltre 7 milioni di euro), non sono stati inclusi nell'analisi, in quanto non oggetto dell'articolo.

³⁴ Nel 2007 sono state, infatti, aggiudicate 420 gare totali. Tra di esse 151 sono tuttavia riconducibili alle già citate procedure di acquisto in economia attivate nell'area vasta pordenonese, mentre 44 sono relative a servizi di manutenzione di attrezzature aziendali aggiudicati al termine dell'anno, per i quali si sono registrati effetti positivi non tanto in termini di riduzione dei prezzi di aggiudicazione, quanto di miglioramento della qualità del servizio erogato.

³⁵ Tale valore comprende sia le gare annuali sia quelle pluriennali aggiudicate nel 2007; l'importo di competenza annuale, riportato anche in Tabella 6.4, è pari a 3.849.216,63 euro.

Figura 6.1 **Risparmi complessivi gare CSC per i prodotti farmaceutici**

Fonte: rielaborazione da CSC

strano un trend decrescente nel tempo, come mostrato nella Figura 6.1 relativa alle gare per prodotti farmaceutici³⁶. In futuro non si prevedono pertanto ulteriori riduzioni sostanziali dei prezzi, quanto una loro stabilizzazione sulla base dei tassi di inflazione programmata.

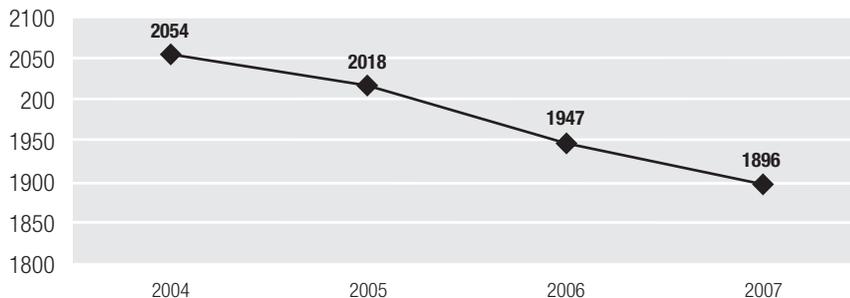
Un ultimo profilo, anche se non quantificabile, riguarda gli impatti derivanti dalla centralizzazione degli acquisti in economia nell'area vasta pordenonese; di tale attività si discuterà nel successivo paragrafo.

I costi amministrativi di strutturazione della gara rappresentano per le aziende consorziate un costo cessante. I risparmi sono imputabili ad una riduzione del numero di procedure attivate: nel 2007, ad esempio, sono state stimate circa 600 procedure in meno rispetto all'organizzazione precedente per un risparmio complessivo sui costi di pubblicazione delle gare di circa 560.000 euro (cfr. Tabella 6.4). Nel 2008 si prevede un'ulteriore riduzione dei costi per procedure di 1.300.000 euro.

Dimensione organizzativa

Per quanto concerne gli impatti sul personale in termini di suo ridimensionamento (primo profilo di indagine), l'istituzione del CSC ha contribuito ad una riduzione a livello di sistema sanitario regionale del personale amministrativo dedicato alla funzione approvvigionamenti. Come già ricordato, il CSC consorza obbligatoriamente tutte le strutture del Friuli Venezia Giulia; a livello di sistema regionale, dal 2004 ad oggi si è registrata una media annua di riduzione del personale amministrativo del 2,63% per un totale di 158 unità (Figura 6.2); nel 2007, in particolare, la riduzione è stata di 51 unità rispetto all'anno precedente, per un risparmio di 1.242.500 euro. Tale risultato, in coerenza con gli obiettivi programmatici regionali, è stato raggiunto anche in forza del blocco delle assunzioni stabilito a fronte dell'avvio delle attività del CSC.

³⁶ Il risparmio è stato calcolato attraverso un raffronto intertemporale; per quanto concerne la prima gara (2005) è stato considerato come prezzo di riferimento quello comunicato dalle aziende aderenti; per le gare successive è stato assunto lo storico precedente.

Figura 6.2 **Dinamica del personale amministrativo regionale (2004-2007)**

Fonte: Bilancio di esercizio 2007

Il personale SSR in servizio al CSC – regolato prevalentemente con lo strumento della messa a disposizione, del comando a tempo pieno e della mobilità volontaria – ha registrato un aumento nel triennio di attività da 9 a 62 unità; considerando anche il personale interinale e il personale esterno assunto con contratto di diritto privato, prestano servizio per il CSC 83 dipendenti (dicembre 2007)³⁷.

