

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



19 Procurement sanitario: aggiornamento sullo stato della centralizzazione degli acquisti e tendenze emergenti nell'attuazione del PNRR

di Niccolò Cusumano, Veronica Vecchi, Manuela Brusoni, Giuditta Callea, Fabio Amatucci e Francesco Longo¹

19.1 Introduzione

L'analisi della funzione acquisti si conferma tema centrale nell'ambito del SSN e dei SSR, sebbene il suo riorientamento verso approcci e finalità più strategiche rimanga un obiettivo ancora non colto nell'ambito delle riforme istituzionali e delle scelte operative. Se, da un lato, l'incidenza degli acquisti centralizzati sul totale degli acquisti sembra aver raggiunto un asintoto, che imporrebbe una riflessione sulla riconfigurazione del ruolo e degli ambiti di intervento delle centrali d'acquisto verso strategie volte ad attuare modelli collaborativi e a supportare l'innovazione, dall'altro si assiste a una ulteriore spinta alla centralizzazione a livello nazionale, con un rafforzamento del ruolo di Consip e con il coinvolgimento di Invitalia sui lavori per la realizzazione degli investimenti della missione 6 del PNRR.

In questo contesto, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Oasi, il capitolo fornisce un aggiornamento degli assetti istituzionali e operativi delle centrali di acquisto regionali (§19.2) e dei risultati dell'attività di centralizzazione (§19.3). Il §19.4 approfondisce e discute le implicazioni di procurement relative alla realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR mentre le conclusioni (§19.5) discutono le possibili traiettorie evolutive della centralizzazione, che, come già rimarcato nelle precedenti edizioni del Rapporto Oasi, dovrebbe considerare la necessità di una progressiva riconfi-

¹ Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità. L'analisi della diffusione delle grandi apparecchiature è frutto di un progetto finanziato dalla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute. Si ringraziano per le interviste il Dott. Gianluca Altamura Direttore del Monitoraggio dell'Unità di Missione per l'attuazione del PNRR presso il Ministero della Salute; l'Ing. Paolo Fattori Direttore dell'edilizia sanitaria a finalità collettiva presso Regione Veneto; Dott. Guido Gastaldon Responsabile Area Sanità – Divisione Sourcing Sanità, Beni e Servizi Consip SpA.

gurazione delle centrali regionali a supporto dell'innovazione nelle logiche e nei contenuti degli acquisti sanitari. Con l'obiettivo di stimolare questa transizione, l'Osservatorio MASAN ha messo a punto, nel corso del 2021, un framework, il *value based procurement process*, il cui rationale è illustrato nel paragrafo conclusivo.

19.2 Gli assetti istituzionali e operativi

Al fine di rilevare gli eventuali cambiamenti negli assetti istituzionali e operativi dei sistemi regionali di acquisti centralizzati in sanità avvenuti nell'ultimo quinquennio e aggiornare il quadro presentato da Cusumano *et al.* (2017), è stata condotta, per tutte le regioni e province autonome, un'analisi desk dei siti amministrazione trasparente delle centrali di committenza costituite come soggetto autonomo, delle sezioni internet dedicate alle centrali uniche di committenza (CUC) o stazioni uniche appaltanti (SUA) costituite all'interno degli enti regione, e dei comunicati stampa e/o notizie, utilizzando quale criterio di ricerca "azienda zero" o "riforma sanità" o "soggetto aggregatore" per gli anni 2021 e 2022. Una volta estratte le notizie, sono state individuate le leggi regionali e/o delibere di giunta significative, ed eventuali proposte di legge regionale. Inoltre, per i casi più significativi, sono stati fatti alcuni approfondimenti mediante interviste con i referenti delle centrali di committenza aderenti al network dell'Osservatorio MASAN. Una volta rilevate le principali modifiche negli assetti istituzionali, è stata condotta un'analisi di tipo desk per rilevare eventuali impatti di tipo operativo.

In sintesi, i cambiamenti istituzionali censiti sono legati essenzialmente a tre dinamiche:

- ▶ riforma complessiva del SSR in Lombardia, Marche, Sardegna;
- ▶ istituzione dell'"Azienda Zero" in Piemonte, Lazio e Calabria e proposta di istituzione in Puglia.
- ▶ riforma "puntuale" degli assetti del soggetto aggregatore in Liguria e Umbria.

Tra le regioni in cui si è operata una riforma complessiva, in Lombardia assistiamo a un rafforzamento del ruolo della Regione tale per cui dall'approvazione delle regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni si è passati all'approvazione degli indirizzi per la programmazione dei fabbisogni. Nelle Marche e in Sardegna si assiste alla soppressione dell'azienda regionale (rispettivamente ASUR e ATS) con la conseguente ricostituzione delle aziende sanitarie locali. Al contempo vengono creati due soggetti (ARS – Agenzia Regionale Sanitaria e ARES – Azienda Regionale della Salute

nei due casi) con compiti di coordinamento di alcune funzioni, tra cui quella degli acquisti.

Piemonte, Lazio, Calabria e in prospettiva la Puglia, sull'esempio del Veneto (Bobini *et al.* 2020), hanno provveduto, o sono in procinto di, istituire l'Azienda Zero, a cui vengono attribuiti compiti anche in materia di acquisti. Tali compiti possono limitarsi a un ruolo di coordinamento e indirizzo in tema di programmazione degli acquisti, fino ad occuparsi della gestione delle gare per gli acquisti extra DPCM.²

In Regione Liguria, ai sensi della Legge regionale 5 marzo 2021, n. 2., il personale e le funzioni della Centrale Regionale Acquisti (CRA) sono stati trasferiti da A.li.sa. alla SUA Regionale (SUAR), che svolge il ruolo di soggetto aggregatore. La riforma prevede, inoltre, che, per l'acquisizione di beni e servizi, alla SUAR venga affiancata Liguria Digitale, società in house regionale, demandando a una successiva DGR il compito di dettagliare meglio l'ambito di attività di ciascuna. La DGR 354/2021 ha quindi attribuito a Liguria Digitale l'approvvigionamento delle apparecchiature a elevato contenuto tecnologico e informatico e stilato l'elenco delle categorie merceologiche ritenute standardizzabili, in aggiunta a quelle da DPCM, di competenza della SUAR. In Umbria, invece, la società di IT in house è stata incorporata in Umbria Salute, rinominata Punto Zero, che continua a ricoprire la funzione di soggetto aggregatore e centrale di committenza per la sanità. Regione Umbria ha quindi seguito l'esempio delle regioni che hanno deciso di unificare la funzione IT a quella procurement.

In generale nelle regioni analizzate, le modifiche agli assetti istituzionali lasciano salve le competenze in materia di acquisti attribuite ai soggetti aggregatori, cui spetta, in via esclusiva, l'approvvigionamento delle categorie merceologiche obbligatorie da DPCM. Alle aziende e/o agenzie regionali è attribuita la responsabilità di programmazione degli acquisti e, nel caso di Lazio, Calabria e Sardegna, anche la funzione di centralizzazione della committenza di beni e servizi extra DPCM. Nel caso della Calabria, le fasi del ciclo degli acquisti in cui interviene Azienda Zero sono determinate con apposita DGR, che, al momento della redazione del capitolo, non è ancora stata approvata.

Sembra, quindi, emergere un nuovo sistema ibrido in cui al soggetto aggregatore, cui spettano anche gli approvvigionamenti extra sanità, si affianca un soggetto con competenze di programmazione/raccolta e analisi dei fabbisogni e di acquisto esclusive in sanità. Le regioni in esame riconoscono, come auspicato dall'Osservatorio MASAN, le specificità degli acquisti in ambito sanitario, prevedendo che a occuparsene siano soggetti che operano all'interno dei

² DPCM 24 dicembre 2015 e 11 luglio 2018 che individuano le categorie merceologiche di beni e servizi e la relativa soglia di obbligatorietà per il ricorso a iniziative promosse dai soggetti aggregatori.

rispettivi SSR. Tuttavia, facendo salve le prerogative dei soggetti aggregatori esistenti in materia di acquisti, anche se non riconducibili al SSN, di fatto si va ad aggiungere un ulteriore livello di competenze e unità organizzative che non sempre occupano uno spazio chiaramente definito in termini di ruoli e responsabilità e che, in assenza di adeguati meccanismi di coordinamento, rischiano di complicare anziché semplificare la gestione dei processi di acquisto centralizzati.

Altri sistemi regionali hanno operato in passato scelte più lineari. In Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento, pur essendo il soggetto aggregatore incardinato nella regione o in un'agenzia provinciale, è previsto che gli acquisti sanitari, anche da DPCM, siano demandati a soggetti del SSR (rispettivamente ESTAR e APSS). In Veneto, invece, il CRAV, che è il soggetto aggregatore, è stato incardinato all'interno di Azienda Zero.

Oltre agli assetti istituzionali, all'interno del capitolo si è proceduto ad aggiornare la fotografia relativa agli assetti operativi. Cusumano *et al.* (2020) identificavano tre modelli operativi:

- ▶ provveditorato unico (PU), in cui la funzione acquisti viene centralizzata a livello regionale;
- ▶ azienda unica (AU), in cui, essendo costituita un'azienda unica a livello regionale o provinciale, la funzione acquisti è, di fatto, centralizzata;
- ▶ ibrido, in cui la funzione acquisti è duplicata: la centrale di committenza opera sostanzialmente come un fornitore esterno di servizi d'acquisto, incaricato principalmente della selezione dei fornitori (e quindi dello svolgimento della procedura di gara), lasciando inalterate le funzioni acquisti delle Aziende Sanitarie.

