

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

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

# 15 Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche

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

## 15.1 Introduzione

Questo capitolo presenta i principali risultati prodotti nel secondo anno di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN), un'iniziativa promossa da CERGAS SDA Bocconi con l'obiettivo di creare un luogo di confronto terzo e indipendente tra operatori pubblici e privati, in cui scambiare esperienze, discutere criticità e proporre soluzioni per rendere più efficienti gli acquisti in sanità.

Il capitolo Oasi 2018 (Amatucci *et al.*, 2018), coerentemente con il *framework* di ricerca alla base dell'Osservatorio MASAN (Cusumano *et al.*, 2017), aveva discusso i principali modelli di *governance* regionali dei processi di acquisto e le principali modalità di affidamento dei contratti. Questo capitolo sposta il focus su alcuni risultati di performance per comprendere gli effetti della centralizzazione degli acquisti, con l'obiettivo di contribuire all'evoluzione del *procurement* in sanità, sia come funzione aziendale sia come strumento di *policy* regionale e nazionale.

Il "risparmio" sui volumi acquistati, in considerazione del fatto che l'aggregazione e la razionalizzazione dei processi di acquisto sono stati introdotti come strumento di *spending review*, sebbene sia utilizzato dal *policy maker* come metrica sintetica per giustificare la correttezza del processo di centralizzazione, e

---

<sup>1</sup> Benché gli autori abbiano condiviso la struttura complessiva del capitolo, la metodologia e i risultati, sono da attribuire a Francesco Longo e a Veronica Vecchi i § 15.1 e 15.7; a Veronica Vecchi il § 15.3; a Niccolò Cusumano il § 15.2; a Fabio Amatucci il § 15.3; a Giuditta Callea il § 15.5; a Veronica Vecchi e Niccolò Cusumano il § 15.6. Gli autori ringraziano tutti i partecipanti all'Osservatorio Masan per aver contribuito alla raccolta dei dati e al confronto sulle evidenze. Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità. L'analisi della concentrazione di mercato per le categorie merceologiche di pertinenza dei Soggetti Aggregatori è stata realizzata utilizzando una banca dati finanziata dalla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute.

costituisca un obiettivo primario che le centrali si sono poste, non rappresenta certamente la sola dimensione che può essere considerata in un processo di verifica dell'esito della centralizzazione. La sola dimensione dell'economicità non è, infatti, alla base del corretto funzionamento di alcuna azienda, né privata né tantomeno pubblica, che dovrebbe, invece, perseguire obiettivi di *Value for Money*, con un corretto bilanciamento tra economicità, efficienza, efficacia ed equità. Tra l'altro, va ricordato che sia la Direttiva Appalti sia il Codice dei Contratti indicano chiaramente tra gli obiettivi di una corretta politica di *procurement* la sostenibilità ambientale, l'equità sociale e l'innovazione.

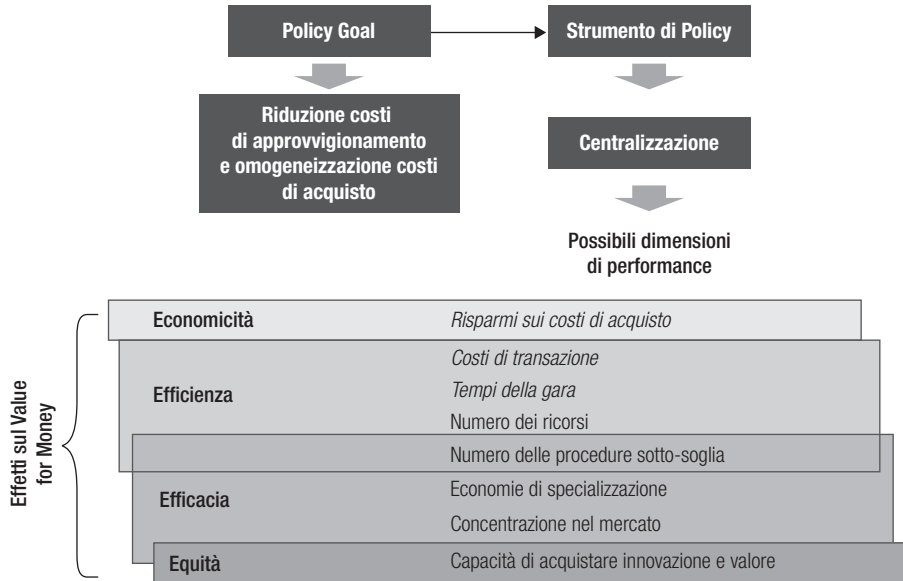
La complessità del fenomeno acquisti (assetti, attori, processi) e la sua articolazione in molteplici procedure a livello nazionale e regionale, che sfociano in contratti gestiti a livello locale, rendono alquanto complesso valutare in modo oggettivo i risultati della centralizzazione, anche solo in termini di risparmi di spesa. A questo si aggiunge la necessità di osservare il fenomeno con un orizzonte temporale di medio-lungo termine, anche per tenere in considerazione curve di crescita organizzativa e di apprendimento. Infine, va considerato che l'obbligo di utilizzare procedure centralizzate per determinate categorie merceologiche rende problematico utilizzare metodologie di analisi scientifica basate sul confronto di due campioni, uno soggetto al cosiddetto "trattamento", ovvero relativo ad acquisti centralizzati, e uno relativo ad acquisti condotti a livello di singola, benché a volte anche di grandi dimensioni, azienda sanitaria.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, sono state individuate alcune dimensioni che consentono di avviare un primo processo di valutazione delle performance. La Figura 15.1 presenta lo schema di riferimento alla base di questa analisi. Poiché la raccolta dei dati per una valutazione approfondita e puntuale è attività complessa, questo capitolo si concentra su un primo gruppo di dimensioni. Le dimensioni indicate in corsivo in figura non sono analizzate e saranno oggetto dell'attività di analisi dell'Osservatorio MASAN nel corso del terzo anno di ricerca. La Figura 1.1 mostra anche gli impatti sulle componenti del Value for Money.

Con riferimento alle dimensioni oggetto di analisi, queste sono le domande che l'Osservatorio MASAN si è posto.

1. La centralizzazione dei processi di acquisto ha consentito di generare economie di specializzazione? Per rispondere a questo quesito si è valutata la specializzazione delle competenze all'interno delle centrali di committenza. È importante precisare che questa dimensione di analisi, specie con riferimento alle centrali di committenza, può essere interpretata non solo come variabile dipendente nell'ambito del *framework* di analisi dell'Osservatorio MASAN (Cusumano *et al.*, 2017) ma anche come variabile indipendente, ovvero come una dimensione degli assetti organizzativi. Le economie di specializzazione sono particolarmente rilevanti in sanità, essendo un settore caratterizzato da

Figura 15.1 **Schema di riferimento per la valutazione delle performance della centralizzazione**



una granularità di competenze che richiede un portafoglio di saperi per materia e disciplina scientifica molto articolati.

2. La centralizzazione ha impatti sul ricorso a procedure sotto-soglia? Le conseguenze dei maggiori tempi di aggiudicazione relativi all’acquisto centralizzato possono essere le proroghe contrattuali, che spesso impongono maggiori costi di approvvigionamento, differendo nel tempo i benefici relativi al nuovo acquisto (sia esso centralizzato o non centralizzato), o l’uso di procedure sotto-soglia, che consente alle aziende sanitarie di recuperare spazi di libertà nelle scelte di acquisto, in considerazione del fatto che spesso il processo di centralizzazione è stato interpretato in modo rigido da tutti gli attori del sistema (regione, centrale e aziende).
3. La centralizzazione ha incrementato la percentuale di ricorsi amministrativi, che quindi determinano maggiori costi di transazione nel sistema e normalmente anche ritardi nei tempi di aggiudicazione?
4. La centralizzazione ha generato una maggior concentrazione nel mercato (intesa come incremento delle quote di mercato degli operatori economici dominanti), come conseguenza di una maggior pressione sull’efficienza ma anche a causa dei possibili maggiori costi di partecipazione alle procedure di gara?
5. La centralizzazione ha compromesso la capacità di acquistare valore e innovazione?

Ad ogni domanda di ricerca è dedicato un paragrafo (§15.2 – §15.6), nel quale sono illustrate le specifiche metodologie di analisi e i risultati, seguiti da una discussione puntuale. Il capitolo si conclude (§15.7) con una discussione complessiva delle evidenze generate, mettendo in evidenza i necessari futuri passi, sia per supportare ed espandere questo complesso sforzo analitico-interpretativo avviato in seno all'Osservatorio MASAN (Osservatorio per il resto del capitolo), sia per interiorizzare quanto prima gli elementi di cambiamento nei processi di management e nelle politiche di acquisto che si sono generati, alimentando quindi un percorso virtuoso di continua interazione tra ricerca scientifica, *policy* e management.

## 15.2 Economie di specializzazione: le competenze delle centrali

Come evidenziato in Cusumano *et al.* 2017, il processo di evoluzione delle centrali dovrebbe tendere verso il modello di “Centrale di competenze”, ovvero un hub con competenze specialistiche di procurement, chiamato a presidiare, nel tempo, più la dimensione strategica che operativa degli acquisti. Ovviamente, per sostenere questa transizione, necessaria per reimpostare la funzione acquisti da attività di tipo amministrativo a funzione di sistema capace di generare valore, è necessario investire sul rafforzamento delle competenze. Per comprendere il gap da colmare, è stata condotta una analisi approfondita sulle competenze e sulle modalità di gestione del personale tra le centrali aderenti all'Osservatorio.

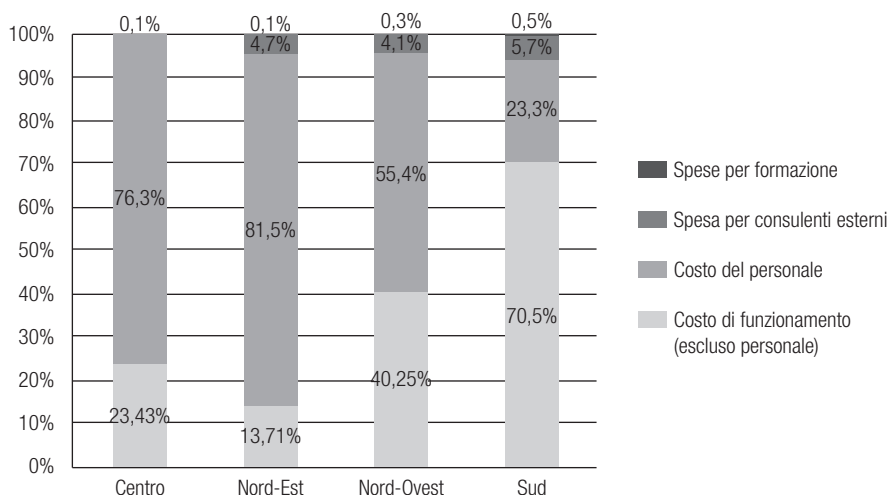
### 15.2.1 Metodologia e risultati

Al fine di ottenere un quadro delle caratteristiche demografiche, del mix di competenze del personale presente presso le centrali di committenza, di eventuali gap e processi di gestione del personale è stato predisposto un questionario di 22 domande a risposta multipla o chiusa. Il questionario è stato inviato a tutte le centrali aderenti all'Osservatorio attraverso la piattaforma Qualtrics. Hanno risposto 8 centrali di committenza, pari al 50% del campione.<sup>2</sup>

I primi dati raccolti riguardano i costi di funzionamento. Dall'analisi risulta che il budget totale mediano dei rispondenti è pari a circa 5,65 milioni di euro, il costo aziendale mediano per dipendente è di 49mila euro con una deviazione standard di 14mila euro. Questo dato pone le centrali di committenza al di sopra della retribuzione media dei dipendenti delle regioni (34.944 € nel 2016, fonte Ragioneria Generale dello Stato) e del SSN (38.574 €), indice di una probabile maggiore qualificazione del personale delle centrali. La spesa mediana

<sup>2</sup> Hanno risposto A.Li.Sa., Azienda 0, EGAS (ora ARCS Friuli), ESTAR, SCR Piemonte SpA, So.Re.Sa SpA, SUA Regione Calabria, Regione Puglia.