La specializzazione del personale riveste un'importanza primaria per tutti i consorzi aventi natura obbligatoria; in essi, infatti, il riconoscimento della professionalità degli operatori costituisce una leva strategica per la legittimazione del consorzio da parte degli enti partecipanti. Ad oggi è riconosciuta sia dai referenti aziendali sia dai responsabili consortili l'esigenza di sviluppare ulteriormente tale profilo, investendo sia in formazione sul campo che in formazione specifica; a livello aziendale, inoltre, sarà richiesto nel prossimo futuro il consolidamento della funzione professionale del manager degli acquisti³⁸, quale referente che funga

Tabella 6.5 **Personale CSC 2005 – 2007**

Voci	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Totale personale dipendente	9	25	62
Personale interinale	4	5	18
Personale esterno con contratto di diritto privato	0	2	3
Totale generale personale CSC	13	32	83

Fonte: Relazioni sulla gestione 2006 e 2007

³⁷ Tale voce comprende il personale totale del CSC, non solo quello dedicato alla funzione approvvigionamenti.

³⁸ Ad oggi infatti sembra che tale figura debba essere ancora pienamente formalizzata e interiorizzata dalle singole aziende e sembra ancora svolgere prevalentemente le funzioni del Provveditore.

da collettore delle esigenze dei diversi attori aziendali (Centri di Attività e Centri di Responsabilità tecnica) e da raccordo con il CSC (per la trasmissione del fabbisogno aziendale, il coordinamento dei membri aziendali delle Commissioni, e la supervisione delle attività post gara).

La terza variabile di analisi riguarda i meccanismi di coordinamento interno e il grado di accountability. La costituzione di meccanismi di coordinamento per la predisposizione delle specifiche tecniche dei capitolati (Commissioni tecniche) e per l'aggiudicazione (Commissioni di gara) ha comportato una maggiore trasparenza in termini di strutturazione e implementazione delle procedure concorsuali così come di definizione dei parametri di accesso e monitoraggio degli stessi; si avverte tuttavia nel prossimo futuro l'esigenza di incrementare il livello di omogeneità e coesione interna tra i componenti dei suddetti tavoli al fine di ottimizzare il processo di acquisto e il raggiungimento di effettivi standard di prodotto.

Per quanto concerne il grado di standardizzazione dei processi aziendali accentrati (dal consolidamento del fabbisogno alla gestione amministrativa delle fasi di gara) e il livello di omogeneità delle fasi rimaste di prerogativa aziendale, dall'analisi emergono economie di specializzazione che hanno permesso, in generale³⁹, la riduzione dei tempi nella gestione delle fasi amministrative di strutturazione della gara (ad oggi il tempo medio per una procedura di gara è pari ad approssimativamente 60 giorni), grazie ad esempio alla predisposizione di capitolati standard. Sono inoltre in fase di progettazione strumenti di verifica della qualità per l'ottimizzazione delle fasi di post gara.

Dimensione strategica

Per quanto attiene il grado di standardizzazione dei beni e servizi, il CSC ha svolto un'attività progettuale *ex ante*⁴⁰ per l'individuazione dei beni più adatti ad essere acquisiti centralmente, individuando quali categorie i «beni ad elevati volumi di spesa, di acquisto comune, con domanda omogenea e standardizzabile, senza elevate criticità del relativo mercato di fornitura o nella valutazione clinica specifica dell'utilizzatore finale». Nel tempo, tuttavia, tali aree di attività si sono ampliate, estendendosi, come nel caso dell'Area Vasta Pordenonese, agli acquisti in economia⁴¹.

L'analisi ha evidenziato come nel caso in esame, così come nella generalità dei

³⁹ Un allungamento dei tempi necessari all'espletamento del procedimento di acquisto è stato tuttavia percepito nel caso della centralizzazione degli acquisti in economia attuata nell'Azienda Ospedaliera di Pordenone.

⁴⁰ Si fa in particolare riferimento allo «Studio di fattibilità per la realizzazione di un Centro Servizi Condivisi» realizzato nel 2002, il quale individuava come acquisibili tramite procedure centralizzate il 40% dei beni sanitari e il 30% dei beni non sanitari.