Dall'analisi effettuata non emergono nuovi modelli di acquisto rispetto a quelli già individuati. A un cambiamento negli assetti istituzionali non è corrisposto un cambiamento in quelli operativi, con la sola eccezione di Marche e Sardegna. In queste due regioni il cambiamento istituzionale, che ha visto il passaggio da un'azienda unica regionale ad aziende sanitarie locali, ha avuto un risvolto anche sugli acquisti. In entrambi i casi, si assiste al passaggio da un modello cosiddetto di azienda unica a un modello ibrido, che si conferma quindi prevalente a livello regionale.

I risultati delle analisi sono sintetizzati in Tabella 19.1, distinguendo le categorie merceologiche da DPCM e quelle extra DPCM. Come discusso in precedenza, infatti, si sono andati delineando due regimi diversi e i principali cambiamenti sono intervenuti per le categorie extra DPCM. I cambiamenti sono evidenziati con il simbolo “→” in cui a sinistra della freccia viene descritto il modello di provenienza e a destra quello finale. Gli acronimi dei modelli istituzionali corrispondono a:

Tabella 19.1 Sintesi dei cambiamenti negli assetti istituzionali e operativi

Regione	Categorie DPCM		Categorie extra DPCM	
	Modello Istituzionale	Modello Organizzativo	Modello Istituzionale	Modello Organizzativo
Piemonte	In House	Ibrido	In House → ASR/In House	Ibrido
Valle d'Aosta	In House	Ibrido	ASR	AU
Liguria	ASR → DR	Ibrido	ASR → In House	Ibrido
Lombardia	In House	Ibrido	In House	Ibrido
P.A. di Trento	ASP	AU	ASP	AU
P.A. di Bolzano	ASP	AU	ASP	AU
Veneto	ASR	Ibrido	ASR	Ibrido
FVG	ASR	PU	ASR	PU
Emilia-Romagna	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Toscana	ASR	PU	ASR	PU
Umbria	ASR → In House	PU	ASR → In House	PU
Marche	DR	Ibrido	ASR → DR	AU → Ibrido
Lazio	DR	Ibrido	DR → ASR	Ibrido
Abruzzo	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Molise	DR	Ibrido	DR	Ibrido
Campania	In House	Ibrido	In House	Ibrido
Puglia	In House	Ibrido	In House → ASR (?)	Ibrido
Basilicata	DR	Ibrido	DR	Ibrido
Calabria	DR	Ibrido	DR → ASR (?)	Ibrido
Sicilia	DR	Ibrido	DR	Ibrido
Sardegna	DR	Ibrido	ASR	AU → Ibrido

Legenda ASP = azienda sanitaria provinciale, ASR = azienda sanitaria regionale, AU = azienda unica, DR = dipartimento regionale, PU = provveditorato unico.

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati siti web regionali

- ▶ dipartimento regionale (DR): la centrale di committenza è istituita come unità operativa dell'amministrazione del governo regionale;
- ▶ azienda sanitaria regionale (ASR) o provinciale (ASP): la centrale di committenza è istituita come un'azienda sanitaria regionale;
- ▶ in house: la centrale di committenza è costituita come una società di proprietà regionale o come un'agenzia, al di fuori dei confini istituzionali del sistema sanitario regionale.

La ricognizione dei cambiamenti intercorsi si conclude con un'analisi delle dotazioni di personale dedicato agli acquisti in sanità nei soggetti aggregatori e nelle centrali di committenza regionali.³ La rilevazione è avvenuta, in primo luogo, consultando la sezione trasparenza dei siti internet delle centrali, speci-

³ Si rammenta che non tutte le centrali di committenza e soggetti aggregatori operano esclusivamente in sanità.

ficatamente la dotazione organica, l'articolazione degli uffici e i contatti di telefono e posta elettronica. Laddove non fosse presente il dettaglio richiesto, si è proceduto ad analizzare i bilanci, in particolare la nota integrativa al rendiconto di gestione, o eventuali altri documenti di programmazione. In mancanza di dati si è proceduto a contattare direttamente le centrali.

La Tabella 19.2 elenca in ordine alfabetico le centrali regionali, più, in alcuni casi, le aziende (APSS Trento) o agenzie (ARES Sardegna) che svolgono funzione di centrale di committenza. La dotazione di personale è da intendersi come numero di “teste” e non personale equivalente, non essendo disponibile questo dato, e include sia il personale dipendente sia quello in distacco/comando da altri enti. Non si riporta il confronto con la rilevazione precedente in quanto i dati non sono direttamente confrontabili. La maggiore granularità dei dati più aggiornati raccolti ha permesso di conteggiare esclusivamente il numero di persone, all'interno delle centrali di committenza regionali, effettivamente dedicate agli acquisti sanitari.

Tabella 19.2 **Personale dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza regionali dedicato agli acquisti in sanità**

Centrale	Numero di persone
ACP Bolzano	17
APSS Trento	Nd
ARCS Friuli	Nd
ARES SARDEGNA	50
ARIA SpA	33
ARIC SpA	5
Azienda Zero (CRAV)	33
CRA Liguria	28
CRC RAS Sardegna	7
CUC Molise	4
CUC Sicilia	8
Direzione Acquisti Regione Lazio	13
ESTAR	52
InnovaPuglia (SARPuglia)	39
Intercent-ER	15
INVA SpA	10
Punto Zero – CRAS	nd
SCR Piemonte SpA	12
SoReSa SpA	31
SUA Basilicata	6
SUA CALABRIA	4
SUAM Marche	5
Totale	372

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati siti web regionali

Riguardo alla dotazione di personale occorre effettuare almeno due considerazioni. In primo luogo, essa riflette l'impostazione illustrata in Amatucci *et al.* (2018), per cui, in fase di progettazione, le centrali di committenza svolgono prevalentemente un ruolo di coordinamento di gruppi di lavoro per la stesura dei capitolati composti da professionalità provenienti dalle aziende; in fase di selezione del fornitore spetta alla centrale il ruolo di gestione della procedura (pubblicazione degli atti, risposta ai chiarimenti, nomina della commissione giudicatrice, perfezionamento dell'aggiudicazione). Tale modello fa sì che il numero di persone effettivamente coinvolte nella gestione delle gare sia maggiore rispetto alla dotazione organica della centrale, il cui personale si trova a svolgere più un lavoro di coordinamento dei gruppi di lavoro tecnici e di gestione degli aspetti amministrativi, oltre che gli adempimenti relativi alla trasparenza e anticorruzione. In secondo luogo, anche grazie a un incoraggiamento del legislatore, si sono affermati nel tempo modelli collaborativi tra centrali, per cui una può aderire alle iniziative promosse da altre. Ciò consente di ottimizzare l'allocazione di risorse e aumentare la specializzazione. Seppure il fenomeno non sia ancora stato tracciato, va evidenziato che le centrali possono avvalersi anche di consulenti esterni a supporto sia della gestione dei portali di e-procurement sia della progettazione delle gare.

Se, quindi, sotto il profilo quantitativo il personale apparrebbe esiguo rispetto ai volumi di acquisto gestiti (vedi *infra*), d'altro canto la rete degli acquisti che si è andata a definire vede le centrali di committenza più come degli aggregatori di competenze che gestori operativi dei processi. Questo modello sembra, inoltre, interiorizzare dinamiche "di mercato" per cui le competenze in materia di acquisti sanitari sono scarse e altamente contendibili sia con le aziende sanitarie sia con il privato (imprese fornitrici, erogatori privati, società di consulenza). In assenza di interventi sulla filiera di creazione delle competenze e considerato il pool ristretto di personale da cui attingere, la scelta di creare centrali snelle, con un modello organizzativo ibrido che opera come pivot di reti allargate di professionalità è diventata quasi obbligata. Tuttavia, se si vuole far compiere al sistema un ulteriore salto di qualità, passando da un procurement di tipo operativo a uno di tipo strategico (Vecchi, Cusumano & Boyer, 2020; Cusumano *et al.*, 2016), fortemente orientato alla creazione di valore pubblico, è necessario investire in modo serio sulle persone. I soggetti aggregatori, a differenza dalle altre stazioni appaltanti, sono qualificati *de iure*. Questo ruolo istituzionale dovrebbe innescare scelte di management ad hoc in tema di reclutamento e formazione, ambiti estremamente critici dato il ruolo svolto da questi soggetti.