Figura 15.2 **Costi di funzionamento delle centrali**



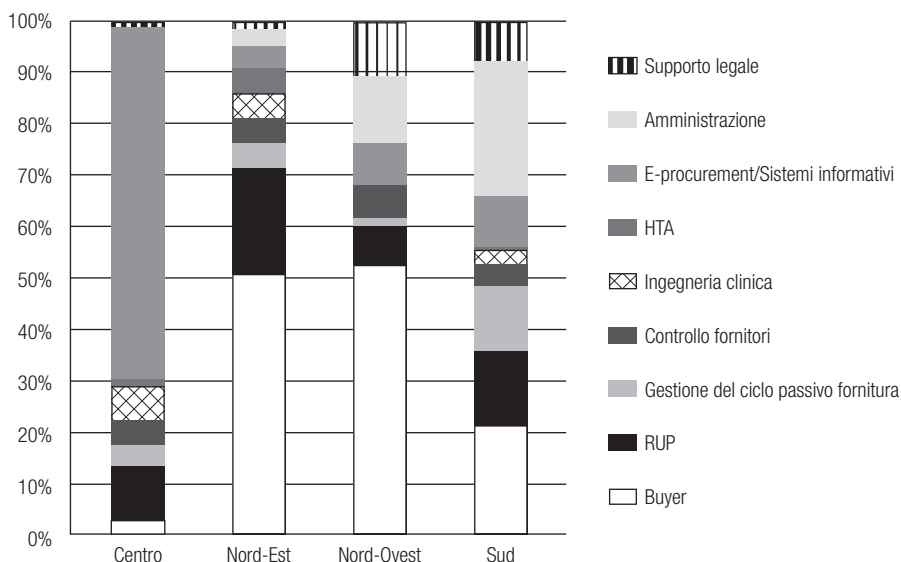
Fonte: Osservatorio Masan

per consulenti esterni è del 12% (250mila euro) dei costi di funzionamento, con un minimo di 0,61%. La spesa di formazione (dato mediano) pesa per lo 0,19% del costo del personale (26mila euro annui). La Figura 15.2 rappresenta per area geografica la suddivisione dei costi di funzionamento per le categorie delineate. Com'è facile intuire, il costo del personale rappresenta, al di fuori dell'area Sud, la principale voce di spesa.

In linea con quanto osservato in Cusumano *et al.* (2017) le centrali sono organizzazioni snelle, il numero mediano di unità di personale in servizio è di 44. Il personale impiegato nelle centrali è in larga misura dipendente a tempo indeterminato (76% in media del totale del personale in servizio), salvo il caso di Azienda 0 del Veneto, in cui quattro quinti del personale sono in distacco/comando dalle aziende sanitarie (AS). L'età media del personale presente presso le centrali è relativamente elevata, 46 anni, sebbene nettamente inferiore rispetto alla media del comparto regionale, pari a 53 anni. Anche l'anzianità di servizio, 13 anni, è più contenuta rispetto alla media regionale pari a 19 anni. Le centrali più giovani sono le due SpA, Soresa e Scr Piemonte, con un'età media di 40 anni e un'anzianità di circa 5 anni.

Per quel che concerne le funzioni svolte dal personale, in termini mediani, il 38% delle risorse svolge funzione di buyer, il 17% ha funzioni amministrative, mentre il 12% opera come responsabile unico del procedimento (RUP). Insieme al supporto legale (7% del personale), queste funzioni di tipo "tradizionale" rappresentano oltre il 70% dello staff assegnato alle centrali. Questa ripartizione varia a livello di aree geografiche (vedi Figura 15.3) e dipende anche dalle funzioni assegnate ai diversi soggetti.

Figura 15.3 Le funzioni svolte dal personale



Fonte: Osservatorio Masan

La Tabella 15.1 consente di fare qualche riflessione sulla composizione del personale presente nelle centrali e di quello desiderato. Posto che la totalità dei rispondenti ha dichiarato il personale presente come insufficiente rispetto ai compiti assegnati, il senso di questa affermazione cambia a seconda del contesto. Se nelle centrali in fasi di start-up è necessario aumentare il numero di risorse disponibili, in centrali più mature la necessità è quella, piuttosto, di modificare il mix di competenze. Da un punto di vista della composizione per categoria contrattuale, si può notare come in alcune centrali sia presente un numero significativo di risorse meno qualificate (categorie A-B-C 37%, con una deviazione standard del 28%). In generale, è intenzione dei rispondenti di ridurre questi profili, incrementando, al contrario, la quota di funzionari in possesso di titolo di laurea (categoria D). L'intenzione di riqualificare il personale si riflette anche nel desiderio di incrementare la quota di persone in possesso di un titolo di laurea magistrale, mentre meno *appeal* trova la laurea triennale. Il numero elevato di dipendenti in servizio in possesso di laurea vecchio ordinamento è ovviamente dovuto all'età media elevata. Riguardo al profilo accademico dei laureati, la quota più rilevante è rappresentata da laureati in discipline giuridiche. Questa situazione riflette un'impostazione amministrativa della gestione degli acquisti nel settore pubblico, in cui la capacità di gestione della procedura di selezione e aggiudicazione è ritenuta tradizionalmente come la competenza più rilevante. Nel caso specifico delle centrali di committenza regionali questo approccio viene ulteriormente rafforzato laddove si attribuisca



Tabella 15.1 **Personale presente e desiderato**

Categoria	Personale presente		Personale desiderato	
	Media	Dev. Standard	Media	Dev. Standard
<b>Categoria</b>				
Dirigenti	17%	14%	15%	11%
Posizioni Organizzative (D con PO)	19%	10%	18%	5%
Funzionari (D)	26%	17%	36%	16%
Altre categorie (A-B-C)	37%	28%	31%	23%
<b>Titolo di studio</b>				
Laurea Triennale	4%	4%	7%	8%
Laurea Magistrale	16%	14%	29%	19%
Laurea vecchio ordinamento	53%	11%	41%	19%
Diploma scuola secondaria	26%	16%	23%	11%
Dottorato di ricerca	0%	1%	1%	2%
<b>Background formativo</b>				
Discipline giuridiche	47%	13%	42%	14%
Discipline economico-aziendali	22%	8%	24%	10%
Ingegneria	10%	14%	10%	7%
Medicina	2%	4%	6%	7%
Altre discipline tecnico/scientifiche	8%	5%	13%	6%
Altre discipline umanistiche	11%	8%	6%	8%

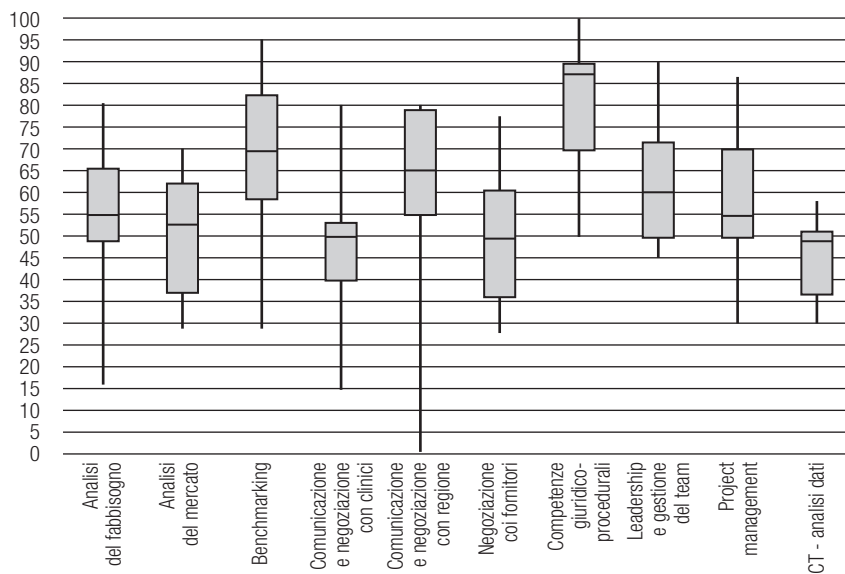
Fonte: Osservatorio Masan

loro prevalentemente il ruolo di pubblicare e gestire la gara, anziché di lettura e re-interpretazione dei fabbisogni del gruppo regionale. Per fare questo sono necessarie competenze di tipo tecnico ed economico in grado, da un lato, di coordinare attivamente la redazione dei capitolati da parte dei colleghi tecnici, dall'altro, di valutare le economie di scala e di specializzazione effettivamente conseguibili e gli effetti sul mercato della fornitura. Non è un caso che dalle risposte si rilevi una volontà di diversificare lo *skill mix*, riducendo la quota di personale con background giuridico per rafforzare i profili tecnici.

Si è proceduto poi col chiedere alle centrali di valutare il livello di competenze dei propri buyer. Il box plot (Figura 15.4) riporta su una scala da 0 a 100 il livello di competenze mediano attuale, il *range* interquartile e i valori massimi e minimi. Come si può facilmente notare, il grado di competenze più elevato è nell'ambito giuridico-procedurale, seguono la capacità di *benchmarking* e di negoziazione con l'ente Regione. Sulla soglia della sufficienza, guardando il dato mediano, risulta la capacità di negoziare con i fornitori, insufficienti invece sono la capacità di negoziare con i clinici e di analisi dei dati e ICT. Non stupisce che le centrali valutino criticamente la propria capacità di negoziare con i clinici, più che con i fornitori, in quanto l'attività di negoziazione avviene nei confronti di questi ultimi in sede di redazione dei capitolati tecnici. Questo conferma la difficoltà ad esprimere competenze tecnico-specialistiche che sono necessarie per dialogare con i clinici.

Nonostante la centralità del rapporto coi fornitori, la relazione con questi

Figura 15.4 Il livello delle competenze dei buyer



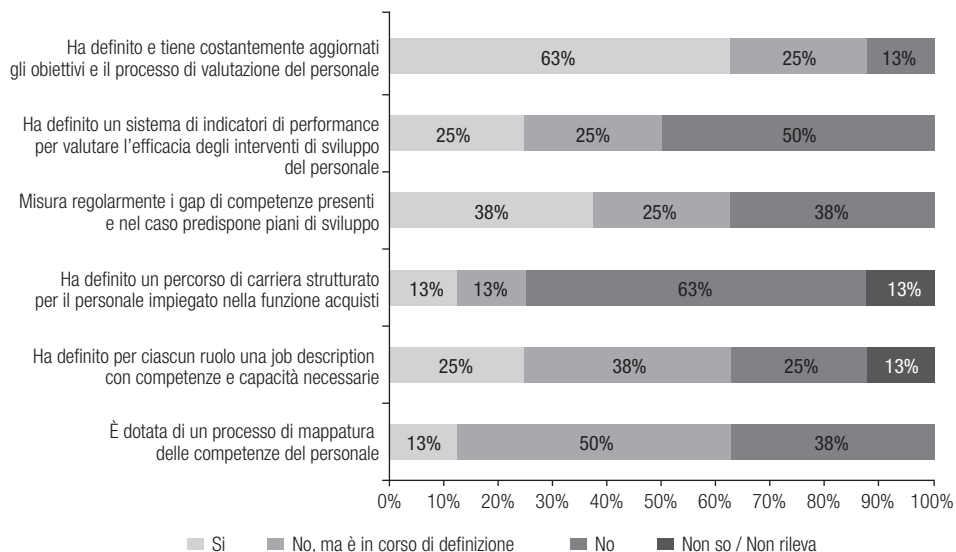
Fonte: Osservatorio Masan

sogetti è per lo più indiretta, mediata dal ricorso esclusivamente a procedure aperte che escludono la possibilità di negoziazione. Non è un caso, infatti, che quando si è chiesto, in un'altra domanda, alle stesse centrali di ordinare le competenze più importanti per un buyer nessuna abbia selezionato la negoziazione con i fornitori, mentre sono ritenute fondamentali le competenze analitiche (del mercato, dei dati, del fabbisogno, *benchmarking*) e ovviamente giuridico-procedurali. In altri termini, il processo di acquisto è concepito come una attività “*desk*” e non di interazione, ascolto e negoziazione con il mercato.

L'ultimo blocco di domande ha riguardo gli strumenti di gestione del personale. I quesiti sono stati elaborati sulla base dei “*NHS Commercial & Procurement Standards v3*”,<sup>3</sup> sezione “*people development skills*”. Le risposte sono riportate nella Figura 15.5. Come si può notare la maggioranza dei soggetti ha definito, coerentemente al D.lgs 150/2009, obiettivi e piani di performance. Particolarmente critica, ma in fase di definizione probabilmente per rispondere alle direttive del D.lgs 75/2017 e definire i Piani dei Fabbisogni del Personale, è la mancanza di definizione dei ruoli e l'assenza di un processo (strutturato) di mappatura delle

<sup>3</sup> In seguito alle raccomandazioni espresse dal *Public Account Committee*, nel 2012 il *Department of Health* ha sviluppato degli standard di qualità per consentire alle organizzazioni del NHS di migliorare la propria funzione approvvigionamenti. Gli standard agiscono secondo il modello degli accreditamenti attraverso un sistema di *peer review*. Gli standard si articolano su sei dimensioni (strategia e organizzazione, people & skills, procurement strategico, supply chain, data systems e performance management, policy e procedure) e tre livelli di analisi.

Figura 15.5 I sistemi di gestione del personale



Fonte: Osservatorio Masan

competenze presenti e degli eventuali gap. Solo un numero limitato di soggetti si è dotato, invece, di altri strumenti di gestione del personale. L'assenza di percorsi strutturati di carriera può rappresentare un ostacolo nell'attrazione di persone qualificate, già scarsamente presenti sul mercato. Non è un caso che tra le tre principali difficoltà elencate dalle centrali per dotarsi di competenze adeguate, vi sia proprio questa, più che limiti di budget o vincoli assunzionali.

