

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

10 La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali

di Manuela Brusoni e Marta Marsilio*

10.1 Introduzione

I processi di acquisto delle aziende sanitarie sono da sempre oggetto di attenzione, per due motivi principali.

In primo luogo, l'entità dei valori economici in gioco. Le stime ricorrenti riportano che, nel complesso, gli acquisti pubblici nei paesi OCSE ammontano al 15 per cento del PIL, nell'Unione Europea superano il 16 per cento. Per l'Italia i dati più recenti disponibili¹ mostrano, nel 2004, una spesa per beni e servizi sanitari pari al 21 per cento della spesa sanitaria totale. Naturalmente, poiché si tratta di processi di scambio, il valore di mercato è rilevante tanto per chi acquista, a cui viene attribuita la responsabilità della ricerca del migliore impiego delle risorse pubbliche, quanto per chi vende, alla ricerca del miglior risultato imprenditoriale derivante dalla presenza stabile in un mercato «sicuro». Ciò da un lato ha spinto i decisori pubblici a ricercare, con particolare enfasi negli anni più recenti, diverse possibili soluzioni per un contenimento dell'entità economica degli acquisti, attraverso strumenti di monitoraggio, quali gli «osservatori prezzi» – variamente strutturati e denominati, relativi a categorie merceologiche diverse, alimentati con metodologie di ricerca e analisi di dati specifiche, utilizzati con sistematicità alterna e con finalità non sempre chiaramente esplicitate (*infra*) – o attraverso la promozione o l'imposizione di assetti istituzionali e organizzativi innovativi, quali le centrali di committenza² o soluzioni di *outsourcing*/esternalizzazione. Dal-

* Il capitolo è il frutto di un comune lavoro di ricerca degli autori. Nella stesura del testo, i parr. 10.1, 10.2 e 10.5 sono da attribuire a Manuela Brusoni, mentre i parr. 10.3 e 10.4 sono da attribuire a Marta Marsilio. La ricerca è stata finanziata dal ministero della Salute nell'ambito del progetto SIVeAS. Si ringrazia per il prezioso contributo la dottoressa Beatrice Maestri. Questo capitolo presenta i primi risultati della collaborazione con il ministero della Salute all'interno del progetto di ricerca SIVeAS.

¹ OECD *Health Data 2006*.

² Una «centrale di committenza» è un'amministrazione aggiudicatrice che: a. acquista forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici, o

l'altro lato il mondo imprenditoriale ha reagito in modo diversificato a questo scenario in evoluzione, a volte aderendo in modo rapido e sinergico ai cambiamenti, in cerca di un vantaggio competitivo, altre volte restando in attesa di una configurazione definitiva dei processi di riassetto. Ciò che sembra di poter fin da subito anticipare è che a oggi non emerge ancora un allineamento, un terreno di ricerca di vantaggi comuni tra fornitori e clienti, ma che la relazione di scambio è ancora caratterizzata da una logica di contrapposizione.

In secondo luogo, la necessità di rispettare la normativa che regola gli acquisti³ effettuati dagli «organismi di diritto pubblico»⁴. Tra questi vi sono appunto le aziende sanitarie, soggetti che devono adottare procedure a evidenza pubblica ogniqualvolta si rivolgano per acquisti al mercato dei fornitori. I principi che guidano gli appalti pubblici sono stati ribaditi e sottolineati, nella direttiva 2004/18/CE (*infra*), proprio ad affermare l'importanza di costruire un rapporto trasparente e aperto con il mercato delle imprese e a sottolineare i vantaggi della concorrenza per chi acquista e per chi vende.

I due fattori principali che sono recentemente intervenuti a modificare lo scenario competitivo in tema di acquisti nel settore sanitario, e che avranno un impatto non solo nel ridefinire assetti e relazioni tra imprese e aziende sanitarie, ma nel ridisegnare l'intero sistema della domanda e dell'offerta, sono:

- ▶ l'avvio del processo di centralizzazione dell'attività di acquisto, attraverso «centrali di committenza» appositamente costituite, o attraverso aggregazioni interaziendali di varia natura e assetto;
- ▶ l'introduzione e applicazione progressiva della direttiva 2004/18/CE relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi, recepita in Italia con il D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163. Tra le varie innovazioni, un orientamento di fondo introdotto dalla

b. aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici.

³ Gli «appalti pubblici» sono contratti a titolo oneroso stipulati per iscritto tra uno o più operatori economici e una o più amministrazioni aggiudicatrici aventi per oggetto l'esecuzione di lavori, la fornitura di prodotti o la prestazione di servizi.

⁴ Si considerano «amministrazioni aggiudicatrici»: lo Stato, gli enti pubblici territoriali, gli organismi di diritto pubblico e le associazioni costituite da uno o più di tali enti pubblici territoriali o da uno o più di tali organismi di diritto pubblico. Per «organismo di diritto pubblico» s'intende qualsiasi organismo:

a. istituito per soddisfare specificamente esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale;

b. dotato di personalità giuridica;

c. la cui attività sia finanziata in modo maggioritario dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico oppure la cui gestione sia soggetta al controllo di questi ultimi oppure il cui organo d'amministrazione, di direzione o di vigilanza sia costituito da membri dei quali più della metà è designata dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico.

direttiva spinge a caratterizzare in modo più dialettico i rapporti tra Pubblica Amministrazione e imprese fornitrici.

L'obiettivo del presente capitolo è quello di effettuare una ricognizione degli assetti istituzionali e strategici del processo di aggregazione regionale dell'attività di acquisto delle aziende sanitarie in Italia. Poiché in parallelo il nuovo Codice degli appalti (D.lgs. 163/2006) dovrà essere introdotto e gradualmente applicato, il suo processo di attuazione costituisce un fattore di sfondo e nel contempo un elemento sostanziale nel rendere fattibili e attuabili gli assetti istituzionali previsti in materia di centralizzazione, condizionandone la praticabilità sotto il profilo normativo. Il sottoparagrafo successivo premette alla ricognizione delle scelte regionali di centralizzazione degli acquisti una breve sintesi delle principali innovazioni e dei punti di attenzione proposti dal nuovo Codice dei contratti pubblici.