19.3 Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato

19.3.1 Metodologia e dati

L'analisi dello stato dell'arte della centralizzazione degli acquisti in Italia copre il periodo dal 2013 al primo semestre 2022. Il database è stato costruito con la metodologia descritta in Cusumano *et al.* (2021) usando come fonte gli open data di ANAC.⁴ Il database è stato consolidato con dati aggiornati al 1° luglio 2022 al fine di garantire una migliore usabilità e affidabilità del dato e quindi un maggiore rigore delle analisi.⁵

19.3.2 Analisi

La Tabella 19.3 riporta il valore totale bandito per gli acquisti di beni e servizi da parte di aziende e centrali regionali / soggetti aggregatori, del Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19 e Consip, nel periodo 2013-2021. Il valore include anche gli acquisti inferiori ai 40.000€. Come osservato in Cusumano *et al.* (2021), l'attività di acquisto non segue un andamento costante. L'entità di quanto bandito può aumentare in coincidenza del rinnovo di contratti giunti a scadenza oppure per il lancio di nuove iniziative centralizzate in sostituzione di quelle aziendali. Il valore delle gare bandite aumenta nettamente nel 2017 (+66% rispetto al 2016) sulla spinta delle iniziative lanciate dalle centrali di committenza. È bene notare che una gara centralizzata non sostituisce immediatamente una iniziativa aziendale, in quanto fino all'aggiudicazione l'azienda continua ad approvvigionarsi autonomamente. Il 2021 ha visto un aumento del 27% del valore bandito rispetto alla media del triennio precedente. Questo aumento è in parte dovuto agli acquisti per la gestione della pandemia, in parte, probabilmente, per nuove strategie di acquisto che vedono un incremento della durata dei contratti e del loro valore al fine di incorporare eventi straordinari come quelli pandemici. Degli acquisti legati alla gestione della pandemia, il 7% è stato gestito dalla struttura commissariale. Come si è avuto modo di rimarcare in OASI 2021, il sistema degli acquisti ha dimostrato una notevole capacità di adattamento e di gestione dell'emergenza. Le risorse di personale disponibili, come discusso nel paragrafo precedente, sono esigue e pongono degli interrogativi, anche di fronte alle sfide sollevate dall'attuazione del PNRR, di effettiva rispondenza ed efficacia della centralizzazione e dei suoi soggetti rispetto alle finalità e agli obiettivi definiti.

⁴ I dataset utilizzati per le analisi sono disponibili sul sito web di ANAC all'indirizzo <https://dati.anticorruzione.it/opendata/opendata/dataset>.

⁵ Il download ha riguardato non solo il 2021 e primo semestre 2022, non inclusi in Cusumano *et al.* (2021), ma anche gli anni precedenti al fine di tenere conto di possibili aggiornamenti da parte di ANAC dei dati degli anni precedenti. Tali aggiornamenti potrebbero determinare lievi differenze rispetto ai dati presentati nel capitolo OASI.

Tabella 19.3 **Acquisti di beni e servizi per la sanità (miliardi di euro, anni 2013-2021, importo totale bandito da centrali di committenza e aziende sanitarie/ospedaliere)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	1,5	1,9	3,1	1,7	2,9	4,0	2,7	5,8	2,6
Valle D'Aosta	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Liguria	0,4	1,0	0,3	1,5	0,9	1,2	1,7	2,6	1,1
Lombardia	5,2	3,9	9,5	6,8	10,2	9,2	21,3	12,9	15,7
P.A. Trento	0,1	0,1	0,2	0,2	0,7	0,3	0,4	0,6	0,9
P.A. Bolzano	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	1,3	0,9	0,5	1,3
Veneto	1,5	1,3	1,9	1,5	5,0	2,9	4,4	5,5	7,7
FVG	0,4	1,4	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,5	3,0
E-R	3,1	2,2	2,7	2,5	5,4	3,3	5,3	3,2	3,0
Toscana	1,2	1,3	1,3	2,4	9,0	3,6	4,5	3,1	6,7
Umbria	0,3	0,8	0,5	0,5	1,2	1,5	0,9	0,9	0,8
Marche	0,6	1,0	0,8	0,5	1,3	1,3	1,4	1,4	3,2
Lazio	2,4	2,8	1,2	5,6	4,7	1,9	3,8	5,5	3,9
Abruzzo	0,6	0,4	1,8	0,8	0,6	1,3	0,8	2,1	1,0
Molise	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Campania	1,8	2,2	3,6	6,8	7,2	2,9	2,7	6,3	6,3
Puglia	2,5	1,0	1,8	1,0	3,7	2,4	2,4	5,0	4,3
Basilicata	0,2	0,2	0,2	0,5	0,6	0,3	1,0	0,4	0,5
Calabria	1,3	0,5	0,5	0,4	1,5	0,8	0,2	0,3	0,6
Sicilia	4,4	2,4	1,8	5,9	8,9	4,1	3,4	4,6	8,1
Sardegna	1,0	0,8	0,9	2,5	2,5	1,6	1,8	3,3	1,7
Comm. Straord.								9,5	6,0
Consip	7,1	12,2	11,3	3,9	6,8	8,2	11,4	7,1	10,1
Totale	35,9	37,8	44,7	46,3	75,4	54,2	72,6	82,3	88,5

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

Analizzando l'intensità della centralizzazione su base regionale, misurata come quota di acquisti centralizzati sul totale del valore bandito in ogni regione, si osserva come le regioni del Nord abbiano aggregato maggiormente l'attività di acquisto rispetto a quelle del Centro e del Sud (Tabella 19.4). Le tre regioni con la quota di acquisti centralizzati più alta nel triennio 2019-2021 si confermano Toscana, Friuli-Venezia Giulia e Liguria con l'aggiunta di Veneto e Basilicata. Come discusso in Cusumano et al (2020), questi territori sono accomunati dall'aver posto la funzione di acquisto centralizzato in capo a enti del SSR (ESTAR, EGAS – ARCS, Azienda Zero). La modifica degli assetti istituzionali del sistema degli acquisti centralizzati liguri sembra avere rallentato l'operatività della centrale con gli acquisti centralizzati, scesi dal 90% del 2020 al 74% del 2021. La Basilicata, pur adottando un modello in cui la centrale (SUA-RB) è posta all'interno dell'ente regione, riporta alti livelli di aggregazione. Tale performance sembra essere dovuta più a una buona gestione del

Tabella 19.4 **Quota di acquisti centralizzati sugli acquisti regionali (anni 2013-2021, importo bandito per acquisti superiori a 40.000€)**

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Media 2019-2021
Piemonte	45%	32%	53%	30%	56%	70%	54%	73%	48%	58%
Valle d'Aosta	0%	0%	0%	39%	41%	52%	5%	48%	37%	30%
Lombardia	31%	10%	18%	76%	78%	56%	85%	83%	74%	81%
P.A. Trento	0%	0%	0%	31%	31%	21%	16%	8%	18%	14%
P.A. Bolzano	37%	60%	53%	15%	26%	59%	40%	25%	70%	45%
Veneto	4%	9%	15%	43%	84%	66%	79%	82%	87%	82%
FVG	0%	0%	85%	89%	83%	93%	92%	88%	93%	91%
Liguria	7%	85%	42%	91%	78%	88%	85%	90%	74%	83%
E-R	45%	36%	65%	47%	72%	64%	77%	47%	45%	56%
Toscana	26%	34%	89%	95%	97%	90%	92%	83%	96%	90%
Umbria	0%	0%	20%	38%	81%	60%	60%	47%	61%	56%
Marche	0%	0%	6%	5%	65%	62%	49%	56%	75%	60%
Lazio	52%	70%	11%	84%	74%	45%	70%	75%	64%	70%
Abruzzo	0%	0%	0%	23%	25%	46%	19%	59%	24%	34%
Molise	0%	0%	11%	68%	71%	89%	37%	81%	13%	44%
Campania	26%	48%	80%	77%	91%	58%	63%	80%	79%	74%
Puglia	0%	0%	0%	23%	68%	22%	32%	61%	56%	50%
Basilicata	0%	0%	44%	86%	83%	76%	93%	81%	82%	85%
Calabria	75%	60%	70%	74%	92%	68%	21%	0%	59%	27%
Sicilia	0%	0%	0%	84%	85%	65%	69%	65%	74%	70%
Sardegna	0%	0%	0%	62%	55%	26%	51%	76%	59%	62%
Totale	17%	21%	31%	56%	68%	61%	57%	62%	61%	60%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

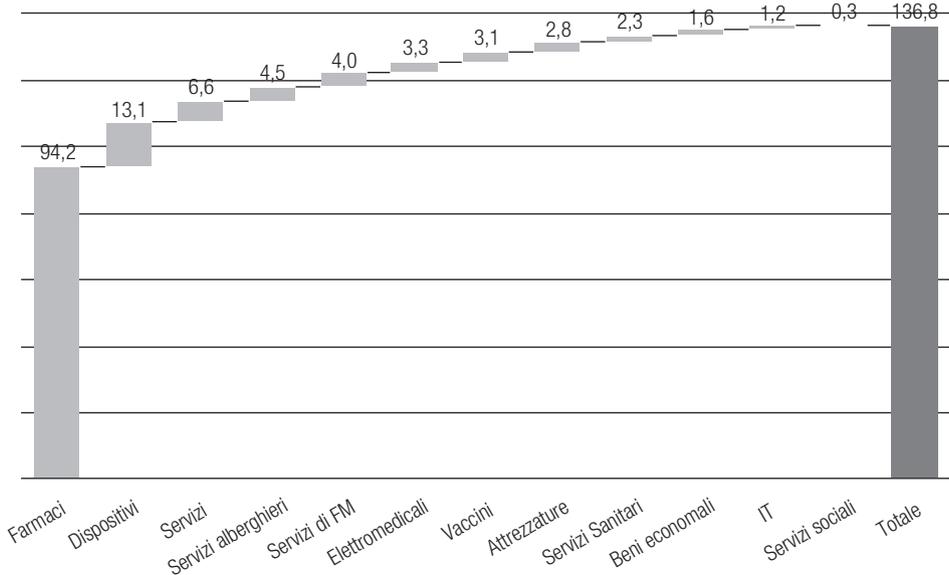
processo anziché imputabile alle ridotte dimensioni del SSR. D'altra parte, il Molise, pur essendo una regione piccola, non riporta livelli di centralizzazione simili.