Date le difficoltà a rafforzare le competenze presenti attraverso l'assunzione di nuovo personale, la formazione può essere un utile strumento per cercare di supplire ai gap presenti. Le risorse dedicate ad attività formative (0,19% del costo del personale), come si è visto, sono scarse. Quando si è chiesto alle centrali di declinare il monte ore dedicate alla formazione per materia, risulta che in media il 45% della formazione è dedicata a temi giuridici, segue la formazione obbligatoria in tema di sicurezza (22% delle ore). Solo il 33% delle poche risorse disponibili per la formazione viene assorbito da contenuti riguardati il management di acquisto, IT, project management e aggiornamento tecnico o "altro".

### 15.2.2 Discussione

La centralizzazione, aumentando notevolmente la taglia dei contratti, richiede un cambio di paradigma anche nelle strategie di acquisto e nelle modalità di costruzione delle gare e capitolati. Per fare questo, sono necessarie nuove e diverse competenze rispetto a quelle tradizionali dei buyer pubblici.

La necessità di dotare i Soggetti Aggregatori di competenze e strumenti organizzativi adeguati ha portato allo stanziamento di 10 milioni di euro nel 2015 e 20 nel 2016 (Art. 9, comma 9, del D.L. 66/2014) e alla possibilità di assumere personale in deroga ai limiti vigenti (Art.1 c. 512 Legge 28 dicembre 2015 n. 208). Alcune realtà sembrano avere colto queste possibilità rafforzando il proprio organico, altre no. Il 90% di chi ha risposto evidenzia la difficoltà nel reperire profili qualificati, prima ancora che limiti di budget o assunzionali. Per potere cercare e poi assumere le persone giuste, è necessario avere da un lato definito il proprio fabbisogno, dall'altro offrire ai potenziali candidati dei percorsi di carriera attrattivi. Questi processi, come si è discusso, sono molto spesso ancora in fase embrionale. In questo senso, sicuramente un impulso verso la programmazione sarà dato dalla predisposizione dei Piani Triennali dei Fabbisogni del Personale (PFTP) previsti dal Decreto Legislativo 75/2017.

Oltre al tema del reperimento di nuove professionalità, vi è poi la questione del rafforzamento delle competenze del personale già impiegato. La spesa di formazione (dato mediano) pesa per lo 0,19% del costo del personale, in termini assoluti significa circa 26mila euro annui. Si tratta di un dato evidentemente risibile, ma del tutto in linea con quanto avviene nella Pubblica Amministrazione nel suo complesso. Basti pensare che l'intero SSN ha investito in formazione esterna 69,8 milioni di euro nel 2018 (fonte RGS, Siope). Dai dati 2016 del Conto Annuale, in media il personale del SSN ha svolto tra gli 1,69-1,38 giorni equivalenti a testa di formazione, questo dato scende 1,13-0,75 giorni equivalenti per il personale delle regioni.

### 15.3 Procedure sotto-soglia

Il presente paragrafo intende valutare come le aziende sanitarie e ospedaliere (ASL e AO) abbiano reagito al crescente processo di centralizzazione in termini di ricorso a procedure sotto-soglia comunitaria e affidamenti diretti, in base ai crescenti margini di libertà offerti dal quadro normativo e regolamentare.

Infatti, nel corso degli ultimi anni, le procedure semplificate sotto-soglia si sono affermate in modo pressoché uniforme all'interno delle aziende sanitarie italiane, soprattutto con la finalità di aumentare i gradi di autonomia nelle scelte dei beni e servizi da acquistare. Alle origini di questa evoluzione si trovano una serie di fattori esterni, di tipo normativo, politico, procedurale che possono essere così sintetizzati:

- modifiche del quadro normativo di riferimento, dal Codice dei contratti del 2006 al Codice del 2016, con le successive integrazioni, relative alle procedure sotto-soglia;

- ▶ vincoli istituzionali in merito all'obbligatorietà del ricorso a centrali di committenza, nazionali o regionali;
- ▶ modelli istituzionali di acquisto adottati dalle singole regioni e margini di libertà concessi alle aziende;
- ▶ ruolo e modelli di governo clinico affermatosi all'interno delle aziende.

Questi fattori, che hanno agito in modo diverso nei singoli contesti regionali, influenzano e modificano il sistema di acquisti delle singole aziende sanitarie, in termini soprattutto di politiche e scelte relative al livello di autonomia aziendale.

In relazione al quadro normativo nazionale, possono distinguersi differenti fasi di regolamentazione degli acquisti (Tabella 15.2). Una prima fase si ha a partire dal 2006, anno di approvazione del Codice Unico dei Contratti (d.lgs. 163/06), in cui iniziano ad affermarsi, in maniera più compiuta, le prime esperienze di centralizzazione.

Tabella 15.2 **Quadro normativo di riferimento**

2006-2011	2011-2016	2016-oggi
Codice dei Contratti d.lgs. 163/06	Modifiche legge 106/11	
Sotto 20.000 euro: affidamento diretto	Sotto 40.000 euro: affidamento diretto	Sotto 40.000 euro: affidamento diretto
Da 20.000 euro a soglia comunitaria: consultazione 5 operatori economici	Da 40.000 euro a soglia comunitaria: consultazione 5 operatori economici	Da 40.000 euro a soglia comunitaria: consultazione 5 operatori economici
Procedura negoziata	Procedura negoziata	Procedura negoziata

Nel Codice del 2006, erano previste due differenti procedure per gli acquisti al di sotto della soglia comunitaria:

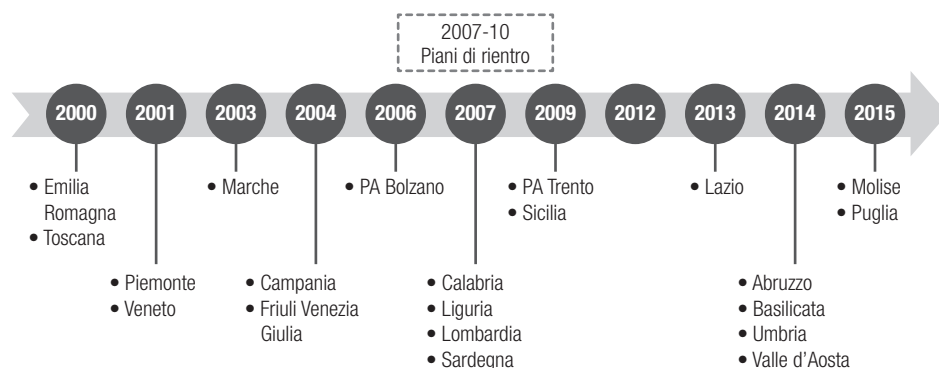
- ▶ appalti di servizi e forniture sotto-soglia (art. 124): erano previste forme semplificate di acquisto (soprattutto in termini di pubblicità e tempi), ma sempre attraverso le tradizionali procedure (aperta, ristretta, negoziata);
- ▶ lavori, servizi e forniture in economia (art. 125): le acquisizioni in economia potevano essere effettuate a) mediante amministrazione diretta, oppure b) mediante procedura di cottimo fiduciario.
- ▶ al di sotto dell'importo di ventimila euro: affidamento diretto.

Successivamente, l'art. 4, comma 2, lettera m-bis), della legge n. 106 del 2011 ha portato la soglia dell'affidamento diretto da ventimila euro a quarantamila euro.

Una seconda fase si apre con il Codice dei Contratti del 2016. Con esso, vengono eliminate le procedure in economia, sostituite con le procedure sotto-soglia, di cui all'articolo 36.

In particolare, vengono distinte diverse tipologie di procedura, a seconda dell'importo della fornitura

Figura 15.6 Anno di istituzione delle centrali di committenza regionali



- Affidamento diretto: per acquisti di forniture e servizi, il cui valore è **inferiore a 40.000 euro** (disciplinate dall'articolo 36, comma 2, lett. a), è ammesso l'affidamento diretto, anche senza la previa consultazione di due o più operatori economici;
- Procedura negoziata: per acquisti di forniture e servizi, il cui valore è compreso **tra 40.000 euro e la soglia comunitaria (221.000 euro)**, l'affidamento avviene previa valutazione di almeno cinque operatori economici individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti.

Il quadro normativo va messo in relazione con l'affermarsi, nei diversi contesti regionali, delle centrali di acquisto (Figura 15.6).

### 15.3.1 Metodologia e risultati

Con l'obiettivo di valutare l'impatto del ricorso alle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria, l'analisi ha indagato l'universo delle ASL e delle AO, tramite la consultazione di banche dati ufficiali e di documenti istituzionali. Il lavoro è stato articolato in tre fasi:

1. Predisposizione di un modello di raccolta dei dati;
2. Costruzione di un apposito database per la raccolta dei dati relativi alle forme di acquisto sotto-soglia;
3. Elaborazione, analisi e interpretazione dei dati raccolti, con disaggregazioni per tipologia di azienda (ASL e AO), per area geografica (Nord, Centro, Sud)<sup>4</sup> e/o per regione.

<sup>4</sup> L'articolazione delle aree geografiche segue le definizioni ISTAT (cfr. Annuario Statistico Italiano, Anno 2018). Nord: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino Alto Adige, Veneto,

Tabella 15.3 **Scomposizione del tasso di analisi per regione e tipologia di azienda**

	AO/AOU/IRCSS	ASL/ATS	AO + ASL
	Aziende analizzate	Aziende analizzate	Aziende analizzate
Piemonte	6	12	18
Valle d'Aosta		1	1
Lombardia	32	8	40
Bolzano		1	1
Trento		1	1
Veneto	3	9	12
Friuli Venezia Giulia	2	5	7
Liguria	2	5	7
Emilia Romagna	6	8	14
Toscana	4	3	7
Umbria	2	2	4
Marche	3	1	4
Lazio	7	10	17
Abruzzo		4	4
Molise		1	1
Campania	10	7	17
Puglia	4	6	10
Basilicata	2	2	4
Calabria	5	5	10
Sicilia	10	9	19
Sardegna	3	1	4
<b>Totale complessivo</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>202</b>

Le aziende analizzate sono state 202, secondo l'attuale configurazione istituzionale. In alcuni casi, il dato va interpretato, in quanto le attuali aziende, censite nel corso del 2019, non corrispondono alla configurazione istituzionale degli anni precedenti, per cui sono stati più complessi l'analisi dei trend e i confronti temporali. La raccolta dei dati permette di restituire un quadro completo sull'evoluzione del ricorso alle procedure sotto-soglia. L'analisi dei dati ha riguardato la totalità delle aziende pubbliche che compongono il SSN. Per una migliore interpretazione dei dati, è opportuno scomporre il tasso di analisi per regione, area geografica e tipologia di azienda (Tabella 15.3 e Tabella 15.4):

- ▶ Sotto il profilo geografico, la distribuzione delle aziende sanitarie è al Nord nel 50% dei casi. Centro e Sud presentano rispettivamente 15,8% e 34,1% delle aziende pubbliche del SSN;
- ▶ Quanto alle tipologie di azienda, le AO/AOU/IRCSS presentano tassi di distribuzione esattamente pari alle ASL/ATS, sia su base nazionale che per area geografica.

Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna. Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio. Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

Tabella 15.4 **Distribuzione delle aziende di ogni tipologia per area geografica (percentuali per colonna)**

	Aziende analizzate		
	% AO	% ASL	Totale
Nord	50,5%	49,5%	50,0%
Centro	15,8%	15,8%	15,8%
Sud	33,6%	34,6%	34,1%
Totale	100%	100%	100%

Fonte: Osservatorio Masan

Tabella 15.5 **Tassi di crescita del ricorso alle procedure sotto-soglia, da parte dei AO e ASL, nelle singole regioni**

	2014-2013	2015-2014	2016-2015	2017-2016	2018-2017	2018-2013
Piemonte	-4,03%	25,31%	36,73%	14,06%	7,88%	102,34%
Valle d'Aosta	15,17%	2,89%	13,03%	23,64%	28,18%	112,26%
Lombardia	6,17%	8,43%	5,09%	7,97%	3,69%	35,44%
Provincia Autonoma di Trento	31,49%	12,53%	4,11%	6,57%	3,77%	70,35%
Provincia Autonoma di Bolzano	0,14%	0,57%	17,98%	8,49%	4,51%	34,72%
Veneto	4,42%	7,74%	2,93%	4,36%	6,19%	28,32%
Friuli Venezia Giulia	5,03%	3,44%	10,05%	5,43%	10,98%	39,90%
Liguria	1,81%	0,38%	12,22%	7,58%	26,39%	55,94%
Emilia Romagna	17,03%	4,65%	9,34%	5,01%	5,67%	48,60%
Toscana	12,90%	5,92%	3,43%	1,92%	8,31%	36,54%
Umbria	3,28%	3,65%	6,96%	5,22%	9,69%	32,15%
Marche	6,13%	5,58%	5,56%	5,36%	45,81%	81,73%
Lazio	21,29%	5,86%	13,04%	8,61%	5,28%	65,97%
Abruzzo	4,07%	2,90%	7,21%	3,53%	7,89%	28,24%
Molise	7,85%	30,57%	4,79%	17,61%	18,98%	106,49%
Campania	11,25%	2,20%	12,96%	11,85%	7,14%	53,90%
Puglia	8,51%	10,15%	7,30%	2,29%	16,32%	52,60%
Basilicata	23,89%	10,64%	12,00%	17,55%	24,04%	123,84%
Calabria	5,36%	6,02%	9,37%	19,43%	20,63%	76,00%
Sicilia	28,00%	3,61%	10,21%	3,70%	9,33%	65,71%
Sardegna	5,94%	5,51%	13,18%	19,14%	26,64%	90,87%
<b>Italia</b>	<b>10,31%</b>	<b>6,69%</b>	<b>10,00%</b>	<b>7,41%</b>	<b>9,79%</b>	<b>52,67%</b>

Fonte: Osservatorio Masan

Per una valutazione più completa della rappresentatività delle analisi sarebbe opportuno inserire altre variabili rilevanti per le strutture sanitarie quali, ad esempio, popolazione di riferimento, flussi di mobilità, numero di posti letto, dotazione di personale, risultati economico-finanziari. Tuttavia, i risultati emersi dall'analisi consentono di trarre significative indicazioni sui comportamenti di acquisto di ASL e AO, avendo preso come riferimento l'intera popolazione.