⁴¹ Sembra emergere pertanto una richiesta di ripensamento delle aree per le quali la centralizzazione delle attività possa effettivamente garantire recuperi di efficienza nel processo di acquisto e non inficiare la qualità dei prodotti e dei servizi.

consorzi obbligatori⁴², il grado di omogeneità del capitolato – espresso in termini di standardizzazione dei beni e servizi richiesti dalle singole aziende all'interno del bando di gara – rappresenti un valido indicatore del livello di condivisione raggiunto dai singoli referenti aziendali in sede di Commissione Tecnica. La mancanza di equilibrio tra personalizzazione e standardizzazione delle volontà espresse dei membri delle Commissioni, induce a volte, infatti, alla stesura di capitolati con molteplici lotti e sub lotti, che si configurano pertanto più come sommatoria dei fabbisogni individuali che non come risultato di un processo di condivisione interaziendale⁴³.

Rispetto ai rapporti con i soggetti esterni, oltre al già citato ruolo fondamentale esercitato dalla Regione e alla costante interazione con gli altri soggetti appartenenti al sistema di governance regionale, quali l'Agenzia Regionale delle Tecnologie, si sottolinea il consolidamento del rapporto con il Ministero delle Economia e delle Finanze e, in particolare con CONSIP S.p.A. Il CSC è infatti candidato alla sperimentazione degli Accordi Quadro e alla partecipazione al tavolo nazionale dell'e-procurement promosso dal consorzio nazionale⁴⁴.

Per quanto concerne i fornitori, l'aumento dei volumi di acquisto e l'attivazione di modalità innovative di acquisizione, quali le gare telematiche (nel corso del 2007 ne sono state attivate otto), hanno permesso una maggiore apertura al mercato e l'estensione del parco fornitori a imprese non più solo locali. Dopo i primi anni in cui la costituzione del centro ha determinato dinamiche di riassetto dell'offerta in termini di numero e comportamento dei partecipanti (scrematura offerenti, creazione di ATI e RTI), si prevede tuttavia nel prossimo futuro una stabilizzazione del rapporto di mercato tra i due soggetti.

L'ultima dimensione di analisi ha fatto riferimento ai meccanismi di governance interni all'associazione. Il CSC è considerato a tutti gli effetti un ente del Servizio Sanitario Regionale⁴⁵ e pertanto, come già sottolineato nel corso della trattazione, la sua struttura di governo è caratterizzata dal ruolo influente esercitato dalla Giunta nella determinazione delle linee di indirizzo politico e strategico. Le modifiche intercorse a livello istituzionale hanno confermato tale profilo, collocandosi in un'ottica di un ripensamento complessivo degli strumenti di gover-

⁴² L'obbligatorietà non consente di utilizzare il grado di adesione quale indicatore del livello di condivisione e integrazione dei consorziati, come invece nel caso delle associazioni volontarie quali AVEN.

⁴³ Questo rischio, sebbene sia stato discusso con gli attori intervistati, non è tuttavia per ora ancora quantificabile, data l'eterogeneità e l'elevato numero delle procedure. Ci si riserva nel prossimo futuro di poter sviluppare e quantificare tale riflessione.

⁴⁴ Attualmente le consorziate possono aderire autonomamente alle convenzioni CONSIP; è il caso delle convenzioni per l'acquisto di fotocopiatrici cui ha aderito l'AO Pordenone.

⁴⁵ Come esplicitato nella DGR 2735, «(..) Il SSR è costituito a livello regionale da (i) Direzione centrale salute e protezione sociale; (ii) Agenzia Regionale alla Sanità (ARS); (iii) Centro Servizi Condivisi (CSC) e a livello locale da: (i) sei aziende per i servizi sanitari; (ii) tre aziende ospedaliere; (iii) due IRCCS.

nance del sistema sanitario regionale. Rientra in tale logica l'istituzione del Comitato di Regia (LR 1/2007 e DGR 2735/2006), organo regionale presieduto dal Direttore Centrale della Salute e della Protezione Sociale e partecipato dai Direttori Generali delle Aziende, dal Direttore Generale dell'Agenzia Regionale della Sanità e dall'Amministratore Unico del CSC⁴⁶ e deputato a svolgere, tra le altre funzioni, le attività statutarie dell'Assemblea del CSC.

6.6 Conclusioni

I due casi analizzati consentono di proporre alcune riflessioni, basate sull'osservazione delle esperienze sul campo, che vengono sintetizzate in Tabella 6.6.