Da un punto di vista aggregato, la centralizzazione sembra avere raggiunto un plateau, intorno al 60% del totale degli acquisti, dovuto probabilmente a un limite fisiologico, almeno nel suo assetto attuale.

Come si evince dalla Figura 19.1, che conferma i risultati riportati da Cusumano et al (2020, 2021), gli acquisti centralizzati hanno coinvolto essenzialmente farmaci e vaccini. Queste due categorie merceologiche da sole rappresentano il 69% del valore aggiudicato nel periodo 2016-2021, dato in calo di circa il 10% rispetto a quanto riportato nel periodo 2017-2020.

Nei primi anni di attività le centrali si sono concentrate ad assicurare l'approvvigionamento di quei beni e servizi per cui vige un obbligo di legge di iniziativa centralizzata. In molte regioni (Figura 19.2) il tasso di copertura – calcolato come quota degli acquisti per le categorie merceologiche obbligatorie da DPCM gestito dai soggetti aggregatori rispetto al totale regionale – è superiore

Figura 19.1 **Acquisti delle centrali regionali di committenza per categoria merceologica (importo aggiudicato per acquisti superiori a 40.000€, miliardi di euro, anni 2016-2021)***



* Per "servizi" si intendono servizi non ricompresi nelle categorie "servizi alberghieri" e "servizi di Facility Management"
 Legenda FM = facility management, IT = information technology

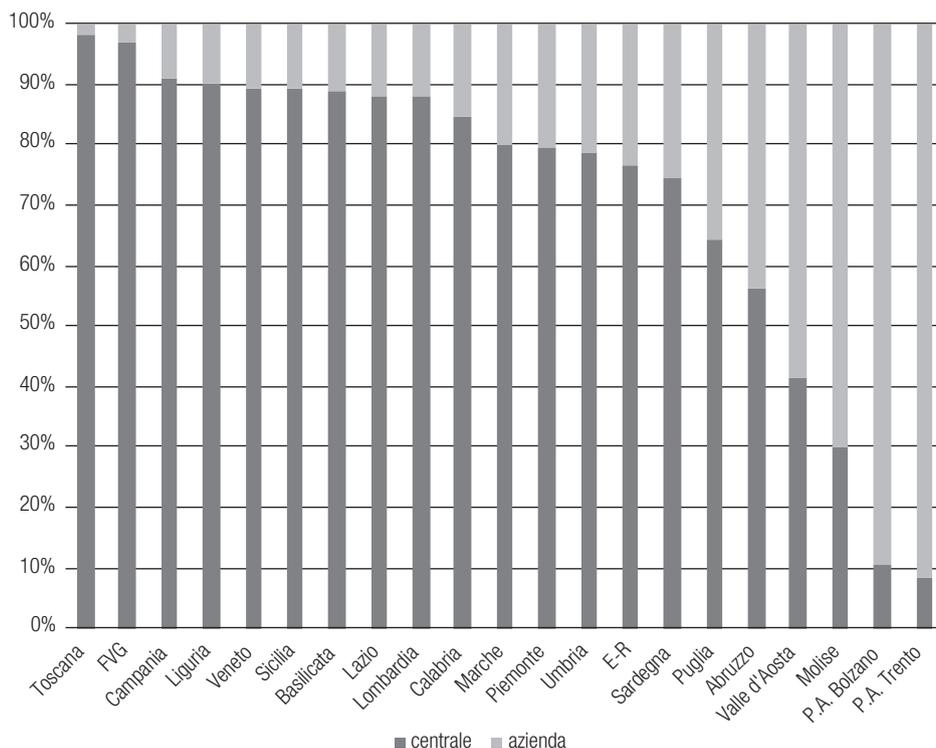
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

al 90%. Ancora una volta, guida la Toscana con quasi il 100% di copertura. Le regioni e province autonome con una copertura più bassa sono quelle in cui è presente un'unica azienda sanitaria.

La coesistenza tra gare centralizzate e aziendali può dipendere da diversi fattori: la necessità di garantire l'approvvigionamento in assenza di iniziative centralizzate, l'esistenza di vincoli di natura organizzativa/culturale o di specificità di tipo clinico che portano ad un acquisto autonomo, o una accresciuta capacità dei provveditori aziendali di processare più gare, mettendo ad esempio a gara contratti oggetto di proroghe, essendo stati sgravati dalla gestione delle procedure relative a beni e servizi oggetto di iniziative centralizzate.

Come discusso in precedenza, queste analisi potrebbero non fornire una rappresentazione completa della situazione osservata in quanto non danno informazioni sull'effettivo tasso di utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione centralizzati. A livello aggregato è possibile elaborare stime di utilizzo per accordi quadro e convenzioni, per i quali è richiesto di indicare anche il codice identificativo gara (CIG) dell'accordo quadro/convenzione di origine. Da prime elaborazioni, il valore degli accordi quadro/convenzioni aggiudicati

Figura 19.2 **Quota di acquisti centralizzati per categorie merceologiche da DPCM banditi dai soggetti aggregatori sul totale regionale negli anni 2016-2021 per acquisti superiori a 40.000€**



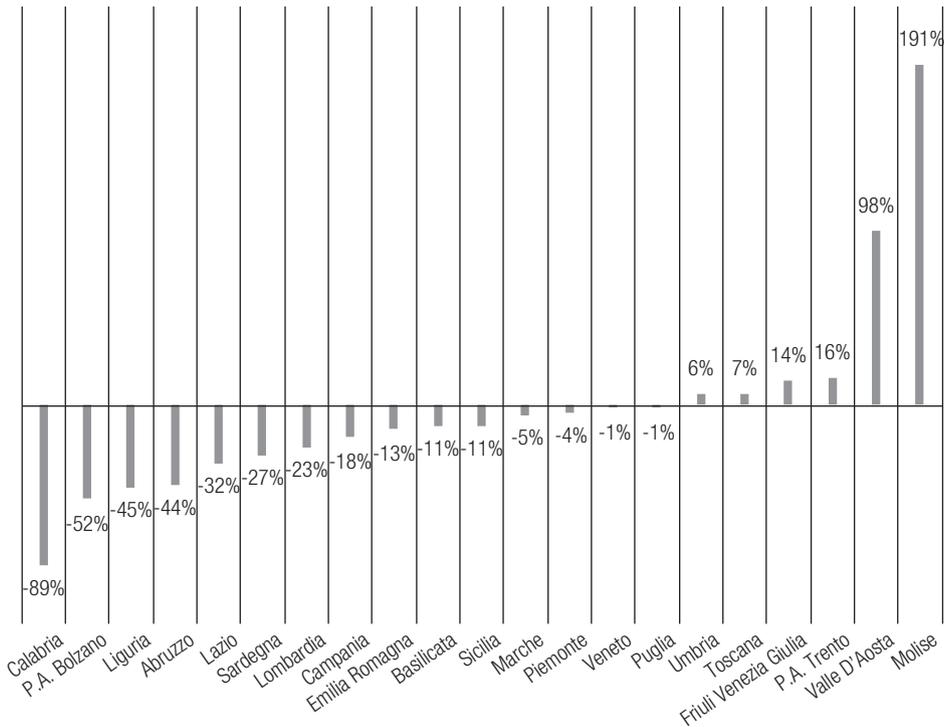
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

a livello regionale/nazionale nel triennio 2016-2018⁶ eccedono di circa 5 miliardi di euro (pari al 13%) quello degli appalti specifici/ordinativi d'acquisto. Il valore medio nasconde, ovviamente, notevoli scarti a livello locale, come si può evincere dalla Figura 19.3. In prima approssimazione scarti, in positivo o negativo, in un intervallo del +/- 20% corrispondente al cosiddetto "quinto d'obbligo" possono essere considerati fisiologici.⁷ Come si nota dalla figura la maggior parte delle centrali ricade in questa situazione. La validità dell'ana-

⁶ Il periodo di riferimento è il triennio 2016-2018 in quanto per legge la durata massima consentita di un accordo quadro è di quattro anni, per cui, al momento della pubblicazione del presente capitolo, gli strumenti presi in analisi dovrebbero essere giunti ad esaurimento.

⁷ Si fa qui riferimento alle disposizioni dell'art. 106 c.12 del Codice dei Contratti, che prevede che la stazione appaltante, se necessario, possa imporre al fornitore un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto alle medesime condizioni previste dal contratto senza che questo possa far valere il diritto alla risoluzione del contratto.

Figura 19.3 **Scostamento in valore assoluto e percentuale tra importo aggiudicato degli accordi quadro/ convenzioni nel periodo 2016-2018 da parte delle centrali di committenza e valore degli appalti specifici superiori ai 40.000€ fino al primo semestre 2022**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

lisi dipende, ovviamente, dalla qualità del dato, per cui è possibile che alcune aziende sanitarie non abbiano riportato correttamente il CIG di origine. Parte dello scostamento potrebbe essere dovuto al fatto che per gli acquisti inferiori ai 40.000€, per cui viene richiesto un cosiddetto “SMARTCIG”, il tracciato ANAC non preveda il rilevamento del CIG dell’eventuale accordo quadro / convenzione d’origine.