L'analisi dei dati mostra un incremento crescente del ricorso alle procedure



Tabella 15.6 **Tassi di crescita del ricorso alle procedure sotto-soglia, da parte dei AO e ASL, per aree geografiche**

	2014-2013	2015-2014	2016-2015	2017-2016	2018-2017	2018-2013
Nord	6,34%	8,61%	10,47%	7,39%	7,01%	46,63%
Centro	14,83%	5,65%	8,56%	5,92%	11,29%	55,24%
Sud	13,16%	5,28%	10,27%	8,78%	13,04%	61,53%

Fonte: Osservatorio Masan

sotto-soglia, da parte di tutte le aziende, in tutte le regioni, con tassi di incremento significativi, sia di anno in anno, sia con riferimento agli ultimi 5 anni (Tabella 15.5). In media (Tabella 15.6), a livello nazionale, il ricorso alle procedure sotto-soglia è cresciuto negli ultimi 5 anni del 48%, con tassi più elevati nelle regioni del Sud, e più contenuti nelle regioni del Nord, con le dovute eccezioni. Il trend mostra una crescita costante in tutte le regioni.

È interessante valutare il peso delle procedure sotto-soglia rispetto al totale degli acquisti effettuati (Tabella 15.7). I dati mostrano un aumento generalizzato in tutte le regioni. In media, a livello nazionale, la percentuale di acquisto sotto-soglia si attesta intorno al 20% del valore totale degli acquisti.

Tabella 15.7 **Percentuale di acquisti sotto-soglia comunitaria, rispetto al totale degli acquisti**

	2015	2016	2017
Piemonte	14,83%	19,01%	21,08%
Valle d'Aosta	13,60%	16,21%	19,18%
Lombardia	13,40%	14,22%	14,18%
Provincia Autonoma di Trento	18,63%	18,90%	20,02%
Provincia Autonoma di Bolzano	18,22%	20,83%	21,64%
Veneto	23,24%	22,69%	21,86%
Friuli Venezia Giulia	17,92%	19,39%	19,48%
Liguria	15,22%	16,48%	17,09%
Emilia Romagna	18,72%	19,82%	19,72%
Toscana	16,13%	16,27%	16,04%
Umbria	19,76%	19,83%	20,19%
Marche	18,01%	18,43%	18,99%
Lazio	18,73%	20,91%	22,46%
Abruzzo	19,40%	20,01%	19,98%
Molise	19,26%	16,96%	20,66%
Campania	17,23%	18,64%	20,54%
Puglia	19,57%	20,35%	19,74%
Basilicata	15,55%	16,42%	18,48%
Calabria	17,77%	18,59%	21,21%
Sicilia	22,74%	23,22%	22,65%
Sardegna	17,00%	17,99%	20,97%
<b>Italia</b>	<b>17,88%</b>	<b>19,11%</b>	<b>19,47%</b>

Fonte: Osservatorio Masan

Tabella 15.8 **Peso percentuale degli acquisti sotto-soglia effettuati da ASL e AO rispetto al totale regionale**

		2016	2017	2018
Piemonte	ASL/ATS	29,61%	24,22%	20,24%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	70,39%	75,78%	79,76%
Valle d'Aosta	ASL/ATS	100,00%	100,00%	100,00%
Lombardia	ASL/ATS	17,94%	16,48%	16,31%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	82,06%	83,52%	83,69%
Provincia Autonoma di Trento	ASL/ATS	100,00%	100,00%	100,00%
Provincia Autonoma di Bolzano	ASL/ATS	100,00%	100,00%	100,00%
Veneto	ASL/ATS	46,59%	47,21%	46,08%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	53,41%	52,79%	53,92%
Friuli Venezia Giulia	ASL/ATS	43,31%	43,12%	39,81%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	56,69%	56,88%	60,19%
Liguria	ASL/ATS	40,85%	39,05%	36,22%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	59,15%	60,95%	63,78%
Emilia Romagna	ASL/ATS	43,02%	42,92%	40,64%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	56,98%	57,08%	59,36%
Toscana	ASL/ATS	53,06%	54,80%	54,38%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	46,94%	45,20%	45,62%
Umbria	ASL/ATS	48,42%	48,81%	45,50%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	51,58%	51,19%	54,50%
Marche	ASL/ATS	28,97%	27,59%	22,75%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	71,03%	72,41%	77,25%
Lazio	ASL/ATS	38,27%	38,08%	39,63%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	61,73%	61,92%	60,37%
Abruzzo	ASL/ATS	100,00%	100,00%	100,00%
Molise	ASL/ATS	100,00%	100,00%	100,00%
Campania	ASL/ATS	36,85%	33,65%	34,92%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	63,15%	66,35%	65,08%
Puglia	ASL/ATS	42,70%	43,69%	51,46%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	57,30%	56,31%	48,54%
Basilicata	ASL/ATS	32,12%	30,69%	29,50%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	67,88%	69,31%	70,50%
Calabria	ASL/ATS	35,92%	35,32%	30,06%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	64,08%	64,68%	69,94%
Sicilia	ASL/ATS	32,99%	31,90%	32,07%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	67,01%	68,10%	67,93%
Sardegna	ASL/ATS	36,09%	31,13%	25,28%
	AO/AOU/ATTS/IRCSS	63,91%	68,87%	74,72%
<b>Italia</b>	<b>ASL/ATS</b>	<b>40,91%</b>	<b>39,74%</b>	<b>39,16%</b>
	<b>AO/AOU/ATTS/IRCSS</b>	<b>59,09%</b>	<b>60,26%</b>	<b>60,84%</b>

Fonte: Osservatorio Masan

In relazione, infine, alla ripartizione tra ASL e AO, sono state analizzate le operazioni sotto-soglia effettuate dalle AO e ASL, negli ultimi tre anni; rispetto al totale degli acquisti sotto-soglia effettuati all'interno della regione, in media, risulta che le procedure sotto-soglia sono effettuate prevalentemente dalle AO (nel 60% dei casi – Tabella 15.8). Il dato è sicuramente in linea con le aspet-

tative, essendo concentrate soprattutto nelle aziende ospedaliere le maggiori esigenze di rapidità e specializzazione delle procedure come conseguenza di richieste particolari del personale clinico.

### 15.3.2 Discussione

Il ricorso alle procedure di acquisto sotto-soglia comunitaria (o attraverso affidamento diretto) rappresenta uno degli effetti più rilevanti del processo di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, variabile in funzione dell'intensità della centralizzazione e del livello di obbligatorietà di adesione. L'analisi dei dati mostra un crescente ricorso alle procedure sotto-soglia da parte delle AO/ASL, nel corso degli ultimi anni. I dati, che si riferiscono all'intera popolazione delle aziende sanitarie, evidenziano che i tassi di crescita sono costanti, in tutte le regioni, e risentono, in maniera esplicita, dell'intensificarsi dei processi di centralizzazione all'interno di tutte le regioni.

In media, oggi, il 20% circa del valore acquistato sfugge a logiche di centralizzazione e a procedure aperte o ristrette; resta, pertanto, un elevato margine di azione alle aziende, spesso legato alle richieste non solo di urgenza, da parte dei clinici, ma anche di maggiore personalizzazione degli acquisti. Se da un lato, i dati dimostrano ancora margini di miglioramento nelle politiche di programmazione e di raccolta del fabbisogno a livello centralizzato, dall'altro risulta evidente una necessità di maggior customizzazione da parte delle aziende, su una quota significativa di spesa.

La valutazione è confermata dall'evidente maggiore ricorso alle procedure sotto-soglia da parte delle AO/AOU/IRCSS rispetto alle ASL/ATS.

La ripartizione territoriale per aree geografiche non mostra dati particolarmente significativi, a dimostrazione della trasversalità delle esigenze appena descritte.

Questa evidenza impone una riflessione di *policy* che permetta lo sviluppo delle procedure sotto-soglia in modo ordinato e programmato e non come semplice reazione carsica e spontanea al fisiologico innalzamento dei costi transazionali e di attraversamento dei processi di acquisto causati dalla centralizzazione. La maggiore e necessaria flessibilità richiesta dalle aziende sanitarie attraverso le procedure sotto-soglia potrebbe essere definita all'interno di un quadro di regole condivise:

- ▶ programmare una percentuale pre-definita di acquisti da collocare fisiologicamente in procedure semplificate, a complemento della maggiore rigidità del processo di accentramento (un rapporto 80% centralizzato e 20% sotto-soglia può considerarsi fisiologico in questo stadio di maturità del processo di accentramento);
- ▶ correlare le quote di acquisti sotto-soglia alla missione delle aziende (percentuali maggiori ad aziende a maggiore tasso di diversificazione e specializzazione);

- ▶ definire le tipologie di prodotto e servizi in cui ci si aspetta acquisti sotto-soglia;
- ▶ verificare ex post che le tipologie e gli importi acquistati sotto-soglia corrispondano al programmato e non siano frutto solo di spinte endogene emergenti.

## 15.4 Ricorsi

Tra i principali ambiti di criticità che l'Osservatorio ha evidenziato relativamente ai processi di centralizzazione degli acquisti vi sono i ricorsi amministrativi. Gli operatori economici e le centrali ritengono, in modo unanime, che la propensione al ricorso sia aumentata come conseguenza della maggior consistenza economica delle procedure di gara. È evidente che quando la scala si sposta dalla dimensione aziendale a quella regionale, il non risultare aggiudicatari aumenta la propensione dell'operatore economico a ricorrere al giudice amministrativo, i cui costi trovano giustificazione dai maggiori volumi del fatturato potenziale "riaggregabile" come conseguenza di un ricorso a esito positivo.

### 15.4.1 Metodologia e risultati

L'analisi sui ricorsi è stata condotta con un mix di metodologie, utilizzando sia i dati messi a disposizione da alcune centrali (SCR, Soresa, Estar e Azienda Zero), sia quelli messi a disposizione da alcuni operatori economici.

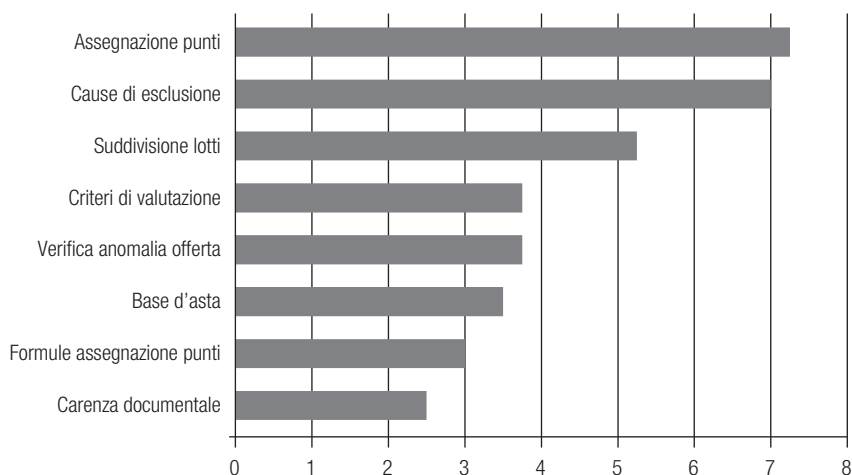
I risultati che ne derivano non possono considerarsi esaustivi data la complessità del fenomeno e pertanto essi hanno l'obiettivo di avviare una prima riflessione su un tema che non si vuole qui esaurire.