10.1.1 Il D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163: elementi essenziali

Nel 2004 l'Unione Europea ha adottato la direttiva 2004/18/CE, relativa alle procedure d'aggiudicazione degli appalti pubblici, con l'obiettivo di:

- ▶ riaffermare i principi di carattere generale su cui si fondano gli acquisti pubblici: concorrenza, uguaglianza d'accesso e trattamento dei fornitori, trasparenza dei comportamenti;
- ▶ adattare il quadro giuridico al nuovo contesto sociopolitico e alle esigenze del mercato, da un lato semplificando e armonizzando il contesto normativo, dall'altro individuando strumenti più moderni, caratterizzati da un rapporto dialettico tra amministrazioni aggiudicatrici e mondo imprenditoriale.

Si tratta di una normativa che unifica la materia delle commesse pubbliche (appalti e concessioni) seguendo l'orientamento degli ultimi anni che prevede l'adozione di testi unici. L'Italia ha recepito le direttive 2004/18/CE e 2004/17/CE⁵ con il D.lgs. 12 aprile 2006, n. 163, Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, il cosiddetto nuovo Codice degli appalti o Codice De Lise. Con la sua entrata in vigore il 1° luglio 2006, il Codice dei contratti pubblici ha soppresso oltre 48 fonti preesistenti e ha differito l'applicazione di alcune innovazioni (il Dialogo Competitivo e l'Appalto Integrato) all'entrata in vigore del Regolamento di attuazione⁶.

Le novità essenziali rispetto alla normativa precedente sono le seguenti. Innan-

⁵ Relativa alle «Procedure di appalto degli enti erogatori di acqua e di energia, degli enti che forniscono servizi di trasporto e servizi postali» (i cosiddetti «settori speciali», che ora vengono inclusi nel Testo Unico).

⁶ La prima bozza del Regolamento è all'esame del governo e se ne prevede la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale alla fine del 2007. In ogni caso l'entrata in vigore del Regolamento avverrà dopo sei mesi dalla pubblicazione.

zitutto, sono state uniformate le procedure di scelta del contraente per le varie tipologie di appalto (non vi è più infatti differenziazione tra appalti di beni/servizi o di lavori). Ciò ha portato con sé l'estensione anche ai contratti di beni e servizi del concetto dell'unitarietà del processo di acquisto, in tutte le sue fasi (art. 10)⁷. Inoltre sono state introdotte procedure innovative: per esempio il Dialogo competitivo (art. 29 della direttiva 2004/18 – art. 58 del Codice), la centrale di committenza (art. 11 della direttiva 2004/18 – art. 85 del Codice), il Sistema dinamico di acquisizione (art. 60 della direttiva 2004/18 – art. 33 del Codice), l'Accordo quadro (art. 32 della direttiva 2004/18 – art. 59 del Codice). Ancora, sono state introdotte novità procedurali in tema di pubblicazione dei bandi, nei termini di presentazione delle offerte, nella valutazione delle anomalie delle offerte e nelle cause di esclusione dalle gare, nei criteri di qualificazione delle imprese. È stata infine sottolineata la rilevanza di alcune figure chiave nel processo di acquisto: il responsabile unico del procedimento e il presidente della commissione aggiudicatrice.

Accanto alle innovazioni, il nuovo testo presenta alcune criticità⁸. L'impostazione del Codice risente dell'impianto regolamentare dei Lavori pubblici, caratterizzato da una forte procedimentalizzazione e dall'enfaticizzazione dei controlli, tipici di un settore che ha avuto numerosi episodi «patologici», che hanno portato alla Leggi Merloni.

Procedure estremamente puntuali, tuttavia, hanno effetti diversi su settori caratterizzati da procedure numerose (servizi) o numerosissime (beni) rispetto a settori con un numero relativamente minore (lavori). Il Codice disciplina dettagliatamente anche gli appalti sotto soglia:

- ▶ in controtendenza con il principio di proporzionalità propugnato dalle direttive CE, che regolano la materia contrattuale solo dove esiste un elemento sufficientemente oneroso. Inoltre, anche secondo un approccio aziendale e manageriale, l'azione delle aziende sanitarie dovrebbe essere indirizzata a una valutazione di proporzionalità tra azione e risultato. Sotto questo aspetto l'applicazione del Codice potrebbe portare a un sensibile appesantimento nelle procedure di acquisto. Da notare che il formalismo, mentre pregiudica l'efficienza e la «qualità» operativa, non garantisce contro le «patologie» negli appalti;
- ▶ riconducendo le aziende sanitarie al rispetto dell'evidenza pubblica anche per l'attività contrattuale sotto soglia, ambito che il D.lgs. 229/1999 e la legislazione regionale in materia di acquisti avevano liberalizzato. Inoltre, tutte le controversie relative sono devolute al giudice amministrativo, mentre l'orientamento prevalente era teso ad affermare la giurisdizione ordinaria;

⁷ Art. 10. Responsabile procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture. Per ogni singolo intervento da realizzarsi mediante un contratto pubblico, le amministrazioni aggiudicatrici nominano [...], un responsabile del procedimento, unico per le fasi della progettazione, affidamento, esecuzione.

⁸ Il governo ha colto l'occasione del recepimento delle direttive europee 2004/17 e 2004/18 per riscrivere gran parte della normativa italiana in materia di appalti pubblici.

- ▶ un possibile effetto sarà verosimilmente quello della maggiore onerosità del processo di acquisto, sia in termini di costi (pubblicità, contenzioso, costi generali, aumento del regime dei controlli)⁹, sia in termini di tempi. Anche per le imprese fornitrici la crescita verosimile dei costi di partecipazione a gare e di gestione dei contratti potrebbe avere una ripercussione sui prezzi. Ulteriori punti di attenzione dovranno essere individuati in:
- ▶ una maggiore enfasi sull'attività di programmazione;
- ▶ l'integrazione della funzione acquisti nell'organizzazione aziendale;
- ▶ in un'ottica di trasversalità una riflessione su ruolo e profili di responsabilità relativi ai processi di acquisto.

Il Codice, pur – o forse proprio – a motivo delle criticità che propone, rappresenta gioco forza un'opportunità per interrogarsi in modo innovativo su alcune scelte di fondo in tema di acquisti e per procedere alla riorganizzazione diffusa della funzione e dei servizi interni legati agli acquisti.

Non ultimo, per quanto attiene specificamente il tema trattato nel presente capitolo, la ricerca di un efficace ed efficiente livello di aggregazione delle stazioni appaltanti potrebbe profilarsi come una soluzione atta a limitare gli aggravii del processo di acquisto dal punto di vista organizzativo e procedurale.