Alla luce dell’esperienza accumulata negli anni dalle centrali di committenza, è utile sottolineare nuovamente che sarebbe opportuno riconsiderare gli obblighi di centralizzazione, valutando la convenienza ed efficacia degli strumenti adottati. Appare ormai chiaro come un certo livello di decentramento sia fisiologico per garantire più flessibilità nelle scelte di acquisto e lasciare maggiore spazio all’innovazione. Al contempo, l’esigenza di monitoraggio e coordinamento potrebbe essere garantita dall’utilizzo ormai diffuso dalla digitalizzazione degli acquisti, che offre enormi possibilità di analisi e tracciatura.

Va in questo senso l'intervento del legislatore che con il DL Semplificazioni 2021 (art. 53 c.5) ha ampliato il raggio d'azione della banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) gestita da ANAC, stabilendo che tutte le informazioni inerenti agli atti delle amministrazioni aggiudicatrici siano gestite e trasmesse alla BNDP. Il decreto prevede anche l'interconnessione e l'interoperabilità tra le piattaforme telematiche di procurement e la BNDP “per la gestione di tutte le fasi della vita dei contratti pubblici”.

Nelle gare centralizzate, una criticità è costituita dai tempi di esecuzione dei processi di acquisto⁸ fino alla loro aggiudicazione (Cusumano *et al.*, 2020).

Tabella 19.5 **Durata media (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2021**

	Categorie merceologiche	Anni						Media
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Aziende	Attrezzature	226	146	178	137	92	66	141
	Beni economici	95	101	132	100	92	110	105
	Dispositivi	234	256	257	239	139	84	202
	Elettromedicali	144	138	163	146	98	68	126
	Farmaci	86	54	62	74	64	55	66
	IT	69	75	71	64	53	49	64
	Lavori	69	89	130	80	46	33	75
	Servizi	101	96	92	86	66	52	82
	Servizi alberghieri	97	141	90	104	74	39	91
	Servizi di Facility Management	93	99	97	98	68	52	85
	Vaccini	91	77	29	51	80	41	62
Aziende (tempi medi)	164	164	173	163	103	70	140	
Centrali	Attrezzature	213	313	341	292	148	115	237
	Beni economici	172	195	105	125	82	109	131
	Dispositivi	523	475	329	384	196	119	338
	Elettromedicali	220	358	234	302	111	111	223
	Farmaci	162	159	113	140	81	104	127
	IT	122	175	119	99	102	111	121
	Servizi	183	227	202	223	165	120	187
	Servizi alberghieri	359	734	495	426	160	150	387
	Servizi di Facility Management	335	520	275	341	211	149	305
	Vaccini	92	83	66	74	74	45	72
Centrali (tempi medi)	243	246	178	211	99	105	182	
Totale (tempi medi)	194	196	174	179	101	81	155	

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

⁸ Vedi anche il quaderno Osservatorio MASAN dedicato liberamente scaricabile al link https://www.sdabocconi.it/upl/entities/attachment/Quaderno_02_2020_Tempi_di_approvvigionamento.pdf

Rispetto ai dati presentati nel Rapporto OASI 2021 (Cusumano *et al.*, 2021), riferiti al 2020, si consolida e prosegue la tendenza di contrazione dei tempi di aggiudicazione anche nel 2021 sia per le aziende sanitarie sia per le centrali di committenza. Considerando in modo granulare le diverse categorie merceologiche, le procedure che richiedono tempi maggiori di aggiudicazione si confermano, per le centrali, quelle per i servizi alberghieri e di *facility management* e per i dispositivi medici, mentre per le aziende, quelle per l'acquisto di dispositivi medici e di beni economici. Le tempistiche espresse incorporano anche il contenzioso, che a livello centralizzato generalmente è maggiore (Cusumano *et al.*, 2020). I tempi di gara, globalmente, sembrano allinearsi alle previsioni del dettato normativo⁹ che fissa in sei mesi i termini dalla pubblicazione della determina a contrarre per giungere ad aggiudicazione definitiva.

L'ultima analisi presenta un confronto tra i ribassi ottenuti nelle gare centralizzate rispetto a quelle aziendali. Come mostra la Tabella 19.6, le gare centralizzate si confermano essere più competitive in termini di ribassi ottenuti rispetto a quelle aziendali. È bene sottolineare che l'entità del ribasso può dipendere da diversi fattori e che un ribasso inferiore a livello aziendale non implica necessariamente un'aggiudicazione a prezzi unitari superiori, dipendendo soprattutto dal livello di prezzo definito per la base d'asta. Interessante notare come in generale la media dei ribassi tra centrali e aziende sia costante negli anni (circa il 20%). A livello centralizzato i ribassi registrati sono superiori rispetto a quelli aziendali, inoltre, dopo una flessione nell'entità dei ribassi registrato nel 2020, nel 2021 si è tornati sui livelli pre-pandemia.

Tale tendenza non si riscontra, invece, nei servizi in cui si assiste ad un ulteriore calo del ribasso offerto. Queste dinamiche in gara si stanno scontrando, in sede di esecuzione, con un generale rialzo del costo dei fattori produttivi che sta portando a rinegoziazioni e adeguamenti dei prezzi. Secondo una survey

Tabella 19.6 **Ribassi medi delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per oggetto dell'appalto, anni 2016-2021**

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Media
Centrali	21%	28%	24%	28%	24%	28%	25%
Forniture	20%	27%	24%	27%	24%	29%	26%
Servizi	29%	30%	24%	29%	23%	20%	25%
Aziende	11%	12%	13%	12%	11%	9%	15%
Forniture	11%	12%	13%	12%	12%	9%	12%
Servizi	12%	12%	14%	11%	10%	8%	11%
Media	16%	20%	19%	20%	18%	19%	20%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

⁹ Art. 2 c.1 DI 76/2020 convertito dalla legge 120/2020.

condotta tra maggio e luglio 2022 dall'Osservatorio MASAN all'interno del network delle imprese aderenti, primarie ditte fornitrici in ambito sanitario, il 71% dei rispondenti (12 su 17) affermava di essere stato colpito in modo significativo dal rincaro delle materie prime e dei trasporti. L'aumento medio percentuale del prezzo dei prodotti/servizi rispetto al 2021 riportato è del 33% (mediano 6%) con punte del 200% nei gas medicali e del 70% nel facility management, settori in cui i costi dell'energia incidono in modo rilevante. Le richieste di revisione prezzi sono state parzialmente accolte in un quarto dei casi. A differenza dei lavori, dove sono presenti dei prezzari regionali, nell'ambito delle forniture e servizi la revisione prezzi sconta la capacità della stazione appaltante di riuscire a definire criteri e modalità di riconoscimento dell'aumento dei costi dei fattori produttivi, si pongono inoltre questioni di tipo giuridico in merito alla possibilità di concedere aumenti di prezzo anche in assenza di specifiche clausole contrattuali e i limiti all'applicabilità dell'articolo 1664 del Codice Civile. Queste problematiche potrebbero essere superate, in futuro, prevedendo logiche open book, basate sulla valutazione puntuale e trasparente dei maggiori costi di produzione, che richiedono, però, oltre a competenze specifiche, una forte collaborazione e fiducia tra cliente e fornitore, tutti elementi che rappresentano ancora punti deboli dei processi di approvvigionamento.

Nell'ambito dei contratti centralizzati, un ulteriore grado di complessità è costituito dal fatto che se la centrale di committenza può riconoscere un incremento del prezzo di fornitura, le aziende sanitarie, su cui grava il costo del contratto, devono avere le disponibilità a bilancio. Ciò richiede un forte lavoro di coordinamento tra direzioni regionali, aziende sanitarie e centrali di committenza che anche in questo caso fungono da pivot della rete del procurement.

19.4 L'attuazione della Missione 6 del PNRR e le implicazioni di procurement

L'ultima parte del capitolo è dedicata ad analizzare il ruolo delle centrali di committenza e le implicazioni di procurement dell'attuazione della Missione 6 del PNRR. In particolare, sono stati considerati gli investimenti e sub-investimenti del piano che rientrano nei contratti istituzionali di sviluppo (CIS) e relativi programmi operativi (PO), e la telemedicina, come riportati in Tabella 19.7.

Il metodo di indagine seguito ha previsto l'analisi dei PO, della documentazione di gara pubblicata e di altri documenti rilevanti. A completamento dell'analisi desk sono state condotte tre interviste semi-strutturate a rappresentanti dell'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute, di Consip e infine di regione Veneto per raccogliere i punti di vista dei principali attori in gioco.

L'analisi non approfondisce il fascicolo sanitario elettronico (FSE, investi-

Tabella 19.7 **Investimenti PNRR analizzati**

Investimento	Descrizione
C1_1.1	Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona
C1_1.2	Casa come primo luogo di cura e telemedicina
C1_1.2.2	<i>Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)</i>
C1_1.2.3	<i>Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici</i>
C1_1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità – OdC).
C2_1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
C2_1.1.1	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione)</i>
C2_1.1.2	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)</i>
C2_1.2	Verso un ospedale sicuro e sostenibile

mento C1_1.3.1), per il quale i PO prevedono la realizzazione di una repository centrale da parte da parte del Soggetto Attuatore (Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per la trasformazione digitale). Le Regioni, entro tre mesi dall'approvazione delle linee guida per l'attuazione del FSE, avvenuta il 20 maggio 2022, devono predisporre dei “piani regionali di adeguamento”¹⁰ per il dispiegamento del FSE nel loro territorio. Tuttavia, al momento della pubblicazione del capitolo, non sono state definite le modalità di procurement. Consip, nel frattempo, ha lanciato due accordi quadro (“sanità digitale” 2 e 3) di cui gli enti del SSN o loro società in house possono avvalersi tra gli altri anche per l'attuazione del FSE.