La percentuale di ricorsi sul numero di gare bandite è molto eterogeneo tra le quattro centrali analizzate, dal 17% al 72%. Tuttavia, guardando la percentuale di ricorsi vinti dalle centrali i dati sono più omogenei: in tre casi la percentuale è superiore al 70%, con valori che arrivano anche all'80% e al 95%. Gli ambiti su cui si sono registrati il maggior numero di ricorsi sono i servizi (34%), i farmaci e i vaccini (22%) e i dispositivi medici (22%); il 16% riguarda le tecnologie e il 6% le altre forniture.

Le motivazioni di questi ricorsi, così come indicati dalle centrali, per ordine di importanza, sono indicate in Figura 15.7. Tra queste spiccano l'assegnazione dei punteggi da parte delle commissioni giudicatrici, le cause di esclusione e la suddivisione in lotti.

Arca Lombardia non ha risposto al questionario ma ha fornito indicazioni circa la situazione dei propri ricorsi, così come riportato dalla Delibera della Corte dei Conti "Giudizio di Parificazione sul rendiconto generale della Regione Lombardia esercizio 2018, Allegato II SIREG" (8 luglio 2019). Dalla Delibera si ap-

Figura 15.7 Cause dei ricorsi

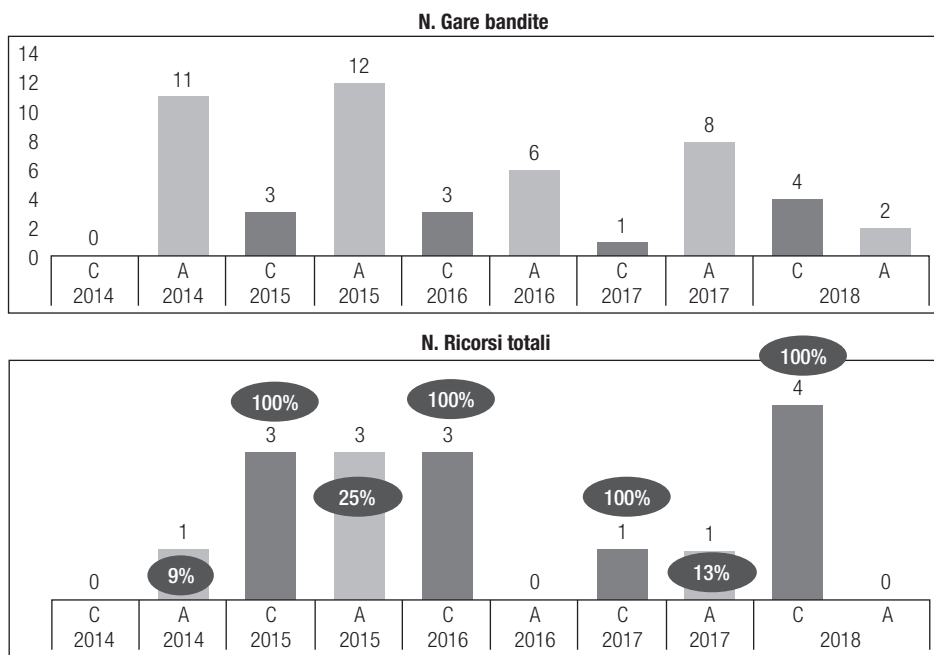


Fonte: Osservatorio Masan

prende che su 260 procedure di gara bandite nel periodo luglio 2014 e metà 2017 14 procedure di gara sono state contestate nel loro complesso (ovvero il 5,38%); 32 procedure di gara sono state contestate su singoli lotti (ovvero il 12,3% o il 2,21% dei lotti banditi). Il tasso di soccombenza registrato è pari al 14,91%, pertanto il numero dei ricorsi vinti è allineato a quello delle altre centrali.

Grazie ai dati messi a disposizione da una impresa aderente all'Osservatorio, è stata condotta una analisi di confronto tra la percentuale di ricorsi relativi a gare bandite a livello aziendale e gare bandite a livello centralizzato. Come è possibile vedere dalla Figura 15.8, la totalità delle gare centralizzate ha subito un ricorso, contro una percentuale significativamente più bassa tra quelle bandite a livello aziendale. Nel caso specifico, si tratta di appalti misti, di servizio e fornitura, con una componente rilevante di sartorializzazione dell'intervento sulla base delle caratteristiche specifiche delle *facilities* delle aziende beneficiarie della fornitura/servizio. Le motivazioni formali alla base dei ricorsi nei confronti delle centrali regionali sono prevalentemente riconducibili all'incompletezza dei capitoli di gara per la formulazione di offerta tecnica ed offerta economica e a problematiche relative alla valutazione dell'offerta tecnica. Quando l'oggetto della gara è un servizio, le cui caratteristiche e il cui valore dipendono dalle peculiarità dell'azienda sanitaria, bisognerebbe chiedersi quale dovrebbe essere il ruolo della centrale di committenza: aggregatore della domanda o supporto tecnico per la strutturazione della gara?

Infine, per comprendere la diversa posizione tra mercato e centrale su una procedura oggetto di ricorso, sono state condotte due interviste parallele, una al team di offerta di un operatore economico e l'altra al responsabile unico di

Figura 15.8 **Confronto tra ricorsi per gare centralizzate (C) e gare aziendali (A)**

Fonte: Osservatorio MASAN

procedimento. Le interviste sono state condotte in fase di esecuzione del contratto; tuttavia, per gli stessi prodotti oggetto della gara analizzata al momento dell'intervista (valvole cardiache, protesi vascolari, anelli, etc...) era in corso la valutazione delle offerte relative a una seconda fornitura. Le interviste parallele hanno messo in evidenza, tra l'altro, una curva di apprendimento tra la prima e la seconda gara.

L'operatore economico evidenzia tra le principali criticità la definizione dei prezzi a base di gara e i quantitativi e suggerisce l'Accordo Quadro quale modalità contrattuale per assicurare la libertà di scelta da parte dei clinici. La centrale, dall'altro lato, indica come la definizione delle basi di gara sia avvenuta attraverso una analisi puntuale di mercato, integrata con le previsioni quantitative derivate dall'analisi dei consumi storici. La centrale ritiene l'Accordo Quadro inefficace per estrarre il miglior prezzo dal mercato, per il fatto che non consente di definire ex ante i quantitativi richiesti. In relazione alla definizione della base di gara, tuttavia, la centrale segnala la necessità, per il futuro, di eliminare eventuali distorsioni che possono essere generate da politiche di prezzo contingenti applicate nel passato da alcune realtà aziendali. Quando esistono prezzi particolarmente bassi per situazioni contingenti, essi devono essere esclusi nel calcolo delle basi d'asta.

Tabella 15.9 **Criticità evidenziate dall'operatore economico e il punto di vista della centrale**

Punto di vista dell'OE (criticità evidenziate)	Punto di vista del Buyer Pubblico
Definizione prezzi a base di gara	Analisi mercato, incluso mercato privato, e mercato internazionale Curva di apprendimento: vi sono dei prezzi che risentono di sconti-quantità che devono essere "neutralizzate"
Definizione lotti che possono limitare la libertà clinica; Accordi Quadro (AQ) sarebbero più adeguati	Dialogo con i clinici e le società scientifiche AQ non consente nel breve di estrarre i migliori prezzi dal mercato, anche perché non consente di stabilire quantità certe
Composizione commissione di aggiudicazione a fronte della specificità clinica	Centrale il ruolo regionale
Previsione dei quantitativi	Fabbisogni estratti dalle AS "incrociati" con il monitoraggio flussi e SDO
Modalità di conduzione del dialogo tecnico e riduzione asimmetrie informative	Necessità di sviluppare un maggior "trust" reciproco
Ruolo delle società scientifiche	Fondamentale, azioni regionali di sensibilizzazione

Fonte: Rielaborazione su interviste condotte nell'ambito dell'Osservatorio MASAN

### 15.4.2 Discussione

L'analisi numerica dei ricorsi mette in evidenza una certa propensione da parte del mercato a ricorrere contro gare centralizzate e relative aggiudicazioni. Tuttavia, la percentuale dei ricorsi vinti da parte delle centrali è molto alta. Tassi elevati di ricorso creano costi per il sistema, sia per la gestione dei ricorsi in sé sia per i ritardi che causano nell'esecuzione dei nuovi contratti, che possono essere associati all'acquisto di beni/servizi più convenienti e/o di maggior qualità. I più lunghi tempi di aggiudicazione possono determinare l'acquisto sotto-soglia o proroghe contrattuali per far fronte alle necessità di continuità dei servizi sanitari.

Il numero elevato di ricorsi è sintomo di un mercato in cui centrali e imprese devono co-evolvere. Elemento imprescindibile per sostenere la coevoluzione del mercato è l'istituto giuridico della consultazione preliminare, nell'ambito della quale discutere tutti quegli elementi critici per il successo di una gara, evitando quindi di generare processi di contrapposizione che possano sfociare nel ricorso.

Il buon funzionamento delle consultazioni preliminari con il mercato dipende dalla fiducia degli attori, alimentata anche da una conoscenza reciproca utile a ridurre le asimmetrie informative. In un contesto caratterizzato dal deterioramento delle relazioni pubblico-privato, anche come conseguenza di un irrigidimento delle procedure volte a ridurre i fenomeni di corruzione, e da un mercato di operatori pubblici e privati le cui competenze sembrano non

essere maturate in modo proporzionale alla complessità delle gare centralizzate, l'interlocuzione preliminare con il mercato rischia ad oggi di essere solo un momento formale della procedura.

## 15.5 Centralizzazione degli acquisti e concentrazione di mercato

Il DPCM 24 dicembre 2015 ha individuato le categorie merceologiche di beni e servizi e le relative soglie al superamento delle quali l'acquisto avviene obbligatoriamente a livello centralizzato da parte di un Soggetto Aggregatore. L'elenco iniziale delle categorie merceologiche è stato integrato dal DPCM 16 agosto 2018. L'obiettivo dell'analisi è di verificare se l'avvio dell'attività dei Soggetti Aggregatori abbia generato un aumento della concentrazione di mercato nei settori di loro pertinenza.

Come illustrato anche nel Capitolo 17, nel 2010 il Ministero della Salute ha istituito un flusso informativo finalizzato alla rilevazione dei consumi di dispositivi medici (DM) da parte delle strutture sanitarie pubbliche del SSN. Il flusso raccoglie informazioni sul consumo e sulla spesa a livello di singolo prodotto (codice di repertorio). I dati di spesa, interpretati, secondo la prospettiva dei fornitori, come fatturato generato dal SSN, consentono di fare valutazioni circa l'evoluzione della concentrazione di mercato dei fabbricanti di DM.

### 15.5.1 Metodologia e risultati

La fonte principale delle analisi è costituita dai dati riportati in appendice ai rapporti ministeriali sulla spesa per l'acquisto di DM da parte delle strutture sanitarie pubbliche del SSN, incrociati con la Banca Dati e Repertorio (BD/RDM) ministeriale. L'analisi si è focalizzata sulle categorie di DM di pertinenza dei Soggetti Aggregatori ai sensi del DPCM 24 dicembre 2015,<sup>5</sup> di cui la Tabella 15.10 mostra la categoria di appartenenza all'interno del sistema di Classificazione Nazionale dei DM (CND).<sup>6</sup> Le analisi riguardano il periodo 2014-2017, ultimo anno di disponibilità dei dati del Flusso Consumi. I primi due anni (2014-2015) precedono l'attivazione degli acquisti centralizzati tramite Soggetti Aggregatori. Nel biennio successivo (2016-2017) i Soggetti Aggregatori hanno iniziato la loro attività. La concentrazione di mercato è stata studiata con l'indice di Herfindahl-Hirschman (HHI),<sup>7</sup> calcolato come la somma dei

<sup>5</sup> Non sono state incluse nell'analisi le nuove categorie aggiunte dal DPCM 16 agosto 2018 (guanti e suture) in quanto i dati di spesa pubblicati dal Ministero della Salute si fermano al 2017.

<sup>6</sup> Per l'analisi generale del settore dei DM in Italia si rimanda al Capitolo 17.

<sup>7</sup> Un valore dell'HHI inferiore a 1.500 indica un mercato non concentrato, tra 1.500 e 2.500 moderatamente concentrato, e superiore a 2.500 fortemente concentrato.



Tabella 15.10 **Categorie CND di DM di pertinenza dei Soggetti Aggregatori**

Categoria DPCM	CND
Aghi e siringhe	A01 aghi, A02 siringhe
Ausili per incontinenza	T04 ausili per incontinenza
Defibrillatori	J0105 defibrillatori impiantabili
Guanti*	T01 guanti (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI – D.Lgs. 475/92)
Medicazioni generali	M01 ovatta di cotone e sintetica, M02 garze, M03 bendaggi
Pacemaker	J0101 pacemaker
Protesi d'anca	P0908 protesi di anca
Stent	P070402 stent vascolari
Suture*	H01 suture chirurgiche

\* Categorie merceologiche aggiunte dal DPCM 16 agosto 2018 non considerate ai fini delle analisi

quadrati delle quote di mercato dei fabbricanti, e con l'indice di concentrazione CR4,<sup>8</sup> dato dalla somma delle quote di mercato dei primi quattro fabbricanti in ogni settore. Inoltre, è stato calcolato l'indice di diversificazione,<sup>9</sup> dato dal rapporto tra numero medio di categorie CND trattate dai fabbricanti ed il numero di CND esistenti.