A commento delle evidenze emerse, meritano di essere rimarcati alcuni punti di attenzione, tra cui:

1. La complessità dei processi di standardizzazione che sono da un lato puramente tecnici, dall'altro legati alle situazioni di workflow specifiche in cui gli acquisti si devono integrare. La consapevolezza delle due dimensioni può aiutare a:
 - ◀ Identificare le caratteristiche standard di prodotto/ servizio, legandole a specifiche tecniche ove queste siano utili e disponibili.
 - ◀ Identificare il contesto in cui il prodotto /servizio verrà utilizzato, per ottimizzarne l'efficacia, sia ridisegnando i workflow, sia considerando specifiche di prodotto/ servizio personalizzate.A questo proposito la specializzazione di chi acquista, che si sta realizzando grazie alla centralizzazione, è una condizione essenziale.
2. La capacità di identificare l'efficacia della centralizzazione nella gestione dei processi di acquisto, grazie a sistemi di contabilità dei costi cessanti, o ri-allocati. Questo sembra un passaggio su cui bisognerà ancora investire per evitare semplicemente di spostare le fasi e gli oneri amministrativi delle procedure di gara, senza renderle più efficienti.
3. L'accettabilità sociale ed il consenso a supporto dei processi di centralizzazione, da guadagnare non «per decreto» ma attraverso la dimostrazione di professionalità da parte delle centrali di committenza, importante per l'adesione delle aziende sanitarie, ma altresì fondamentale per ottenere un miglioramento della qualità dell'offerta da parte dei fornitori.

⁴⁶ Il Comitato di Regia è stato istituito al fine portare ad unità le sedi nelle quali istituzionalmente si attua il confronto tra i soggetti deputati alle funzioni di indirizzo, programmazione, finanziamento, gestione e controllo delle attività regionali. Il Comitato svolge sia funzioni consultive (esprimendo pareri rispetto all'andamento del sistema assolvendo, in tal modo, al ruolo prima attribuito alla assemblea dei Direttori Generali e alla Agenzia Regionale della Sanità) sia funzioni decisionali, quando si riunisce con funzioni di Assemblea del CSC per le materie definite dalla Statuto stesso.

4. La necessità di andare oltre l'effettuazione della gara, porta di accesso del fornitore nell'azienda sanitaria, e di monitorare in modo centralizzato ed omogeneo l'intera performance della supply chain. Poiché il prezzo di acquisto troverà dei tetti alla diminuzione, la strada più promettente al taglio dei costi potrà essere trovata nell'attenta e continua gestione dei contratti.

Tabella 6.6 **Sintesi e confronto delle esperienze**

Divisione valutazione	Dimensione di analisi	Esperienze osservate
Economico-finanziaria	1.1 Prezzo di aggiudicazione	Il prezzo di aggiudicazione nelle gare effettuate è diminuito, in entrambe le esperienze, in modo oggettivamente dimostrabile. Tuttavia una riflessione comune porta a rimarcare: a) la riduzione di prezzo è potenzialmente maggiore quanto più alta è la standardizzabilità dell'oggetto di acquisto; quest'ultima, a sua volta, è funzione del ciclo di vita del prodotto ed della velocità di evoluzione della dimensione tecnologica b) la necessità di tenere presente, nella programmazione economica delle centrali di acquisto, che l'effetto riduzione, più visibile nel primo ciclo di acquisti consortili, non potrà essere mantenuto in modo proporzionale, bensì si stabilizzerà nel tempo. Una ricerca continua di riduzioni consistenti rischierà di compromettere gravemente la qualità dei prodotti/ servizi acquistati.
	1.2 Costi amministrativi e spese generali	La valutazione della riduzione dei costi amministrativi è più complessa, soprattutto quando il soggetto capofila varia e varia di conseguenza la ripartizione dei costi sostenuti per le gare. Tuttavia un aspetto evidente comune è dato dalla diminuzione del numero di gare effettuate. A ciò si accompagna, nel caso del CSC, una diminuzione programmata del personale per la gestione della procedura concorsuale.
Organizzativa	2.1 Personale dedicato alla funzione: 2.1.1. dotazione; 2.1.2. livello di specializzazione	Il personale dedicato alla funzione (i) è proprio della centrale, nel caso di ente giuridico autonomo, (ii) è costituito da una «rete» di competenze professionali, delocalizzate nelle aziende, nel caso di associazione. In entrambi i casi è possibile riconoscere pro e contro, che non consentono di propendere automaticamente per una soluzione, ma che potrebbero essere meglio valutati in funzione dell'efficacia delle scelte di acquisto complessivo. Va da sé che in entrambi i casi una comune strategia perseguita è quella di specializzare competenze dedicate per tipologia di acquisto effettuato, sia nella soluzione centralizzata, sia nelle varie sedi aziendali, che verranno a configurarsi come centri di expertise di riferimento.
	2.2 Standardizzazione ed efficienza del processo di acquisto	La definizione di procedure e regolamenti standard e di documentazione di gara uniforme (i Capitolati speciali) si qualifica come un effetto positivo comune ad entrambi i casi analizzati, sia perché elimina difformità non motivate ed allinea verso prassi migliori, sia perché offre al mercato dei fornitori una modalità di comunicazione e relazione omogenea.
	2.3 Accountability e modalità di coordinamento interno	I due casi si differenziano per le condizioni di attuazione che devono presidiare, (i) nel caso dell'associazione, il trade-off tra con divisione del processo e costi di transazione orizzontale, (ii) nel caso della centrale di committenza l'esigenza di accreditare la professionalità degli operatori per garantire il fluido svolgersi del processo di acquisto.