Il paragrafo contiene, infine, un approfondimento sulla dotazione di grandi apparecchiature attraverso l'analisi dei dati provenienti dal flusso informativo ministeriale per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

19.4.1 Il ruolo delle centrali di committenza regionali e nazionali nell'attuazione della Missione 6 del PNRR

I CIS all'articolo 5 comma 3bis chiedono a ciascuna regione di esplicitare nel PO il “ricorso a procedure di affidamento aggregate”. Dall'analisi dei programmi si evince che 15 regioni e province autonome su 21 indicano esplicitamente il ricorso a procedure centralizzate regionali, 9 citano Consip e 2 Invitalia (Tabella 19.8). Delle regioni che non esplicitano nei propri piani operativi il ricorso a iniziative del soggetto aggregatore / centrale di committenza in due casi – Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano – si suppone che l'attuazione del piano sia demandata all'unica ASL presente sul territorio. Il Piemonte rinvia, nel proprio programma operativo, a un momento successivo l'individuazione “delle soluzioni tecnico-operative procedurali più efficaci a garantire l'ese-

¹⁰ Art. 21 c.1 lettera n) Dl 27 gennaio 2022, n. 4.

Tabella 19.8 **Ricorso a procedure aggregate nei piani operativi della Missione 6 del PNRR**

Regione	CENTRALE REGIONALE	CONSIP	INVITALIA
Piemonte	NO	NO	NO
Valle d'Aosta	NO	NO	NO
Liguria	SÌ	SÌ	NO
Lombardia	SÌ	SÌ	NO
P.A. Trento	SÌ	NO	NO
P.A. Bolzano	NO	NO	NO
Veneto	SÌ	SÌ	NO
FVG	SÌ	NO	NO
E-R	SÌ	NO	NO
Toscana	SÌ	NO	NO
Umbria	SÌ	SÌ	NO
Marche	SÌ	NO	SÌ
Lazio	SÌ	SÌ	NO
Abruzzo	SÌ	SÌ	NO
Molise	SÌ	SÌ	NO
Campania	SÌ	NO	NO
Puglia	nd	nd	nd
Basilicata	SÌ	NO	NO
Calabria	NO	SÌ	SÌ
Sicilia	NO	SÌ	NO
Sardegna	SÌ	NO	NO
TOTALE "Sì"	15	9	2

cuzione degli interventi nei tempi previsti". La Puglia non compila il campo. Calabria e Sicilia sembrano escludere il ricorso al proprio soggetto aggregatore dichiarando, invece, di appoggiarsi a iniziative Consip.

Consip viene citata in merito all'investimento M6.C2-1.1, relativo all'intervento di ammodernamento tecnologico degli ospedali, sulla scorta di quanto previsto dal PNRR stesso, salvo il caso in cui non fossero già state avviate iniziative analoghe a livello regionale. Tre sole regioni – Calabria, Marche e Umbria – citano esplicitamente nei propri piani operativi il ricorso ad accordi quadro Invitalia per la gestione dei servizi di ingegneria e architettura e di lavori. Come si discuterà in seguito, sono 16 le regioni ad avere aderito all'iniziativa promossa da questo soggetto aggregatore nazionale.

19.4.2 Le implicazioni di procurement per l'attuazione degli investimenti della Missione 6 PNRR

Discusso il possibile coinvolgimento delle centrali di committenza e soggetti aggregatori regionali e nazionali, si approfondiscono ora le implicazioni di procurement per la realizzazione dei diversi investimenti. Le considerazioni si fon-

Tabella 19.9 **Sintesi delle modalità di procurement per la realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR**

	Lavori	Beni & Servizi	IT
Case e Ospedali di Comunità, COT	AQ Invitalia, Gare aziendali	AQ Regionali, Da definire, si punterà su iniziative Consip o regionali	Da definire, disponibili AQ Consip
Ospedale sicuro e sostenibile	AQ Invitalia o Gare aziendali	–	–
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)	–	–	AQ Consip
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)	Gare aziendali	–	AQ Consip e in via residuale iniziative regionali se già avviate
Telemedicina	–	Da definire	PPP per piattaforma nazionale, da definire verticali regionali

Legenda PPP = partenariato pubblico-privato.

dano sull’analisi documentale, le interviste e l’esperienza degli autori. La Tabella 19.9 contiene una sintesi per le diverse componenti – lavori, beni e servizi, IT – di ciascun investimento delle soluzioni di approvvigionamento identificate.

È evidente il largo ricorso agli accordi quadro (AQ) messi a disposizione a livello nazionale da Consip e Invitalia. Se per l’investimento C2_1.1 (ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero), come scritto sopra, l’intervento di Consip è previsto dallo stesso PNRR e ad esso sono agganciati target e milestone, negli altri casi il Ministero della Salute si è fatto promotore di iniziative comuni tra regioni. La mole straordinaria di investimenti avrebbe posto, infatti, in difficoltà le singole aziende sanitarie, ma probabilmente anche le stesse centrali di committenza regionali, nell’aggiudicare nei termini stabiliti un numero importante di gare e contemporaneamente presidiare l’attività ordinaria.

Gli investimenti nell’ambito dei Contratti Istituzionali di Sviluppo

Per assicurare e garantire il raggiungimento degli obiettivi, il CIS individua soggetti con compiti e funzioni definite: Tavolo istituzionale, Responsabile Unico del Contratto (RUC), Nucleo Tecnico e Referente della Regione.¹¹

L’Unità di Missione del Ministero della salute ha assunto un ruolo di coordinamento, attivando, in favore di Regioni e Province autonome, le convenzioni

¹¹ Il Tavolo Istituzionale, presieduto dal Ministro della salute e composto dal Presidente di Regione/PP.AA., dal MEF, si riunisce almeno ogni sei mesi al fine di valutare lo stato di attuazione del Piano Operativo, approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti, approvare le proposte di definanziamento necessarie proposte dal RUC, alla luce degli esiti conseguenti le istruttorie effettuate dal Nucleo Tecnico inerenti all’attuazione dei singoli interventi che lo compongono.

che il MEF ha stipulato con Invitalia e Consip di supporto alle Amministrazioni centrali responsabili del PNRR e finalizzate (i) a rafforzare la capacità tecnico-operativa e i presidi di controllo sull'efficacia amministrativa e (ii) ad accelerare la realizzazione degli investimenti. Dal 20 giugno 2022 sono state rese, inoltre, disponibili attraverso la Piattaforma Capacity Italy,¹² FAQ, webinar, linee guida e documenti tipologici a supporto delle fasi attuative degli investimenti. Il supporto tecnico-operativo alle Amministrazioni è fornito da Cassa Depositi e Prestiti (CDP), Invitalia e MedioCredito Centrale (MCC) attraverso un gruppo multidisciplinare di esperti per l'implementazione del PNRR, con specifiche competenze settoriali nella gestione di bandi nell'attuazione di investimenti pubblici. Tra questi, Invitalia aveva maturato già esperienze in materia di investimenti pubblici, sia in relazione alla realizzazione delle terapie intensive durante le fasi acute dell'emergenza Covid, sia nelle procedure attuative dei fondi strutturali europei.

L'Unità di missione ha, inoltre, coordinato le attività di individuazione e di raccolta dei fabbisogni sia per le grandi apparecchiature sia per i lavori.

Con particolare riferimento alle tecnologie, l'attuazione del PNRR ha rappresentato un momento importante di coordinamento tra l'azione di Consip e la programmazione sanitaria, fino a prima pressoché assente o non istituzionalizzata. Come evidenziato dal confronto diretto con Consip, questa programmazione e progettazione integrata ha rappresentato una novità importante nel processo di centralizzazione, specie per quanto riguarda la definizione puntuale del fabbisogno, che consente di evitare, da un lato, il sovrapporsi di iniziative regionali/nazionali e, dall'altro, in sede di esecuzione, una "corsa all'accaparramento" delle tecnologie. Il maggior coordinamento sperimentato nell'ambito PNRR per l'acquisto di tecnologie sanitarie potrebbe favorire, anche, una miglior distribuzione delle dotazioni sul territorio, che ad oggi appare caratterizzata da marcate disuguaglianze tra le regioni (Tabella 19.10).

Tutte le regioni hanno aderito alle iniziative Consip per l'ammodernamento tecnologico e digitale dei DEA, che andranno così a coprire il 100% degli interventi di digitalizzazione e circa il 90% del fabbisogno di tecnologie. Fanno eccezione quelle iniziative regionali già in corso a copertura delle medesime tecnologie oggetto di acquisto.

Per quel che concerne gli interventi infrastrutturali per la realizzazione di CdC, OdC e COT, sempre con il supporto del Ministero della Salute, è stato richiesto alle singole aziende sanitarie di precisare il fabbisogno. Sulla base di questa rilevazione puntuale, Invitalia, in qualità di centrale di committenza, ha quindi pubblicato un bando per l'aggiudicazione di accordi quadro suddivisi in

¹² sportellotecnico.capacityitaly.it promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie.