10.1.2 Costruire sulle esperienze: il caso CONSIP

Non deve sorprendere che la nuova direttiva recepisca e sottolinei un insieme di esperienze empiriche e di constatazioni sul campo (spesso raccolte e anticipate nei Libri Verdi in tema di appalti pubblici che si sono susseguiti a cura della Commissione Europea) delle esigenze mutate di rapporto con i fornitori, sia per l'evoluzione tecnologica che essi veicolano, sia per le innovazioni organizzative e di processo che possono supportare. Non è neppure nuovo il ricorso all'aggregazione degli enti appaltanti per procedere ad acquisti di gruppo che, *ante litteram*, è stato sperimentato con risultati alterni negli anni passati. Si può ricordare, come precursore in questa direzione, il gruppo di acquisto regionale che, già vent'anni or sono, venne sperimentato in Regione Liguria.

Sul fronte delle esperienze già concretizzate nel campo della centralizzazione degli acquisti, un ruolo determinante è quello di CONSIP SpA, il cui processo di costituzione e stabilizzazione delle modalità di funzionamento (rappresentato in Tab. 10.1) può suggerire alcune riflessioni sulla complessità di attuazione delle centrali di committenza, se non altro dal punto di vista del percorso temporale necessario per lo studio, la sperimentazione e il funzionamento a regime di sistemi complessi, soprattutto dal punto di vista della pluralità di relazioni, di *stakeholder* e di interessi che convergono nel loro operato.

⁹ A questo proposito il nuovo regime prevede l'estensione dell'Autorità di Vigilanza anche ai servizi e alle forniture.

Tabella 10.1 Il percorso di evoluzione di CONSIP

Anno	Fonte normativa	Attività	Obiettivo
1999	Legge Finanziaria 2000 (legge 488/1999)	Programma per la razionalizzazione degli acquisti nella Pubblica Amministrazione	Contenimento della spesa della Pubblica Amministrazione semplificazione e trasparenza dei processi di acquisto
2000	Ministero dell'Economia e delle Finanze, D.M. 24 febbraio 2000	Affidamento da parte del ministero dell'Economia e delle Finanze a CONSIP SpA della realizzazione del programma di cui alla legge Finanziaria 2000	Realizzazione operativa del progetto di razionalizzazione della spesa Ricorso a CONSIP obbligatorio inizialmente per le sole amministrazioni centrali, poi esteso anche alla spesa comune di tutte le pubbliche amministrazioni e alla spesa specifica della sanità, degli enti locali (comuni e province) e delle università
2000-2002	D.P.R. 101/2002	«Acquisti in Rete della Pubblica Amministrazione», iniziativa promossa dal ministero dell'Economia e delle Finanze e realizzata con il contributo della CONSIP	Razionalizzazione della spesa pubblica per beni e servizi mediante il ricorso alle nuove tecnologie informatiche (e-procurement) Realizzazione del mercato elettronico della Pubblica Amministrazione Effettuazione di gare telematiche.
2003	Legge Finanziaria 2004 (legge 350/2003)	Attività di supporto e consulenza alle amministrazioni pubbliche da parte di CONSIP	Favorire la razionalizzazione degli acquisti, l'efficienza e la trasparenza dei processi di approvvigionamento; promuovere nuovi strumenti di e-procurement. Non più obbligatorio il ricorso a CONSIP, ma benchmark per i prezzi
2007	Legge Finanziaria 2007 (legge 296/2006)	Comma 449. Obbligo delle amministrazioni statali centrali e periferiche di approvvigionarsi utilizzando le convenzioni quadro. Le restanti amministrazioni (pubbliche compresa sanità) possono ricorrere alle convenzioni quadro ovvero ne utilizzano i parametri di prezzo-qualità come limiti massimi per la stipulazione dei contratti Comma 455. Le regioni, possono costituire centrali di acquisto, anche unitamente ad altre regioni che operano quali centrali di committenza	Contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi Le centrali regionali e la CONSIP costituiscono un sistema a rete, perseguendo l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa e realizzando sinergie nell'utilizzo di strumenti informatici per l'acquisto di beni e servizi

Fonte: nostra elaborazione

Il progetto degli acquisti centralizzati e la conseguente gestione dei contratti e della spesa nelle amministrazioni dello Stato concretizzatosi con l'incarico a CONSIP, è stato oggetto di un'analisi da parte della Corte dei Conti relativamente agli esercizi 2000-2003¹⁰. Al di là degli aspetti legati al momento storico in cui

¹⁰ La Corte dei Conti ha redatto diversi rapporti sull'attività di CONSIP (delibera 26/2003, relazioni al parlamento sul controllo di CONSIP 39/2004; 46/2005; 1000/2006). Nel seguito si fa principalmente riferimento alla delibera 26/2003, la prima e più articolata disamina del processo di centralizzazione degli acquisti gestito da CONSIP. È utile ripercorrere il preambolo con cui si apre la relazione, significativo ed emblematico dell'insieme di dinamiche a cui ha dato luogo l'avvio del processo di centralizzazione degli acquisti pubblici: «La presente relazione riguarda l'attuazione del progetto di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, attraverso l'istituzione di una struttura centralizzata, creata in attuazione dell'art. 26 della legge Finanziaria 2000 (488/1999). La

tale analisi, estremamente dettagliata e articolata, è stata condotta, si riportano di essa gli aspetti più qualificanti, per l'attualità di molti dei nodi critici evidenziati. Tra gli altri, si enucleano i seguenti punti di attenzione, in correlazione diretta con l'argomento che verrà trattato in seguito:

- ▶ il ventaglio di condizioni organizzative, di strumenti, di competenze necessarie nell'ambito della Pubblica Amministrazione, al fine di rendere possibile l'ottenimento dei miglioramenti postulati. Criticità di particolare importanza rilevate nell'analisi condotta sono risultate:
 - ◀ la definizione di una *policy* pubblica per gli acquisti e il suo impatto sulle prerogative della dirigenza e sul mercato;
 - ◀ un comportamento passivo delle amministrazioni pubbliche nella fase di programmazione e progettazione delle gare della contrattazione centralizzata;
 - ◀ uno scarso presidio nella fase di esecuzione del contratto sia sotto il profilo del personale dedicato, sia per il sistema di reporting in uso, che non aiuta a valorizzare senza incertezze i risparmi conseguiti;
- ▶ l'impatto della contrattazione centralizzata sul mercato, con particolare riferimento al mondo delle imprese fornitrici e all'impatto sulla concorrenza.