Nel 2017 l'investimento complessivo da parte delle strutture sanitarie pubbliche del SSN per le categorie di DM di competenza dei Soggetti Aggregatori rappresentava il 19,2% della spesa complessiva per l'acquisto di DM, in calo rispetto al 2016 quando era pari al 20,4% (Tabella 15.11). In valore assoluto è stato pari a quasi 828 milioni di euro, in leggera diminuzione (-0,9%) rispetto all'anno precedente. Alcune categorie mostrano una espansione dei livelli di spesa lungo tutto l'orizzonte temporale considerato, mentre quelle riconducibili all'area cardiovascolare (defibrillatori, pacemaker e stent), le protesi di anca e le medicazioni generali evidenziano una flessione nell'ultimo anno. I settori che sono andati incontro ad una contrazione della spesa sono caratterizzati da un numero di fabbricanti contenuto e relativamente stabile negli anni. Al contrario, in generale i settori in espansione sono caratterizzati dalla crescita del numero di imprese fornitrici del SSN.

Nelle categorie merceologiche di pertinenza dei Soggetti Aggregatori, si evidenzia una certa diversificazione delle attività produttive dei fabbricanti (Figura 15.9). Il settore con l'indice maggiore è quello dei defibrillatori impiantabili. I fabbricanti attivi in tale settore possiedono nel loro portafoglio prodotti registrati mediamente in 6,29 categorie CND (indice di diversificazione pari a 0,29). Seguono le siringhe, con un indice di diversificazione pari a 0,23 e i pa-

<sup>8</sup> L'indice di concentrazione CR4 assume valori compresi tra 0 (concorrenza perfetta) e 100 (monopolio).

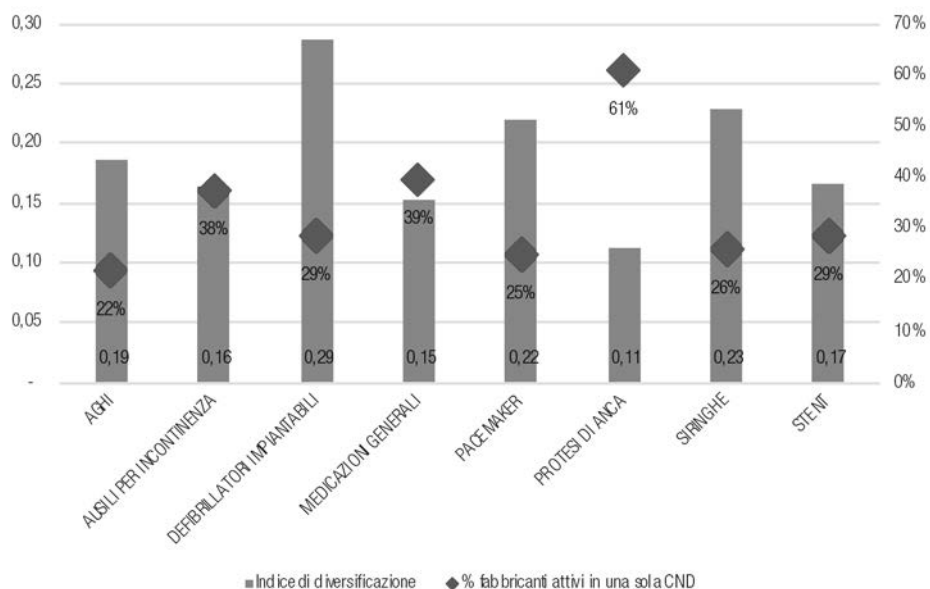
<sup>9</sup> All'interno del sistema CND sono presenti 22 categorie. Il rapporto di diversificazione è compreso tra 0,045 (tutti i prodotti trattati dai fabbricanti afferiscono ad una sola CND) e 1 (l'impresa è presente in tutte le 22 CND).

Tabella 15.11 **Spesa per l'acquisto di dispositivi medici di pertinenza dei Soggetti Aggregatori e relativo numero di fabbricanti**

Categoria DPCM	Spesa sostenuta dalle strutture pubbliche del SSN (milioni di €)				Numero di fabbricanti			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Aghi	75,6	77,9	84,1	86,0	275	287	295	304
Ausili per incontinenza	31,8	36,6	69,8	78,5	33	31	31	32
Defibrillatori	189,3	186,3	196,3	190,0	8	7	7	7
Medicazioni generali	84,6	82,0	82,4	80,5	198	207	206	213
Pacemaker	107,2	106,3	109,0	106,5	12	10	8	12
Protesi di anca	132,9	130,6	134,4	130,1	73	79	78	77
Siringhe	33,3	34,7	35,6	35,1	112	112	119	127
Stent	121,2	124,6	124,0	120,6	61	65	66	66
Totale	775,9	779,0	835,5	827,6				
% su spesa per DM	21,3%	20,7%	20,4%	19,2%				

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Rapporto sulla spesa per l'acquisto di DM, anni 2014-2017

Figura 15.9 **Indice di diversificazione e percentuale fabbricanti attivi in una sola CND anno 2017**

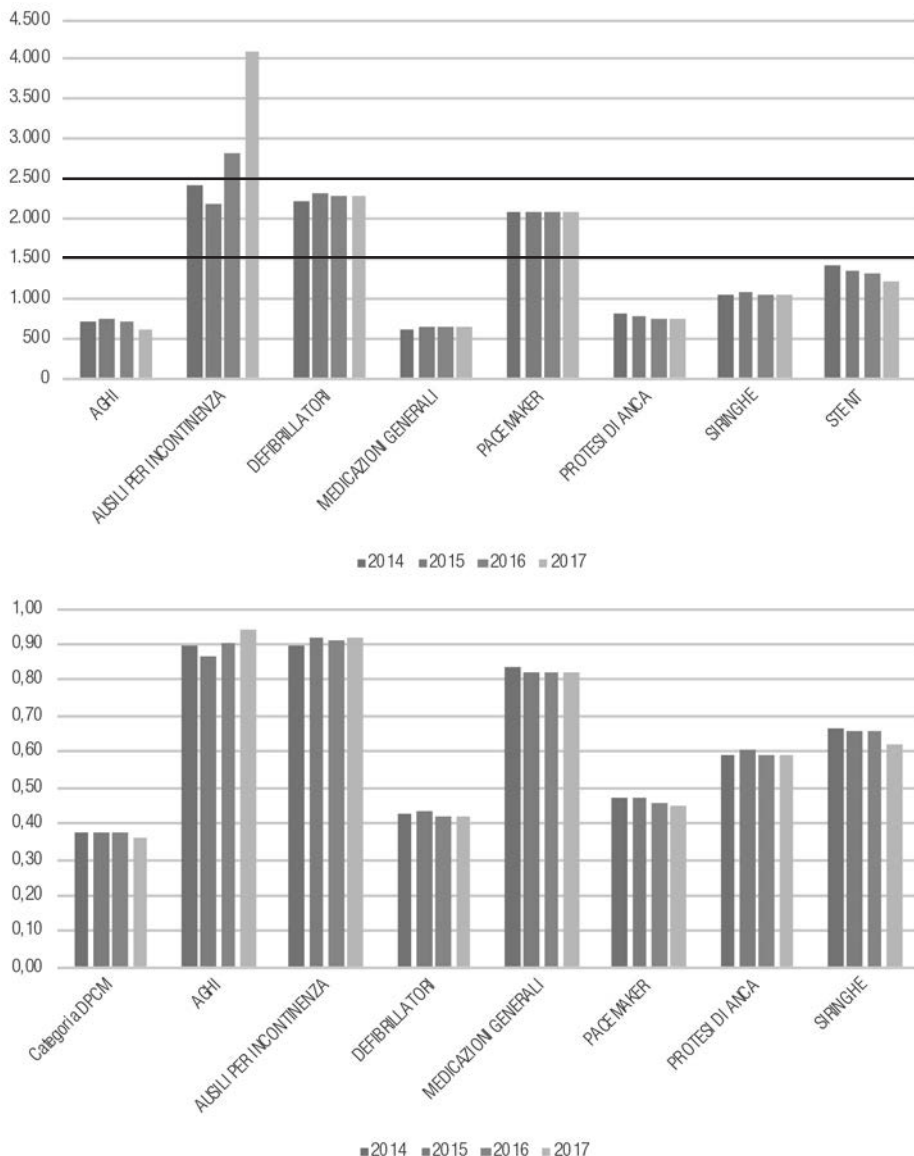


Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Rapporto sulla spesa per l'acquisto di DM anno 2017

pacemaker (0,22). Il settore caratterizzato dalla minore diversificazione è quello delle protesi di anca (0,11).

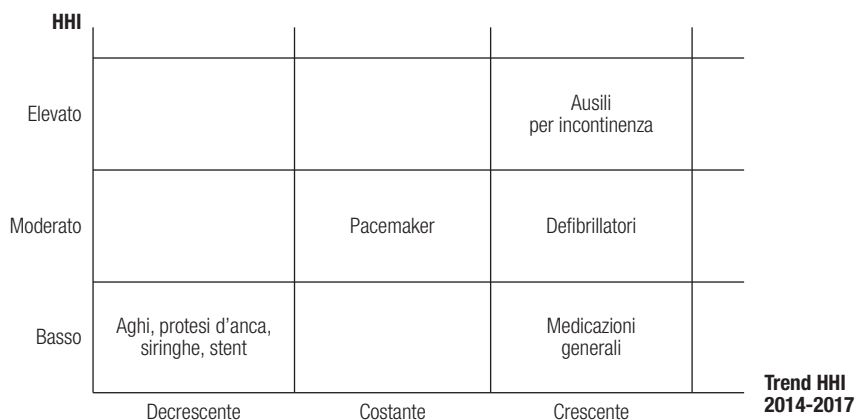
La concentrazione di mercato nei settori di pertinenza dei Soggetti Aggregatori appare medio-bassa (Figura 15.10). L'unico settore che, a partire dal 2016,

Figura 15.10 **Indici di concentrazione di mercato HHI (a) e CR4 (b) per le categorie merceologiche di pertinenza dei Soggetti Aggregatori**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Rapporto sulla spesa per l'acquisto di DM anni 2014-2017 (le linee orizzontali in figura rappresentano i valori soglia di riferimento dell'indice HHI)

Figura 15.11  **Livello e trend temporale dell'HHI 2014-2017 per le categorie merceologiche di pertinenza dei Soggetti Aggregatori**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Rapporto sulla spesa l'acquisto di DM, anni 2014-2017

risulta molto concentrato (indice HHI superiore a 2.500) sono gli ausili per l'incontinenza. Tuttavia, l'incremento cospicuo di spesa registrato nel biennio 2016-2017 per questa categoria merceologica potrebbe essere dovuto ad un aumento dei tassi di copertura della rilevazione, e ciò suggerisce un'interpretazione cauta di questo risultato. Il livello di concentrazione appare moderato per entrambe le categorie afferenti all'aritmologia, crescente negli anni per i defibrillatori impiantabili e costante per i pacemaker. Tra i settori a bassa concentrazione, le medicazioni generali mostrano un lieve aumento della concentrazione nel tempo, al contrario di aghi, protesi di anca, siringhe e stent, che hanno visto diminuire leggermente l'indice HHI negli ultimi quattro anni. La Figura 15.11 mostra la vista simultanea del livello di concentrazione e del suo trend nel quadriennio 2014-2017. Con riferimento, invece, alla quota di mercato detenuta dai primi quattro fabbricanti, i settori più concentrati appaiono gli aghi (CR4 pari a 0,94), gli ausili per incontinenza (0,92) e le medicazioni generali (0,82).