Tabella 19.10 **Numero di grandi apparecchiature disponibili per milione di abitanti per regione, anno 2022**

Regione	ACC	ANG	GCC	GTT	MMI	PET	RMN	ROB	TAC
Piemonte	6.6	13.2	4.2	2.1	24.2	1.9	20.9	1.6	21.6
Valle D'Aosta	8.1	–	–	–	–	8.1	48.6	–	24.3
Lombardia	7.4	16.9	4.3	2.3	31.6	3.5	31.0	3.3	22.6
P.A. Bolzano	5.5	7.4	–	3.7	18.4	1.8	25.8	–	18.4
P.A. Trento	–	–	–	–	–	–	1.9	–	1.9
Veneto	6.6	13.0	2.3	2.5	29.0	2.5	33.2	3.3	17.1
Friuli-Venezia Giulia	5.8	0.8	0.8	–	5.0	0.8	8.4	0.8	6.7
Liguria	6.0	17.2	4.0	1.3	39.8	4.6	45.8	2.7	28.5
Emilia-Romagna	5.6	13.5	2.0	3.2	30.7	2.7	29.8	1.6	21.4
Toscana	6.0	10.3	4.9	1.1	25.6	2.4	28.3	4.4	29.4
Umbria	9.3	14.0	5.8	2.3	54.7	3.5	39.6	3.5	36.1
Marche	6.7	8.7	6.0	2.0	26.2	2.7	29.5	2.0	24.8
Lazio	7.7	12.4	6.8	0.7	45.0	2.3	39.7	2.6	32.5
Abruzzo	6.3	11.0	7.9	–	24.3	2.4	22.8	1.6	33.0
Molise	3.4	13.8	13.8	–	34.4	6.9	44.7	–	37.8
Campania	5.0	10.7	6.8	0.4	37.4	3.9	26.1	1.4	39.0
Puglia	5.1	13.0	3.6	3.1	38.9	1.8	31.7	1.8	29.4
Basilicata	7.4	14.8	7.4	3.7	40.7	5.6	35.2	1.9	29.6
Calabria	4.9	9.2	6.0	1.6	26.0	3.3	30.9	0.5	32.5
Sicilia	5.2	9.2	6.5	1.0	24.2	2.9	24.4	0.4	32.1
Sardegna	4.4	4.4	5.1	2.5	3.8	1.9	5.1	–	5.1
Media Italia	6.2	12.2	4.7	1.7	30.6	2.8	29.0	2.1	26.2

Legenda ACC= acceleratori lineari, ANG = angiografi, GCC = gamma camere computerizzate, GTT = sistemi TAC/gamma camera, MMI = mammografi, PET = sistemi TAC/PET, RMN = risonanza magnetica, ROB = sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica.

Fonte: elaborazioni Cergas Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature del Ministero della Salute, download 01/05/2022, e dati ISTAT).

21 lotti geografici, ciascuno dei quali composto fino a 5 sub-lotti prestazionali (servizi tecnici, servizi di verifica, lavori, lavori in appalto integrato, servizi di collaudo), raggruppati in “cluster” di prestazioni, corrispondenti nei fatti alle aziende sanitarie (cosiddetti soggetti attuatori esterni). Ogni cluster vedrà l’aggiudicazione a un singolo fornitore per ciascun sub-lotto prestazionale e l’azienda sanitaria interessata non dovrà far altro che aggiudicare l’appalto specifico attraverso un ordine di attivazione (OdA).

A questa iniziativa partecipano 16 regioni. Delle regioni non aderenti Veneto e Campania avevano avviato delle iniziative coordinate da Azienda Zero e SoReSa. Regione Liguria nel proprio PO affida al proprio soggetto aggregatore, SUAR, il compito di realizzare le iniziative regionali appropriate all’attuazione degli investimenti. Abruzzo e Sicilia mantengono la responsabilità in capo alle singole aziende sanitarie.

Per quel che riguarda le dotazioni delle case e ospedali di comunità il DM 77/2022 prevede degli standard legati ai contenuti digitali / tecnologici / arredi. Ad integrazione dei suddetti standard sono stati elaborati dal Ministero degli schemi tipo di documenti d'indirizzo della progettazione e, con il supporto, di Agenas, dei "metaprogetti" (Casa di Comunità e COT) finalizzati a integrare secondo logiche organizzative e funzionali i già menzionati standard. Al momento, tuttavia, non sono state ancora definite le modalità di approvvigionamento, anche se si immagina che si cercherà anche in questo caso di appoggiarsi il più possibile o su iniziative Consip o regionali nuove o esistenti.

*Focus telemedicina*¹³

Diversamente dalle grandi tecnologie, per cui l'obiettivo primario è l'ammmodernamento tecnologico rispetto al parco installato, e dai lavori, per la realizzazione della rete territoriale, caratterizzati da bassi livelli di complessità, la digitalizzazione potrebbe rappresentare, potenzialmente, un ambito in cui sperimentare logiche di procurement strategico, con una forte enfasi sulla scelta del delivery model più adeguato (appalto o concessione), sulla definizione del rapporto cliente/fornitore, data la necessità di individuare soluzioni contrattuali flessibili e fondate su logiche di co-design. Tuttavia, il rischio più evidente è che, dati i tempi stringenti e la presenza di accordi quadro Consip, vengano espletate gare o acquistate soluzioni in un contesto in cui non sono state operate chiare scelte su obiettivi strategici da conseguire, target a cui offrire i servizi, sulla riorganizzazione della rete e sulla maturità organizzativa per realizzare una governance digitale.

I livelli su cui interviene la digitalizzazione sono in prima battuta tre:

- a) livello nazionale, con la realizzazione della piattaforma nazionale di telemedicina, con ruolo di "enabler" per l'offerta di servizi abilitanti; oggi è in corso una gara nazionale, guidata da AGENAS, quale agenzia nazionale per la digitalizzazione dei servizi e dei processi nella sanità (in forza al DL 27 gennaio 2022, n. 4) per la realizzazione in concessione (PPP) della piattaforma e per la sua gestione, che si prevede di aggiudicare entro la fine del 2022;
- b) livello regionale, per la realizzazione/potenziamento dell'infrastruttura e della sua gestione, in primis per l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina;
- c) livello locale, sia per l'ottimizzazione dei processi sia per una maggior efficacia nella presa in carico dei pazienti, con lo sviluppo di soluzioni ad hoc oppure integrate ad altre forniture (device) o servizi.

¹³ Questo paragrafo rappresenta una sintesi dell'incontro dell'Osservatorio MASAN svoltosi il 24 maggio 2022 e dedicato al procurement di soluzioni digital.

I servizi di telemedicina sono divisi in due categorie¹⁴:

- ▶ servizi abilitanti, che sono l'oggetto del PPP della piattaforma nazionale: si tratta di servizi per abilitare il monitoraggio, il governo, la programmazione e anche la valutazione degli outcome di tipo clinico-assistenziale. La piattaforma raccoglie eventi – come inizio e fine dei percorsi, allarmi, eventi clinici che succedono a livello locale- e dati sui pazienti, ma anche clinici.
- ▶ servizi minimi di telemedicina (chiamati anche verticali, e sono telemonitoraggio, teleassistenza, televisita e teleconsulto), che fanno parte dell'ambito della cura e che si innestano sulla piattaforma nazionale. Per svilupparli, sono state scelte due regioni capofila, Puglia e Lombardia, che devono raccogliere i fabbisogni delle altre regioni e procedere con una strategia di procurement da definire al momento in cui si scrive. L'obiettivo è la ricerca di un livello omogeneo del servizio, almeno sui territori regionali.

Da questo assetto è possibile evidenziare la volontà di creare una soluzione a livello nazionale che definisca e misuri gli obiettivi di servizio, e una serie di soluzioni operative omogenee sul territorio regionale.

Se a livello nazionale la scelta di ricorrere al PPP è stata esplicitata dai Ministeri della Salute e della Transizione Digitale a gennaio 2022, anche sulla scorta del progetto del cloud nazionale, la cui concessione per la realizzazione e gestione è stata aggiudicata a luglio 2022, a livello regionale la situazione si presenta a macchia di leopardo, con infrastrutture digitali già in parte presenti e che potrebbero essere potenziate attraverso:

- ▶ Accordi quadro Consip, secondo una logica di “soluzioni incrementalmente specifiche”;
- ▶ Progetti di sistema, volti a sviluppare l'infrastruttura regionale e a gestirla (gestione e integrazione dei dati, interoperabilità, usabilità, upgrade).

Queste due possibili soluzioni, che rappresentano gli estremi di un continuum, rispondono a logiche di procurement differenti. Le prime si fondano su un procurement tradizionale, che impone una elevata capacità di “*system integration*” a livello regionale e che potrebbe portare a risultati sub-ottimali dovuti alla frammentazione dei fornitori e quindi a una non chiara definizione delle responsabilità tra cliente e fornitori. La seconda, se consente di superare i problemi legati alla prima, rischia di “ingessare” il sistema se non è accompagnata da chiari obiettivi strategici a meno che non venga adottato un modello di PPP/concessione, in cui la piattaforma è co-progettata, anche in modo evoluti-

¹⁴ Agenas 2022, Indicazioni metodologiche per la perimetrazione delle proposte di PPP per la piattaforma nazionale di telemedicina.

vo e nel tempo, e in cui il concessionario può essere responsabilizzato rispetto a upgrade tecnologici, flessibilità e interoperabilità con eventuali soluzioni aziendali, usabilità da parte di clinici e pazienti. Infatti, una delle principali sfide è quella di avere una piattaforma interoperabile che permetta la maggior inclusività possibile in termini di device di telemonitoraggio presenti sul mercato, assicurando comunque una interfaccia unica per il paziente.