Negli obiettivi fissati dal ministero dell'Economia era richiamata l'esigenza di

rilevanza strategica del progetto, la sua radicale innovatività, il forte impatto sull'agire amministrativo hanno indotto la Sezione centrale del controllo sulla gestione di questa Corte a programmare detta indagine per gli esercizi 2000 – 2003 con progressive e autonome valutazioni in sede di programmazione annuale, tenendo nel debito conto le vastissime implicazioni che le norme successive e la concreta attuazione del progetto stesso sono andate assumendo nel tempo. Il tumultuoso sviluppo dell'attività CONSIP e il rapido mutare dello scenario di riferimento operativo, contrapposti alla lenta adesione delle amministrazioni pubbliche agli intendimenti del legislatore, rilevati con una complessa attività istruttoria dalla Corte, impediscono – fino a oggi – di pervenire a valutazioni definitive e univoche sul fenomeno indagato. Molte sono le anfibologie emerse nella lunga gestazione della riforma; di esse si accennano solo alcune, senza pretesa di esaustività:

a. l'originario intendimento del legislatore di avvalersi di una struttura altamente specializzata è ben presto sfociato in un affidamento diretto a una società 'completamente nuova' per ciò che riguarda questo particolare ramo di attività, la quale ha dovuto impostare *ex novo* prassi e procedimenti contrattuali;

b. la finalità di favorire la creazione di un mercato più concorrenziale e consentire il contenimento dei prezzi è stata talvolta posta in discussione dalla concreta scelta dei metodi di contrattazione, non a caso sottoposti – in alcune circostanze – al vaglio dell'Autorità per la tutela della concorrenza;

c. l'obiettivo di quantificazione dei risparmi, che doveva essere verificato attraverso gli strumenti forniti dalle recenti riforme in tema di contabilità e controlli, ha finito per essere gestito solo attraverso operazioni statistiche, anziché concretarsi in obiettivi confronti tra spesa storica e spesa successiva alla riforma.

Queste notazioni non intendono certamente sminuire il valore di un importante progetto innovativo della spesa pubblica o anticipare valutazioni definitive che, allo stato attuale, ancora è prematuro formulare, bensì sono volte a dare la misura della dimensione dei problemi, che una così radicale riforma ha comportato».

definire «una *policy* pubblica per gli acquisti e il suo impatto sul mercato, che faciliti l'utilizzo di prodotti ambientalmente sostenibili, la standardizzazione dei beni e servizi acquistati e l'orientamento a servizi innovativi sul mercato», che il progetto delle centrali di committenza dovrebbe contribuire a realizzare. Tuttavia, se lo scopo appare condivisibile, alcune criticità meritano di essere sottolineate. In primo luogo il rischio di irrigidire il mercato o selezionare in modo negativo alcuni fornitori, sia per le eccessive dimensioni della centralizzazione degli acquisti, sia per la necessità di standardizzare le caratteristiche degli oggetti dell'acquisto. Ciò può tradursi in inadeguatezza dei prodotti perché incompatibili con le attrezzature tecnologiche esistenti in una parte degli enti forniti o perché non in linea con l'evoluzione tecnologica. Si dovrebbe, in altre parole, da parte delle aziende sanitarie aderenti alle convenzioni, salvaguardare la propria discrezionalità: ciò potrebbe comportare la possibilità da un lato di rinegoziare clausole non congruenti con le finalità che l'ente intende perseguire, dall'altro di non aderire al contratto centralizzato. Attraverso l'esercizio di tali spazi decisionali si valorizzerebbe l'autonomia e la responsabilità sui risultati da parte dei dirigenti coinvolti nelle decisioni d'acquisto¹¹.

Uno dei limiti principali nell'attuare concretamente tale autonomia decisionale viene ricondotta alla limitata attività di *programmazione e di progettualità* nella gestione degli acquisti delle amministrazioni pubbliche. Nonostante la legislazione vigente specifichi la necessità di programmare l'attività di acquisto, la prassi mostra una ricorrente abitudine a interventi frammentari, in condizioni d'urgenza¹². In materia di acquisti, l'approccio reattivo comporta che le amministrazioni spesso non identificano le priorità, le interrelazioni tecniche tra le strategie d'acquisto e il patrimonio in dotazione, gli elementi qualitativi essenziali dei prodotti da acquisire.

È necessario inoltre ricordare che la centralizzazione degli acquisti presidia una sola fase dell'intero processo, cioè quella della formazione del contratto, mentre la fase successiva di gestione del contratto, all'interno di ogni singola organizzazione destinataria degli acquisti, necessita della presenza di personale adeguatamente formato a tale scopo, in particolare per il *monitoraggio dell'impatto dell'acquisto* sui processi caratteristici dell'organizzazione e per il con-

¹¹ Come recita la delibera della Corte dei Conti 26/2003 «L'ammissibilità di soluzioni diverse, da un lato, appare naturale corredo al principio di responsabilità e, dall'altro, preclude la possibilità di addebitare alla rigidità normativa l'eventuale mancato raggiungimento del risultato da parte della dirigenza. Naturalmente, il riconoscimento di tale *spatium decidendi* comporta – quali necessarie conseguenze – l'obbligo di motivazione tecnica e circostanziata, nonché la predisposizione di appropriati controlli, idonei a contrastare fenomeni di abuso e di sostanziale irresponsabilità».

¹² Così ancora la delibera 26/2003 «Ne consegue che, seguendo la mera scadenza dei vecchi contratti o sulla base di esigenze di volta in volta sopravvenienti, l'amministrazione tende ad adottare iniziative non personalizzate agli effettivi bisogni e talvolta parzialmente efficaci rispetto agli obiettivi da raggiungere».

trollo del rispetto delle specifiche del contratto da parte dei fornitori. In ogni ente, infatti, si deve spostare il focus dell'attenzione dall'attività negoziale a quella di gestione del contratto, che può essere solo di competenza diretta della singola organizzazione, attraverso il funzionario che la rappresenta. Non sempre tuttavia sono stati ridefiniti adeguatamente ruoli e competenze di monitoraggio e spesso non esistono procedure idonee a rilevare, documentare e gestire sistematicamente, non episodicamente, reclami, difetti o disservizi. Tale attività è complessa, perché si deve collegare a un programma contrattuale predisposto da terzi piuttosto che elaborato direttamente, ma è di importanza cruciale perché completa il ciclo degli acquisti, portando a sintesi gli effetti locali delle scelte centralizzate.