### 15.5.2 Discussione

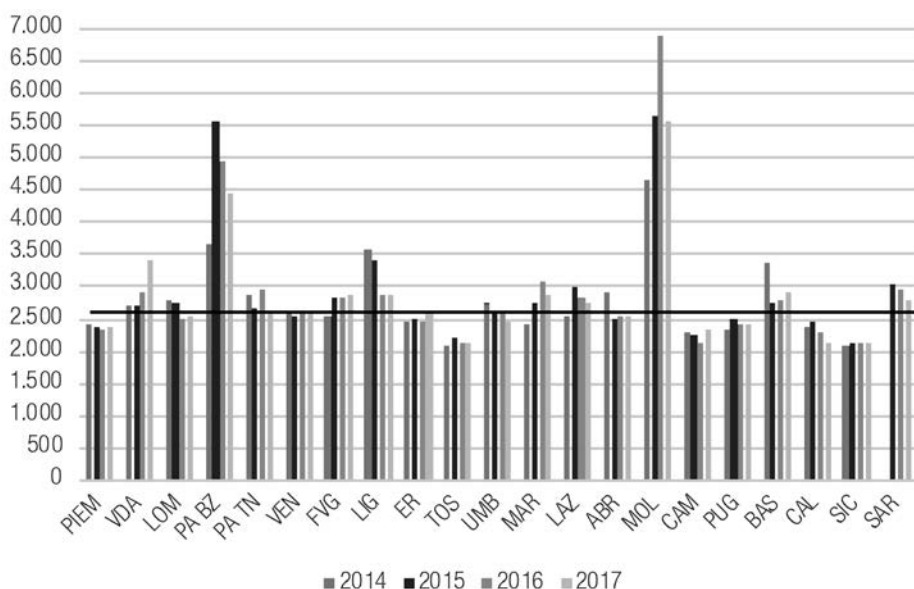
Le categorie merceologiche di pertinenza dei Soggetti Aggregatori sono caratterizzate da un indice di diversificazione dei fabbricanti maggiore rispetto a quanto osservato per il settore dei DM nel suo complesso (si veda in proposito il paragrafo 17.5 del presente Rapporto OASI). A fronte di un indice medio generale pari a 0,079 (che significa che i fabbricanti operano mediamente in 1,74 CND), per le categorie analizzate in questo capitolo l'indice varia tra 0,11 per le protesi di anca a 0,29 per i defibrillatori impiantabili. La diversificazione dei

prodotti, oltre a permettere ai fabbricanti di possedere un portafoglio di tecnologie in grado di coprire una parte maggiore del percorso di cura del paziente, permette una diversificazione del rischio, soprattutto in un contesto di ricorso sempre maggiore a gare centralizzate regionali, in cui la mancata aggiudicazione comporta l'esclusione dai mercati regionali per qualche anno. In altri termini, una più ricca diversificazione del portafoglio prodotti, potrebbe diminuire la propensione ai ricorsi amministrativi in caso di mancata aggiudicazione.

Il livello medio-basso della concentrazione di mercato dei settori di pertinenza dei Soggetti Aggregatori appare in linea con quello generale dei DM. Tuttavia, occorre considerare che la concentrazione varia in funzione dell'ampiezza del mercato di riferimento. Le analisi evidenziano un livello di concentrazione molto più elevato quando l'analisi viene fatta a livello di singolo mercato regionale. A titolo puramente esemplificativo, la Figura 15.12 mostra l'HHI del settore dei defibrillatori.

I dati del flusso Consumi disponibili oggi fanno riferimento al 2017, secondo anno di attività dei Soggetti Aggregatori e non consentono ancora di misurare l'effetto della loro attività. Per fare questo, è necessario un orizzonte temporale più lungo. In particolare, bisogna attendere l'aggiudicazione di tutte le gare, alcune ancora programmate, e costruire una serie storica più lunga. L'analisi presentata sarà oggetto di aggiornamento nei prossimi anni.

Figura 15.12 **Indici di concentrazione HHI del settore dei defibrillatori impiantabili**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Rapporto sulla spesa per l'acquisto di DM anni 2014-2017

## 15.6 Effetti su valore e innovazione

La spinta all'aggregazione dei processi di acquisto ha avuto, fino a oggi, come principale motivazione, la ricerca del risparmio finanziario. L'uso ottimale delle risorse pubbliche è, sicuramente, fondamentale, tuttavia, l'azione della PA dovrebbe essere orientata non tanto al risparmio di breve termine, quanto al “*value for money*”, ossia alla ricerca del difficile equilibrio tra economicità, efficienza, efficacia ed equità. Questo cambiamento di paradigma non emerge solo dalle istanze delle aziende sanitarie e degli *stakeholder* (pazienti e clinici), ma anche dalla teoria di *public management*, che ha elaborato un nuovo quadro di riferimento, chiamato *Public Value*. Secondo questo nuovo paradigma, è la ricerca del valore che deve guidare l'azione pubblica e questa ricerca implica anche la revisione del rapporto con il mercato, che non deve essere visto semplicemente come un fornitore, ma deve diventare *partner* per rendere possibile il raggiungimento di obiettivi sfidanti. Acquistare secondo logiche di *value for money* significa che la stazione appaltante dovrebbe essere in grado di ottenere, a fronte di risorse date, il miglior risultato, misurato in termini di soddisfacimento dei fabbisogni degli *stakeholder*, degli obiettivi strategici aziendali e di *policy*.

Per fare questo, è necessario abbandonare l'impostazione orientata ai soli risultati finanziari e operativi di breve periodo, per concentrarsi sui risultati di medio/lungo periodo, sia in termini di efficienza complessiva dell'acquisto che di efficacia. Acquistare secondo logiche di valore richiede non solo di modificare le strategie di gara, ma anche di innovare i contratti, con particolare riferimento ai meccanismi di pagamento e alle modalità di monitoraggio. In particolare, elemento di preoccupazione per le stazioni appaltanti potrebbe essere l'azzardo morale, ovvero il rischio che i beni o servizi acquistati non siano in grado di generare il valore promesso, dichiarato solo con l'obiettivo di conseguire l'aggiudicazione del contratto. Per questo motivo, il meccanismo di pagamento deve essere strutturato in modo tale da remunerare l'operatore economico solo al conseguimento dei promessi target di efficienza e/o efficacia. Questo elemento costringerebbe anche le aziende sanitarie, eventualmente con il supporto dell'operatore economico, a monitorare l'efficienza e/o l'efficacia conseguita da un bene e/o da un servizio, proprio perché è in base ai recuperi di efficienza e/o efficacia che l'operatore economico verrebbe remunerato.

### 15.6.1 Metodologia e risultati

Quali sono le barriere che ostacolano acquisti di maggior valore? Per rispondere a questa domanda abbiamo effettuato una survey all'interno dell'Osservatorio tra centrali e imprese. Hanno risposto al questionario 12 centrali

e 11 imprese fornitrici, ovvero la totalità dei soggetti che hanno ricevuto il questionario.

Il 67% delle centrali intervistate dichiara che la definizione di “valore” negli acquisti è lasciata alla libera interpretazione da parte della centrale; nel 17% dei casi dichiara che è frutto delle indicazioni date dal gruppo tecnico deputato alla redazione del capitolato; solo nell’8% dei casi dichiarano che deriva da indicazioni da parte delle Aziende sanitarie e un altro 8% dichiara che non esistono indicazioni sul significato di “acquistare valore”. Complessivamente, su una scala 0-10, le centrali si sono date una valutazione di 7 circa la loro capacità di estrarre valore dal mercato.

All’unanimità le imprese dichiarano che le gare delle centrali regionali non consentono di esprimere nelle logiche di offerta il valore che l’impresa è in grado di produrre; mentre nel 45% dei casi ritengono che le gare bandite dalle aziende sanitarie consentono di meglio esprimere questo valore.

Tra le cause più rilevanti indicate dalle centrali che ostacolano la loro capacità di acquistare valore troviamo: descrizione inadeguata dei fabbisogni da parte delle aziende sanitarie; carenza di capacità/competenze di analisi del mercato; carenza di capacità/competenze tecniche nella definizione della documentazione tecnica; mancanza di *commitment* / competenze disponibili nelle commissioni tecniche; mancanza di una esecuzione strategica del contratto da parte dell’azienda sanitaria e una programmazione regionale inadeguata (Figura 15.13). Interessante notare come il Codice dei Contratti non rappresenti per le centrali un ostacolo. Il rischio di ricorsi rappresenta una criticità, seppur non tra le prime per importanza.

Anche dal punto di vista delle imprese il Codice dei Contratti non rappresenta una criticità rilevante, tuttavia, la gran parte degli altri elementi della survey sono stati considerati come particolarmente critici e in particolare: programmazione regionale inadeguata, carenza di capacità/competenze di analisi del mercato, utilizzo di criteri di valutazione incoerenti rispetto all’oggetto d’acquisto, descrizione inadeguata del fabbisogno, basi d’asta inadeguate, inadeguatezza nella gestione delle consultazioni preliminari (Figura 15.14).

## 15.6.2 Discussione

I risultati della survey mostrano una sorta di “sfiducia” da parte delle imprese nella capacità del sistema delle centrali di acquistare innovazione in considerazione del fatto che tutti gli item della survey sono stati considerati estremamente critici. Le centrali, dall’altro lato, reputano che tra gli ostacoli più rilevanti vi sia una carenza di competenze, sia interne, sia tra i colleghi/tavoli tecnici per la redazione dei capitolati. Questo elemento è coerente con il gap di competenze specialistico messo in evidenza nel par. 1.2.

Punto molto rilevante, evidenziato da entrambe le parti, è il *commitment* regionale. Effettivamente, la scelta di effettuare acquisti basati su logiche di valo-

Figura 15.13 **Le criticità evidenziate dalle centrali in relazione alla capacità di acquistare valore**

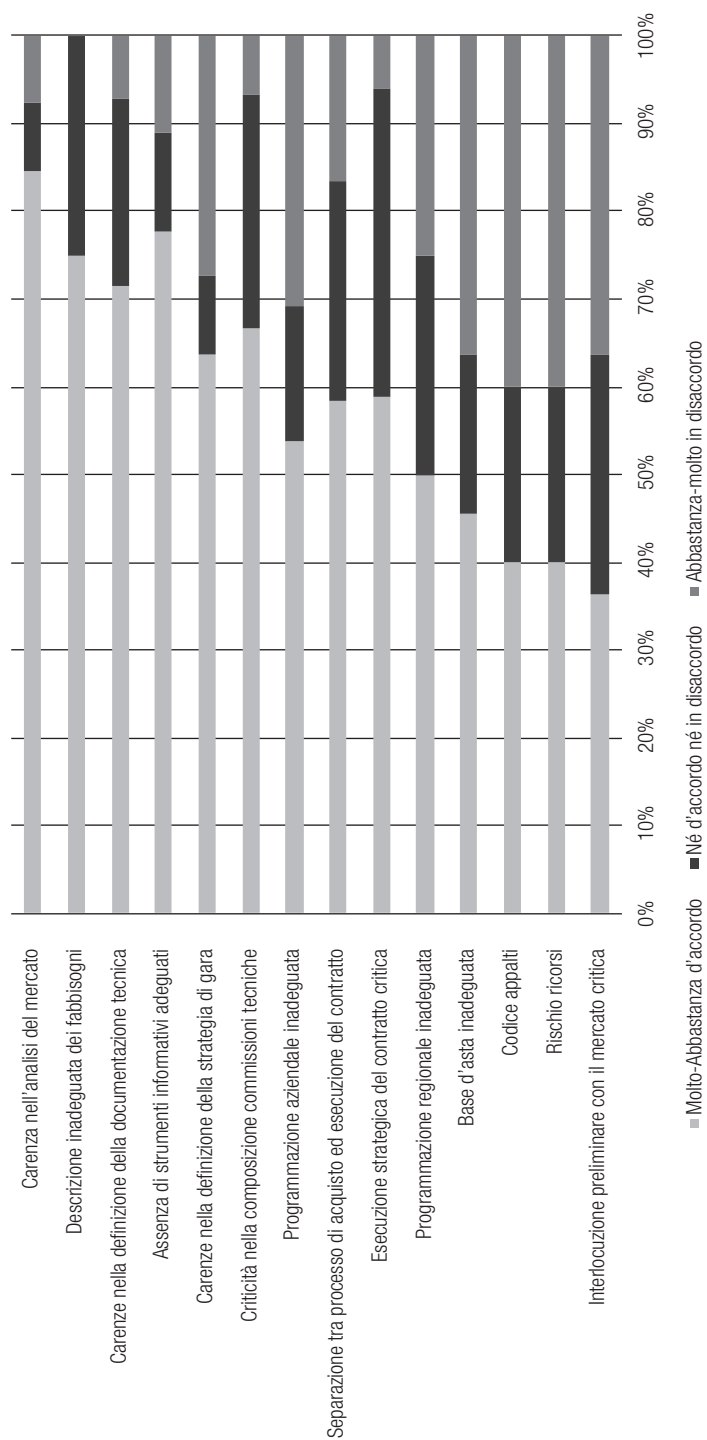
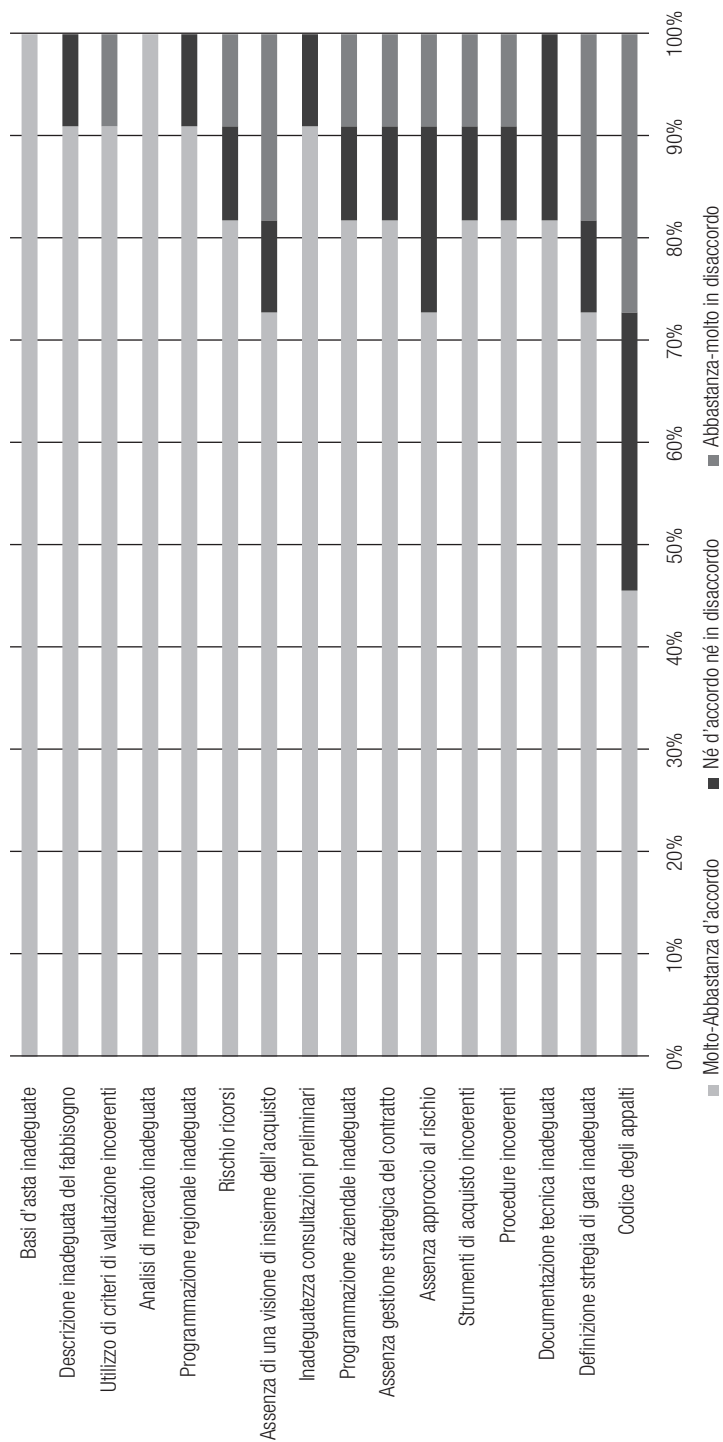