Tabella 6.6 (segue)

Divisione valutazione	Dimensione di analisi	Esperienze osservate
Strategica	3.1 Standardizzazione di beni e servizi	È forse questo l'aspetto più spinoso della centralizzazione degli acquisti nelle aziende sanitarie. Nei casi analizzati lo sforzo di standardizzazione è stato significativo e viene anzi considerato il presupposto di ogni buon processo di approvvigionamento. Nel caso di CSC si è proceduto ad una verifica preliminare delle tipologie di acquisti più idonee e più «vocate» ad essere reinterpretate secondo standard comuni e per AVEN lo sforzo è stato quello di allineare verso l'alto le caratteristiche degli acquisti per stimolare anche nei fornitori maggiori livelli qualitativi di offerta.
	3.2 Gestione rapporti con i fornitori	Le modifiche nel rapporto con i fornitori sono in genere riconducibili a due elementi apparentemente contrapposti, da un lato una maggiore selezione e una diminuzione del numero di fornitori attivi, dall'altro un allargamento ad un parco di fornitori più ampio. In realtà entrambe le azioni possono essere interpretate come fasi di un processo di riqualificazione dei fornitori e, in linea di principio, anche dell'offerta.
	3.3 Gestione rapporti con altri soggetti istituzionali	A partire da esperienze più circoscritte, la costruzione di un know-how legato ai processi di aggregazione degli acquisti può portare a convergenze sovra-zonali, come avviene già per Aven e Intercen (e che si prevede di incrementare) e come si ipotizza di attuare tra CSC e Consip. Ciò significa che il processo di apprendimento «locale» si sta dimostrando un punto di partenza virtuoso per estendere su basi più ampie le collaborazioni.
	3.4 Governance del consorzio	L'efficacia della governance per i processi di centralizzazione degli acquisti si gioca in modo diverso nelle due situazioni, nel caso di Aven condizione per una governance efficace è il commitment degli associati, mentre nel caso di CSC la governante efficace si gioca attraverso la capacità di rappresentanza degli interessi dei consorziati.

Bibliografia

- Brusoni M., e Marsilio M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Cleverley W., e Nutt P. (1984), «The Effectiveness of Group-Purchasing Organizations», *Health Services Research*, 19 (1), pp. 65-81.
- Coda V. (1995), «L'orientamento strategico dell'impresa». UTET Università.
- Essig M. (2000), «Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of "consortium sourcing"». *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, pp.13-22.
- Fattore G. (2005), «Metodi di ricerca in economia aziendale». Egea
- Johnson P.F. (1999), «The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia», *International Journal of Logistics: Research and Applications*, 2, (1), pp.57-73.

- Muse & Associates (2000), «The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System», Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA), Washington, DC.
- Nollet, J., e Beaulieu, M. (2003), «The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9 (1), pp. 3-10.
- Schotanus F., e Telgen J., (2005), «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*, Erasmus Universiyy, Rotterdam.
- Stefan J.P., e Santiago R.E. (1989), «The benefits of group purchasing», *Journal of Property Management*, 54 (5), pp.50-52.
- Yin R.K. (1994), *Case study Research. Design and methods*, Sage Publications.