Tra gli aspetti critici della centralizzazione, è necessario considerarne anche l'impatto sul mercato, e in particolare sulle imprese di minori dimensioni. Dimensioni economiche dei contratti eccessivamente rilevanti escluderebbero dalla partecipazione diretta le PMI, relegandole al ruolo di subfornitori di imprese di maggiori dimensioni, quando non le eliminerebbero addirittura dalla competizione. L'effetto della concentrazione dell'offerta, se non calibrato, potrebbe quindi tradursi in:

1. costituzione di oligopoli;
2. accordi collusivi per la suddivisione del mercato;
3. rendite di know-how per le imprese aggiudicatarie.

Tutto ciò si tradurrebbe in effetti opposti a quelli postulati dai principi della direttiva, riduzione quindi, anziché promozione, di competizione e trasparenza, e, in ultima analisi, dei benefici economici attesi dal committente pubblico.

L'importanza strategica della centralizzazione e la sua innovatività hanno suscitato, come prevedibile, resistenze al cambiamento e attese di informazione, ai vari livelli istituzionali e organizzativi interessati ai cambiamenti, sul raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'istruttoria della Corte dei Conti ha messo in evidenza come i sistemi di calcolo dei risparmi si siano basati su metodologie empiriche e codificate in modo vario, basate su parametri di autovalutazione da parte delle stesse centrali di committenza, e come si sia ancora in attesa di un sistema di rilevazione diffuso e attendibile, mantenendo in un clima di incertezza ogni possibile valutazione sull'efficacia delle soluzioni. L'auspicio è che, dato il diffondersi di modalità di aggregazione degli acquisti, le criticità individuate si possano superare velocemente per consentire una reale valutazione di tali soluzioni da parte di tutti gli *stakeholder*.

La legge Finanziaria 2007, che promuove la costituzione di centrali di committenza al livello delle singole regioni, sembra profilare un progressivo ritorno di CONSIP «alle origini», cioè a un ruolo di servizio prevalente per le amministrazioni centrali, mentre l'esperienza della centralizzazione degli acquisti dovrebbe incominciare a realizzarsi su base regionale. Lo stato di attuazione di tale proces-

so, già in corso da diversi anni in alcune regioni pioniere, è oggetto della ricognizione presentata nei paragrafi successivi.

10.2 Metodologia di analisi

Nei paragrafi successivi si presentano i risultati della prima fase di un'attività di ricerca che ha come obiettivi:

- ▶ l'individuazione degli elementi che caratterizzano le diverse soluzioni istituzionali e organizzative adottate dalle regioni per la gestione dei processi di acquisto;
- ▶ la valutazione delle performance delle soluzioni «centralizzate» rispetto all'efficienza del processo di approvvigionamento.

La ricognizione delle esperienze di gestione accentrata degli acquisti di beni e servizi nel SSN è stata condotta a livello di ciascun SSR attraverso la consultazione di materiale istituzionale (leggi e delibere regionali, PSR vigenti o in corso di approvazione, piani di rientro per le regioni interessate da questi interventi), di documenti di progetto (piani di fattibilità), di documenti interaziendali (atti costitutivi e statuti di specifici enti sovraaziendali, regolamenti ecc.), documenti aziendali. L'analisi mira sia a evidenziare la situazione attuale (approccio sincronico), sia a delineare i tratti essenziali che hanno caratterizzato l'evoluzione delle iniziative esaminate (approccio diacronico).

In particolare, per le soluzioni già avviate, la ricerca è stata orientata a esaminare le caratteristiche principali dell'assetto istituzionale e organizzativo e le relative modalità operative, nonché l'attivazione di Osservatori sui prezzi dei beni e servizi sanitari e non e di piattaforme tecnologiche di supporto alla gestione elettronica degli approvvigionamenti. Si sottolinea come alcune di queste iniziative siano state promosse contestualmente alla definizione dell'assetto istituzionale del SSR (è il caso dei sistemi sanitari della provincia autonoma di Trento e della Valle d'Aosta che per le loro ridotte dimensioni territoriali si sono caratterizzati fin dalla loro istituzione per la presenza di un'azienda sanitaria unica) o a seguito di un successivo riassetto dello stesso SSR (attraverso la creazione di ASL uniche a livello regionale, come nel caso di Marche e Molise).

Per i progetti in fase di avvio, sono state invece richiamate le fondamentali azioni previste dalle singole regioni per il prossimo futuro.

Infine, le regioni che al momento non hanno attivato nessuna forma istituzionale-organizzativa di accentramento e per le quali quindi non è offerta un'analisi di dettaglio sono Puglia, Basilicata e Calabria.

La Tab. 10.2 riassume lo stato di attivazione di iniziative di centralizzazione degli acquisti in ciascun SSR.

Tabella 10.2 Lo stato di attivazione di iniziative di centralizzazione degli acquisti

Stato di attuazione	SSR
Esperienze consolidate	Piemonte, Valle d'Aosta, Bolzano, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Molise
Esperienze in fase di avvio	Lombardia, Liguria, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Sardegna
Nessuna iniziativa avviata	Puglia, Basilicata, Calabria

Fonte: nostra elaborazione

10.3 Le esperienze di centralizzazione consolidate

10.3.1 Il Piemonte e la Convenzione

Assetto istituzionale e finalità – In Piemonte, nel corso del 2001, sono state disposte dalla Direzione regionale controllo delle attività sanitarie una serie di misure per l'ottimizzazione dei procedimenti di approvvigionamento. In particolare, con la D.G.R. 53-2182/2001 è stato approvato il progetto di valutazione e definizione di una soluzione tecnica e organizzativa per la riduzione della spesa sanitaria per acquisto di beni e servizi, identificando come una delle principali linee di azione l'aggregazione della domanda. A tale scopo tra la regione e le aziende sanitarie regionali è stata siglata una Convenzione *ex art. 15* della legge 241/1990 che disciplina le modalità di aggregazione della domanda per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non¹³. Anche il PSSR 2006-2010, in corso di definizione, individua come linea di intervento a riduzione della spesa sanitaria iniziative di centralizzazione degli acquisti¹⁴ e, più in generale, azioni di riorganizzazione delle attività amministrative di supporto anche attraverso la promozione di forme sovraziendali¹⁵.