Figura 15.14 **Le criticità evidenziate dalle imprese in relazione alla capacità delle centrali di acquistare valore**



re non può prescindere da chiari input regionali relativi, da un lato, ad ambiti di applicazione e, dall'altro, alle modalità per remunerare questo valore generato. Questo è, probabilmente, l'elemento più critico in considerazione di un orizzonte temporale di breve termine nella programmazione delle risorse e obiettivi altrettanto di breve termine assegnati alle centrali e alle aziende sanitarie nell'ottimizzazione dei costi.

I risultati della survey sono stati discussi in occasione di un workshop MASA-SAN, nell'ambito del quale è stato chiesto agli operatori economici e ai rappresentanti delle centrali di provare a individuare una proposizione di "valore"; ovvero che cosa significa acquistare/vedere valore per diverse categorie merceologiche. Da questo *focus group* è emersa una certa difficoltà, per alcune categorie, a esprimere il significato di valore. Ciò significa che vi è la necessità, non solo tra le centrali, ma anche tra gli operatori economici, di meglio comprendere i *driver* di generazione di valore. L'ambiente adeguato a questo confronto, similmente a quanto già affermato nel paragrafo 15, nell'ambito delle quali gli operatori economici potrebbero essere chiamati a proporre soluzioni rispetto a chiari fabbisogni di miglioramento del sistema, sia in termini di efficienza che di efficacia. Tuttavia, questo implica che le centrali siano in grado di raccogliere dati puntuali da parte delle aziende sanitarie sull'*as-is*, in termini di costi, performance e qualità (Amatucci *et al.* 2018), sui quali sfidare gli operatori economici a individuare soluzioni. La difficoltà a raccogliere questi dati rappresenta spesso l'ostacolo all'avvio di procedure più innovative. Una soluzione, da questo punto di vista, potrebbe essere la gestione di procedure pilota che coinvolgano singole aziende sanitarie, supportate dall'*expertise* delle centrali; un'altra soluzione potrebbe essere rappresentata dalla scelta di utilizzo, laddove possibile, per esempio sui servizi, di contratti di concessione in luogo dell'appalto, in cui la definizione della baseline da "sfidare" con l'acquisto di valore rappresenta l'oggetto del contratto stesso. Il fatto che la baseline di efficienza o di efficacia non sia nota alla stipula del contratto rappresenta quel rischio operativo tipico delle concessioni, ai sensi della Direttiva 23/2014.

Da un punto di vista organizzativo, sia nelle centrali sia tra gli operatori, potrebbe essere necessario rivedere l'organizzazione delle competenze per soluzioni di cura piuttosto che per prodotti/categorie merceologiche: è, infatti, con l'utilizzo di soluzioni, quali mix di beni e servizi, che è possibile generare valore. Infine, data la centralità della programmazione, sarebbe auspicabile che essa evolvesse da mero elenco di gare da espletare, volte a rinnovare i contratti in scadenza, a quadro di obiettivi strategici di efficienza ed efficacia da conseguire in un orizzonte temporale di medio termine, con la necessità di rendicontare il valore conseguito.

## 15.7 Conclusioni

Il capitolo ha messo in luce alcuni primi risultati relativi agli effetti del processo di centralizzazione in corso da alcuni anni in Italia, con particolare riferimento a: competenze delle centrali, diffusione delle gare sotto-soglia e dei ricorsi, concentrazione del mercato e capacità di acquistare valore. Come scritto in introduzione obiettivo dell'Osservatorio MASAN per il 2020 sarà anche quello di contribuire a valutare il contributo della centralizzazione alla razionalizzazione dei costi di approvvigionamento.

Se uno dei principali *driver* di *policy* alla base dell'introduzione del processo di centralizzazione degli acquisti è (stato) la ricerca della riduzione della spesa, nel medio termine sarebbe necessario e auspicabile che le centrali fossero in grado di individuare una nuova frontiera, sia considerando che inevitabilmente il potenziale effetto risparmio non può progressivamente che scemare, sia considerando la necessità del sistema di approvvigionarsi di beni e servizi in grado di contribuire a obiettivi di maggior efficienza e di efficacia. Da questo punto di vista sia la Direttiva Appalti sia il Codice dei Contratti indicano tra gli obiettivi di un adeguato sistema di procurement anche la sostenibilità ambientale e il Value for Money.

Alcune delle conseguenze del processo di centralizzazione possono essere considerate di tipo contingente e quindi una sorta di "reazione" del sistema: è questo il caso dell'incremento del numero dei ricorsi e del numero di gare sotto-soglia. Altre conseguenze, concentrazione, capacità di acquistare valore e competenze sono di tipo strutturale e fanno riferimento alla capacità delle centrali (o del processo di centralizzazione) di modificare i propri assetti o quelli di mercato.

Le analisi hanno messo in evidenza come il processo di centralizzazione abbia generato un incremento del numero dei ricorsi, tuttavia con un tasso di soccombenza molto basso per le centrali, nonché un incremento delle gare sotto-soglia. Queste due conseguenze possono essere, da un lato, spiegate con una sorta di "reazione" al cambiamento da parte del mercato (dei fornitori e delle aziende sanitarie beneficiarie degli acquisti); dall'altro, esse possono dipendere da un sistema che non è ancora in grado di strutturare adeguatamente la raccolta e analisi dei fabbisogni e la conseguente strategia di gara. Questo trova spiegazione nel fatto che il processo di centralizzazione è stato prevalentemente *top-down* senza essere accompagnato da una revisione degli assetti organizzativi, di *governance* e in particolare da un processo di sviluppo delle competenze nel corpo professionale delle centrali.

Probabilmente la tendenza strutturale al ricorso amministrativo troverà un parziale rallentamento al procedere delle centrali lungo la curva di apprendimento, e di una evoluzione nelle relazioni pubblico-privato in un contesto in cui la centralizzazione degli acquisti diventerà fattore consolidato, da un lato, ma

anche nel momento in cui le centrali sapranno reinterpretare il proprio ruolo. I ritardi nei processi di aggiudicazione (che possono rappresentare una delle ragioni delle gare sotto-soglia e delle proroghe contrattuali), conseguenti ai ricorsi, potranno essere in parte ridotti se le centrali riusciranno a programmare per tempo le gare, anticipando tutto il ciclo degli acquisti, "scontando" nel cronoprogramma il tempo per la gestione del ricorso. Difficile, invece, aspettarsi nel mercato e nella cultura italiana il crescere della consapevolezza che la prassi del ricorso è un gioco a somma negativa dove tutti i giocatori perdono, come dimostra la storia felice degli altri paesi sviluppati, dove il maggiore capitale istituzionale reciproco rende per tutti il mercato più fluido.

La numerosità delle gare sotto-soglia, anche se non particolarmente significativo rispetto al periodo pre-centralizzazione acquisti, dovrebbe portare il sistema regione-centrale-aziende a rivedere le modalità di interazione e collaborazione con l'obiettivo di rendere la centrale strumento di reale supporto strategico-amministrativo per un sistema di procurement finalizzato a creare valore e rispondere alle esigenze, anche di flessibilità e specificità, delle singole aziende.

Per quanto riguarda le conseguenze di tipo strutturale, l'analisi sulla concentrazione di mercato dei fornitori del SSN, specie con riferimento ai device medici, mostra come la centralizzazione non abbia generato fenomeni di concentrazione, che talvolta possono accadere come conseguenza di una aggregazione del numero dei buyer pubblici e delle gare. La letteratura ha evidenziato, infatti, come la centralizzazione degli acquisti possa incrementare il rischio di *lock-in* o le barriere all'ingresso; tuttavia, va anche detto che le competenze di una centrale potrebbero favorire l'acquisto di prodotti nuovi, e quindi una maggior concorrenza, che buyer più piccoli potrebbero non essere in grado di selezionare, anche per una presunta avversione al/timore del cambiamento (OFT, 2004). Il contenuto processo di concentrazione è per ora garantito anche dalla natura dei produttori, che spesso sono imprese multinazionali, le quali sviluppano e offrono prodotti in funzioni di logiche globali, che non vengono certo toccate da un processo di regionalizzazione degli acquisti di una nazione di medie dimensioni. Inevitabile e attesa è invece la concentrazione infra-regionale, che potrà essere mitigato mantenendo alto l'interscambio professionale tra clinici e centrali di diverse regioni, dove l'innovazione e le diverse esperienze dell'uno possano diventare patrimonio conoscitivo per l'altro.

Dalle analisi la centralizzazione non avrebbe consentito di migliorare le capacità del sistema di acquistare valore e innovazione. Questo è una conseguenza del fatto che, come scritto, l'obiettivo di *policy* alla base dell'introduzione della centralizzazione degli acquisti non era quello di migliorare le capacità del sistema di acquistare innovazione ma solo di ridurre la dispersione dei prezzi e ridurre la spesa. Poiché questo obiettivo di *policy* sembra essere stato ormai conseguito, le centrali potrebbero essere pronte ora a entrare in una seconda fa-

se di vita, quella dell'*hub* di competenze necessario ad accompagnare processi di innovazione a livello regionale e aziendale. In un contesto in cui le centrali sembrano godere di una certa autonomia nella definizione delle strategie di gara, questo potrebbe essere il livello di governo ottimale per sperimentare gare e contratti in grado di estrarre più valore dal mercato, inteso come soluzioni in grado di portare più efficienza e più efficacia nel medio termine, alle aziende sanitarie. Questo corrisponde all'obiettivo di fase più generale del SSN: gli spazi di razionamento e taglio lineare sono stati verosimilmente largamente sfruttati, ora occorre sviluppare una nuova postura generale di sistema capace di indurre innovazione e riorganizzazione dei servizi. Non si tratta quindi più di comprare gli stessi beni e servizi del passato a un prezzo unitario più basso, ma di riqualificare il portafoglio di ciò che si acquisisce (comprare oggetti diversi) in funzione dei volumi produttivi (correlare consumi intermedi e produzione sanitaria) e vincolare i pagamenti a obiettivi di *outcome* predefiniti (*pay for results*). Questo richiede nuove visioni, strategie e competenze. Le centrali possono essere una straordinaria piattaforma istituzionale ed organizzativa dove generarle.

## Bibliografia

- Cusumano, N., Amatucci, F., Longo, F., Vecchi, V., Callea, G. (2018), La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti, in Rapporto OASI 2018, Egea.
- Cusumano, N., Amatucci, F., Longo, F., Brusoni, M., Vecchi, V., Callea, G. (2017), La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance, in Rapporto OASI 2017, Egea.
- Office of Fair Trading (OFT) (2004), Assessing the impact of public sector procurement on competition, disponibile al link <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/...oft.gov.uk/...oft/.../oft742a.pdf>
- Department of Health and Social Care (2016), *NHS Commercial & Procurement Standards v3*