19.5 Conclusioni

L'analisi operata dall'Osservatorio MASAN conferma una situazione abbastanza variegata di organizzazione della centralizzazione degli acquisti, anche se progressivamente sta emergendo la consapevolezza della necessità di strutture dedicate per il governo e la gestione del procurement sanitario, sia per quanto riguarda, evidentemente le categorie DPCM, sia per quanto riguarda gli acquisti extra DPCM.

La spinta alla centralizzazione ha subito una ulteriore accelerazione con l'attuazione del PNRR. Differentemente dal passato, in cui l'obiettivo era la razionalizzazione della spesa, in questo caso l'obiettivo primario alla base di questa scelta è la necessità di gestire una mole consistente di risorse e progetti nel rispetto a target e milestone del piano. In particolare, va notato un positivo coinvolgimento di Consip, già attore specializzato e cruciale nel sistema degli acquisti sanitari, nella programmazione e gestione degli investimenti tecnologici, con positivi effetti anche in termini di razionalizzazione degli acquisti sul territorio, e di Invitalia nei lavori. La regia centrale dell'attuazione del PNRR, ma anche le scelte esplicite effettuate in buona parte delle regioni, non hanno, invece, consentito una sufficiente valorizzazione del ruolo delle centrali di committenza regionali, che rimangono specializzate prevalentemente in forniture e servizi.

La fotografia conferma che le categorie merceologiche su cui sono impegnate le centrali regionali rimangono beni standardizzati, quali farmaci e vaccini. Le riforme istituzionali, a cui non è seguita una modifica nelle modalità operative, non sembrano aver colto l'opportunità di trasformare le centrali di committenza in hub di competenze a supporto dei processi di acquisto e investimento con un forte orientamento all'innovazione e la creazione di valore.

La dotazione di personale delle centrali, a meno di misure straordinarie di reclutamento, impone di operare scelte chiare sul ruolo affidato a questi soggetti, che possono essere ricondotte a tra direttrici:

- strategia di continuità: secondo cui le centrali rimangono prevalentemente concentrate su acquisti DPCM con alcune iniziative che riguardano anche categorie extra DPCM;

- ▶ strategia della specializzazione: in logica incrementale, la specializzazione potrebbe trainare alleanze tra centrali (già sperimentate) con l'obiettivo di ottimizzare le risorse e i risultati; in questo senso sarebbe auspicabile anche una riflessione sul ruolo di centrali nazionali per l'acquisto di beni altamente standard, quali farmaci e vaccini;
- ▶ strategia dell'innovazione: basata su una progressiva specializzazione della centrale, attraverso la creazione di unità e progettualità ad hoc, anche facendo leva sulle competenze più avanzate maturate in alcune aziende sanitarie, nel supportare la realizzazione di acquisti con logiche più innovative e investimenti.

La strategia della specializzazione richiede un elevato sforzo di allineamento e coordinamento tra regioni, ad oggi forse difficile a meno di un intervento normativo incentivante. La strategia di innovazione sarebbe auspicabile e in parte si stanno rilevando iniziative puntuali emergenti di tipo informale e non istituzionalizzate. La necessità, più volte suggerita dall'Osservatorio MASAN, di veicolare il procurement da logiche operative a logiche strategiche (Cusumano et al. 2021), anche per perseguire obiettivi di innovazione, non può essere più trascurata. Condizione imprescindibile per questa transizione è ancora una volta la gestione delle risorse umane, attraverso politiche di reclutamento e formazione per creare un nucleo forte e autorevole di persone capaci di governare i processi strategici, ma anche per attuarli, dalla programmazione al monitoraggio delle performance dei fornitori.

L'Osservatorio MASAN nella sua attività di ricerca condotta nel corso del 2021 ha messo a punto un framework di riferimento, il *value based procurement process*, volto a stimolare le centrali di committenza, ma non solo, ad avviare iniziative di riconfigurazione del procurement in modo da generare più valore con i processi di acquisto. Si tratta di un framework che può supportare l'attuazione della strategia di innovazione, specie da parte delle centrali più mature. Da questo punto di vista va osservato che centrali, quali ad esempio ESTAR, che negli ultimi anni ha avviato iniziative di procurement strategico, sia con l'attivazione di contratti *value based* ma anche di logiche di monitoraggio più sofisticate, abbiano avviato un percorso con l'Osservatorio MASAN per comprendere le modalità attuative del *value based procurement process*. È indubbio che acquisti innovativi, anche seguendo logiche di *value based procurement process*, non possano che avvenire ai livelli di governo più decentrati (a livello regionale e aziendale). Il rafforzamento di soggetti aggregatori a livello nazionale, come sta avvenendo nell'attuazione del PNRR, potrebbe essere utile laddove andasse a sollevare gli altri livelli istituzionali dalla gestione delle procedure di selezione del fornitore per l'approvvigionamento di beni standard, oppure, mettendo a disposizione strumenti di acquisto sufficientemente flessibili per gestire le proprie progettualità o organizzare i servizi. Con

riferimento a questi ultimi punti è chiaro che sia necessario rafforzare la governance della fase di esecuzione a livello regionale. La messa a disposizione, in modo indiscriminato, di strumenti di acquisto alle aziende sanitarie senza un governo né in fase di costruzione della gara, né in fase di esecuzione, potrebbe portare, infatti, generare entropia.

Un rafforzamento dei processi di centralizzazione a livello nazionale non deve portare a un disinvestimento di competenze in materia di acquisti e investimenti a livello locale, visto che il fabbisogno e la gestione dei contratti rimane prerogativa locale.

Importante banco di prova per il procurement strategico a livello regionale è rappresentato certamente, anche se non solo, dalla (i) realizzazione delle piattaforme di telemedicina, rispetto a cui la scelta nazionale di ricorrere a una soluzione di concessione/PPP potrebbe essere foriera di altre iniziative simili a livello regionale; a livello locale, invece, (ii) dall'attivazione della rete delle case della comunità e del rafforzamento della digitalizzazione di servizi e prestazioni, che non può non partire dalla definizione di chiare strategie aziendali rispetto a cui il procurement è uno degli strumenti attuativi.

Box 19.1

Il value based procurement process (VBPP), ispirato alle logiche di management, concepisce il procurement non come mera funzione operativa, ma come funzione altamente strategica, in quanto strettamente funzionale a perseguire gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria, anche per il suo ruolo di antenna costantemente sintonizzata sul mercato per catturare proposte e dialogare con gli operatori economici. Il VBPP ha il suo fulcro non tanto nella costruzione della procedura, ma nella progettazione dell'acquisto o meglio del progetto di acquisto (il business case), quale momento di confronto con gli stakeholder, interni ed esterni all'azienda (clinici e professioni sanitarie, pazienti, operatori economici), per comprendere i fabbisogni e le opportunità, costruire e comparare, sulla base di nuovi modelli di misurazione del valore, soluzioni di acquisto.

Il VBPP su logiche di valutazione di tipo *value for society*, che spostano il confronto delle diverse soluzioni di acquisto su alcune dimensioni: economicità (misurata in termini di *total cost of ownership*), impatti ambientali, impatti clinici, risk management, equità di accesso, flessibilità, contributo all'innovazione e al cambiamento di sistema. Il VBPP consente dunque di suffragare scelte d'acquisto inerentemente innovative e quindi percepite come più rischiose, quali, per esempio quelle orientate all'acquisto di soluzioni *bundle* o integrate o secondo schemi di concessione (partnership pubblico-privato). Esempi ne sono i contratti di nuova generazione, applicati generalmente a un bundle di bene (prodotto farmaceutico o device) e servizio con un pagamento legato all'erogazione di una terapia o al conseguimento di determinati indicatori di *performance* (riduzione dei casi di ospedalizzazione, accessi al pronto soccorso o visite). Oppure i cosiddetti "appalti selettivi", per tecnologie o servizi, basati sulla definizione sartorializzata dell'oggetto del contratto per conseguire determinati indicatori di *performance* definiti ex ante e soggetti a monitoraggio in fase di esecuzione.

Attuare logiche di VBPP impone alla committenza pubblica (centrali e aziende sanitarie) di essere buyer strategico e sofisticato, capace di stimolare il mercato a individuare soluzioni innovative per raggiungere obiettivi ambiziosi. Il VPBB rappresenta anche una sfida comune per produrre valore pubblico e un potente volano di politica economica e di stimolo alla competitività e alla produttività delle imprese.

19.6 Bibliografia

- Amatucci, F., Callea, G., Cusumano, N., Longo, F., Vecchi, V. (2018), «La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., & Longo, F. (2020), «Regioni e aziende: modelli di coordinamento a confronto», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2020*, Milano, 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 Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Cusumano, N., Vecchi, V., Amatucci, F., Brusoni, M., Callea, G., Longo, F. (2020), «Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Cusumano, N., Vecchi, V., Callea, G., Amatucci, F., Brusoni, M., Longo, F. (2021), «Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile
grazie ai contributi incondizionati di**



ASSOLOMBARDA



Dedalus



VIATRIS