¹³ Le macrocategorie individuate nella convenzione sono: prodotti farmaceutici; presidi medico chirurgici; materiali diagnostici e protesici; apparecchiature medico sanitarie; beni non sanitari; servizi non sanitari quali, per esempio, utenze, locazione finanziaria, pulizia, lavanderia, manutenzione impianti, *global service*, calore ecc.

¹⁴ Al par. 1.7 si sottolinea come margini significativi di risparmio nella spesa siano raggiungibili attraverso: lo sviluppo di forme di gestione *in house* con il modello delle stazioni appaltanti o di acquisto per i servizi sanitari e l'avvio di centri snelli di competenza specialistica e la promozione di unioni o gruppi d'acquisto per la gestione di funzioni amministrativo-contabili, della logistica, del personale e degli interventi di edilizia sanitaria.

¹⁵ Al par. 2.8 si prevedono quattro principali linee di azione:

1. la promozione di forme gestionali sovraziendali dei processi di acquisizione dei beni e servizi intermedi, delle attività amministrative e di supporto;
2. lo sviluppo del governo regionale degli acquisti di beni e servizi attraverso l'attivazione di gruppi di lavoro settoriali, per la definizione delle specifiche tecniche di beni e servizi di rilevante impatto organizzativo ed economico, e il rilancio dell'Osservatorio Regionale dei Prezzi, per rendere disponibile una banca dati di riferimento per le aziende sanitarie;

Modalità operative – A oggi sono state aggiudicate circa 20 gare regionali che hanno interessato prevalentemente beni sanitari; per ciascuna di esse è stata individuata un'azienda capofila. Essa conduce le relative procedure per giungere alla stipula di contratti quadro con i quali l'impresa prescelta si impegna ad accettare, sino a concorrenza di una quantità massima complessiva stabilita, per un determinato periodo di tempo e ai prezzi e condizioni previsti, ordinativi di fornitura emessi anche dalle altre ASL o AO aderenti. L'aggiudicazione della fornitura oggetto della gara può essere estesa a tutte le aziende sanitarie della Regione Piemonte che ne facciano richiesta¹⁶.

Si sottolinea infine come attualmente esista in Piemonte una forma di sperimentazione gestionale, AMOS SpA (attiva dal 2005), che si occupa dello svolgimento di alcune attività di supporto per le aziende sanitarie socie (attività alberghiere, attività tecniche e logistiche e attività amministrative). Attualmente l'ambito di intervento di AMOS comprende tutte le aziende del Quadrante di Cuneo (AO Santa Croce e Carle di Cuneo, ASL di Cuneo, ASL di Mondovì-Ceva, ASL di Savigliano-Saluzzo-Fossano e ASL di Alba-Bra); nel corso del 2006 l'intervento si è esteso all'ASL di Asti (che è entrata a far parte della compagine azionaria). Per maggiori approfondimenti si rinvia al Capitolo 9.

Piattaforma tecnologica – Nel marzo 2007 è stata realizzata e aggiudicata la prima gara telematica su base regionale per la fornitura di specialità medicinali e farmaci a denominazione comune, che ha coinvolto 21 ASL e 8 AO; l'azienda capofila è stata l'AO San Giovanni Battista Molinette di Torino¹⁷. La piattaforma utilizzata è il portale Sistema Piemonte che attraverso l'area Acquisti consente a tutti gli enti pubblici del Piemonte di usufruire di servizi telematici a sostegno dei processi di approvvigionamento. I servizi disponibili riguardano: le aste elettroniche; il mercato elettronico; gli accordi quadro per la gestione di acquisti in forma aggregata.

Il sistema degli osservatori regionali – La L.R. 54/1994 ha istituito l'Osservatorio Prezzi e Tecnologie (OPT) per fornire a livello locale uno strumento per l'ado-

3. lo sviluppo del commercio elettronico, con un ruolo regionale di coordinamento, con l'affidamento operativo alle aziende sanitarie di volta in volta individuate in base alle specifiche competenze professionali ed esperienze del settore;

4. l'incentivo alle aggregazioni tra aziende per lo sviluppo di acquisti consortili e di servizi economici e logistici consortili.

¹⁶ Nella convenzione si prevede infatti la possibilità di contratti aperti, ovvero contratti che consentono l'adesione successiva, alle stesse condizioni, di altre aziende sanitarie inizialmente non coinvolte nella procedura di gara.

¹⁷ L'iter ha avuto avvio con la D.G.R. 51-1731/2005, con la quale è stato deliberato di procedere all'effettuazione di una gara telematica biennale su base regionale per l'acquisto di medicinali (specialità medicinali e farmaci generici) ed è stata individuata come azienda capofila l'AO San Giovanni Battista di Torino. La convenzione copre il fabbisogno biennale delle ASL e AO della regione.

zione di decisioni informate in materia di acquisti attraverso la diffusione di informazioni relative ai prezzi, ai distributori, ai produttori e, in generale, all'offerta del mercato con particolare riferimento agli aspetti di innovazione tecnologica e per acquisire, a livello regionale, elementi per analizzare, programmare e monitorare la spesa e standardizzare i sistemi di codifica dei beni. All'Osservatorio sono collegati i provveditorati e i servizi farmaceutici di tutte le aziende sanitarie del Piemonte. Inoltre aderiscono all'OPT della Regione Piemonte anche l'USL della Valle d'Aosta e le aziende sanitarie delle province autonome di Trento e Bolzano. L'OPT è strutturato in tre sottosistemi¹⁸:

1. l'Osservatorio dei prezzi dei beni di consumo, dei farmaci e di alcune tipologie di servizi (OPR). La banca dati è alimentata dai servizi provveditorato e farmaceutico delle aziende sanitarie del Piemonte, nonché dai corrispondenti servizi dell'USL di Aosta. Il paniere dei prodotti è costituito da tutti i farmaci presenti nel Prontuario farmaceutico e da circa 2.450 articoli individuati sulla base di diversi criteri (particolare rilevanza economica, diffusione generalizzata presso le aziende ecc.);
2. l'Osservatorio delle Tecnologie Sanitarie (OTR). Tra gli altri servizi, è attivo un call center con uno staff ingegneristico esperto in tecnologie biomediche;
3. l'Osservatorio dell'Innovazione Tecnologica (OIT). Il sistema di raccolta delle informazioni è validato dal Comitato tecnico-scientifico dell'Osservatorio, in modo da rispondere ai requisiti di credibilità indispensabili per coinvolgere attivamente i produttori che forniscono le informazioni tecnico-commerciali.

10.3.2 La Valle d'Aosta

L'area tecnico-amministrativa assicura la copertura di tutti i compiti necessari per il regolare funzionamento dell'azienda sanitaria della Valle d'Aosta. In particolare, per quanto attiene gli approvvigionamenti, il servizio economato e provveditorato predispone la documentazione di appalto, gestisce i procedimenti di gara e le connesse attività di aggiudicazione, definisce gli atti contrattuali in rapporto alle attività d'ufficio, gestisce i servizi economati e predispone gli ordinativi.

10.3.3 La provincia autonoma di Bolzano

Con la L.P. 9/2006 è stato approvato il riassetto del sistema sanitario, con l'istituzione dell'azienda sanitaria della provincia autonoma di Bolzano. L'azienda è stata suddivisa in quattro comprensori: Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico. I

¹⁸ A questi si affiancherà l'Osservatorio delle Tecnologie Informatiche in Sanità (OICT) attualmente in fase di progettazione. La Regione Piemonte partecipa, inoltre con funzioni di coordinamento, al progetto ministeriale per la realizzazione di un Osservatorio Interregionale delle Tecnologie Informatiche in Sanità (Progetto OSIRIS), parzialmente finanziato dal ministero della Salute con fondi *ex art.* 12 del D.lgs. 502/1992.

comprensori sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e sono soggetti a rendicontazione analitica, con contabilizzazione separata all'interno del bilancio dell'azienda sanitaria. Per quanto riguarda gli approvvigionamenti, i comprensori gestiscono le procedure e gli atti finalizzati all'instaurazione con terzi dei rapporti giuridici aventi valenza comprensoriale e provvedono alla gestione diretta dei relativi rapporti, procedendo all'utilizzazione dei fattori produttivi e delle risorse.

10.3.4 La Provincia autonoma di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) gestisce a livello accentrato la funzione di approvvigionamento di beni e servizi attraverso il relativo servizio della Direzione centrale approvvigionamenti, servizi generali e tecnici. Peraltro, la Finanziaria provinciale 2007 ha introdotto l'obbligo per le strutture provinciali di utilizzare la centrale acquisti «Mercurio», istituita da Informatica Trentina su incarico della provincia, con particolare riferimento allo strumento del negozio elettronico (convenzioni quadro). L'APSS è al momento esclusa dall'obbligo; tuttavia è stata coinvolta in tutti i gruppi di progetto attivati dalla centrale acquisti. Infine si ricorda come il PS provinciale 2000-02 abbia previsto l'attivazione di un OPT come strumento per il contenimento della spesa per beni e servizi. Attualmente la provincia aderisce all'OPT della Regione Piemonte e a quello del Friuli Venezia Giulia.

10.3.5 Il Veneto e il progetto di centralizzazione degli acquisti

Assetto istituzionale e finalità – Il progetto regionale per gli acquisti centralizzati è stato avviato in risposta alla legge 405/2001 che prevedeva interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, al fine di ridurre la spesa per beni e servizi¹⁹. Il progetto si fonda su un accordo siglato tra aziende sanitarie (una Convenzione ai sensi dell'art. 15 della legge 241/1990), con cui le stesse si sono impegnate al perseguimento degli obiettivi definiti dal progetto regionale e ad adottare una disciplina comune per la gestione delle procedure centralizzate di approvvigionamento di beni e servizi.

Tale linea di azione è stata confermata anche nel PSR 2003-2005, in corso di approvazione, dove si è previsto di attribuire ad alcune ULSS compiti di carattere sovrazonale, accentrando in esse una serie di acquisizioni di beni e servizi e la

¹⁹ Con la D.G.R.V. 3900/2001 la regione ha adottato le iniziative e le disposizioni necessarie alla razionalizzazione della spesa sanitaria, costituendo un gruppo di lavoro che si occupasse di promuovere la gestione di una struttura centralizzata di acquisti regionali. Con la D.G.R.V. 702/2002 è stato approvato il modello generale di funzionamento del progetto regionale ed è stata recepita la convenzione tra le aziende sanitarie.

regolazione di alcune funzioni di Area Vasta²⁰ tra le quali gli acquisti, lo stoccaggio e la movimentazione/logistica dei materiali²¹.

Struttura organizzativa – Il progetto rientra nell'area di competenza e di responsabilità della Direzione delle risorse socio-sanitarie. Lo sviluppo del progetto è stato affidato a un «Comitato Guida» costituito da diverse professionalità provenienti dalle aziende sanitarie (due provveditori, un direttore sanitario, un direttore di farmacia, un direttore amministrativo, un responsabile di servizio affari legali). Il Comitato svolge un ruolo di coordinamento delle iniziative sovraziendali in tema di acquisti attraverso la programmazione annuale delle attività del progetto con l'individuazione degli approvvigionamenti oggetto di accentramento, la definizione delle strategie di gara (sia a livello di formazione dei documenti di gara che di ambito di aggregazione della domanda), la validazione, divulgazione e aggiornamento delle codifiche regionali, la verifica delle attività e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

Per la realizzazione delle funzioni a esso attribuite, il Comitato Guida si avvale di due organismi operativi:

- ▶ il gruppo tecnico, che predispone il capitolato tecnico e la relativa documentazione tecnica di gara; per ciascun gruppo viene identificata una figura professionale specialistica con funzioni di coordinamento;
- ▶ il nucleo operativo di gara, che predispone le condizioni generali di fornitura (capitolato) e le modalità per lo svolgimento delle singole gare (dalla raccolta delle informazioni da parte delle aziende, ai criteri di aggiudicazione della gara) ed elabora un piano operativo e procedurale, necessario alla definizione dei compiti dei gruppi tecnici. Il nucleo è composto da due provveditori (uno dei quali membro del Comitato Guida), un terzo provveditore in qualità di capofila di gara, un farmacista (membro del Comitato Guida) e da un tecnico; tali figure professionali vengono individuate tra i componenti dei gruppi tecnici di gara.

Modalità operative – Le gare possono essere raggruppate a livello regionale, provinciale o di Area Vasta. Una volta che il Comitato Guida ha scelto il prodotto da mettere in gara e deciso a quale livello d'aggregazione, le aziende capofila, individuate con un criterio di rotazione in relazione alle competenze sviluppate e alle disponibilità dichiarate, individuano le figure professionali che compongono il gruppo tecnico previsto per ciascuna gara. Tutte le nomine sono demandate al responsabile del progetto (il coordinatore del Comitato Guida) di concerto con il coordinamento dei direttori generali. L'azienda sanitaria capofila pone in essere tutte le attività necessarie all'esecuzione della procedura di scelta del contraente,

²⁰ Politica 5A. L'organizzazione delle aziende ULSS e ospedaliere e nuovi ambiti ULSS.

²¹ Politica C. Gli aspetti economici del Piano Socio-Sanitario Regionale.

nonché la gestione dell'intera procedura di gara, fino all'aggiudicazione. Per incentivare la partecipazione alle gare promosse dal Comitato Guida, è stato previsto che l'adesione a iniziative intraprese nell'ambito di questo progetto costituiscono elementi determinanti ai fini della valutazione delle performance delle aziende e dei direttori generali.

Attività correlate – Al fine di procedere alla classificazione e codifica dei dispositivi medici in ambito regionale, la regione si è posta l'obiettivo di redigere un Repertorio regionale unico dei dispositivi medici, riconosciuti da un'apposita Commissione regionale²². A tal fine, la regione ha avviato, nel 2006²³, il progetto di classificazione regionale dei dispositivi medici, attribuendo a ciascuna Area Vasta (individuate nelle province di Belluno, Treviso, Verona, Vicenza, Venezia e Padova-Rovigo) il compito di classificare alcune famiglie di prodotti. L'espletamento di tale compito è delegato al Gruppo regionale di codifica, che opera nell'ambito del Progetto regionale acquisti centralizzati. Il gruppo è composto da professionisti della regione, ai quali spetta un ruolo di coordinamento, e da gruppi di lavoro che, su base provinciale, supportano e integrano lo stesso in funzione della tipologia dei beni presi in considerazione. Il risultato di tale attività verrà poi convalidato, in via definitiva, dal Gruppo regionale di codifica e condiviso, successivamente, con tutte le aziende sanitarie del Veneto.

Piattaforma tecnologica e Osservatorio – Sul fronte dei supporti tecnologici, il progetto di centralizzazione degli acquisti si avvale, per gli acquisti di importo inferiore alla soglia di rilievo comunitario, della Piattaforma del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione gestito da CONSIP. Si sta inoltre approfondendo la possibilità di espletare aste elettroniche anche per le gare soprassoglia, così come previsto dalla nuova direttiva sugli appalti.

La legge 405/2001 ha previsto anche l'istituzione di un Osservatorio Prezzi Regionale dei beni e servizi sanitari. La Regione Veneto ha istituito formalmente l'Osservatorio qualche mese prima di dare avvio al Progetto regionale acquisti. Si ricorda infine che la regione partecipa all'Osservatorio sulle Tecnologie coordinate dal Friuli Venezia Giulia.

10.3.6 Il Friuli Venezia Giulia e il Centro Servizi Condivisi

Assetto istituzionale e finalità – Il Centro Servizi Condivisi (CSC) è un ente pubblico istituito dalla Regione Friuli Venezia Giulia con l'art. 18 della L.R. 20/2004

²² I prodotti esaminati saranno ammessi nel repertorio in quanto riconosciuti come ottimali in termini di efficacia/efficienza nella prestazione sanitaria. Saranno stabiliti i criteri e i metodi di confrontabilità su basi scientifiche, analogamente a quanto già pertanto avviene per la gestione del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale dei farmaci.

²³ D.G.R.V. 1956/2006.

allo scopo di razionalizzare la gestione dei servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria. Il CSC è stato quindi costituito²⁴ con un obiettivo più ampio rispetto alla gestione centralizzata degli acquisti, coinvolgendo diverse attività tecnico-amministrative, quali: contabilità, tesoreria, logistica e distribuzione, gestione amministrativa del personale, formazione e gestione amministrativa delle convenzioni collettive, gestione di aspetti tecnici e patrimoniali, affari generali e legali, gestione delle tecnologie e dei sistemi informativi a supporto dei processi tecnico-amministrativi.

10.3.7 Struttura organizzativa

Il CSC è un consorzio dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale e organizzativa, cui partecipano obbligatoriamente tutte le ASL e AO regionali²⁵. Gli organi del consorzio sono: l'assemblea, composta dai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, che elegge, al suo interno, il presidente; l'amministratore unico, nominato dalla Giunta regionale, d'intesa con l'assemblea; il collegio sindacale, nominato dall'assemblea, composto da tre componenti, di cui uno designato dalla Giunta regionale. L'amministratore unico è supportato da un organo che presidia tre aree di attività:

- ▶ l'area amministrativa, per la gestione di tutti i processi amministrativi interni del centro;
- ▶ l'area operativa, per il coordinamento delle attività rispetto alle quali il centro svolge attività di *outsourcing*;
- ▶ l'area sviluppo, per lo sviluppo delle tecnologie e dei sistemi informativi, dei sistemi di reporting, *benchmarking*, *knowledge management* e delle relazioni con le aziende consorziate.

Il CSC si avvale sia di personale proprio, sia di personale comandato dalle aziende sanitarie regionali. Può avvalersi inoltre di personale messo a disposizione da altre aziende e istituzioni consorziate.

Modalità operative – Coerentemente con gli obiettivi sanciti dallo statuto, l'attività del CSC si articola in sei settori di intervento²⁶, tra cui gli approvvigiona-

²⁴ Lo statuto è stato approvato con D.P.R. 0366/2004.

²⁵ Oltre alle aziende sanitarie, dal 1° aprile 2006 hanno aderito al CSC anche gli IRCCS quali l'Istituto per l'infanzia Burlo Garofolo di Trieste e il Centro di riferimento oncologico di Aviano.

²⁶ Oltre agli approvvigionamenti, il CSC gestisce servizi accentrati relativamente alle seguenti aree: amministrazione, finanza e controllo; amministrazione del personale; sistemi informativi; servizi generali e *facility management* per la gestione centralizzata in particolare di alcuni servizi comuni a tutte le aziende del SSR quali: servizi d'assistenza e consulenza legale/fiscale, servizi di assicurazione RCT, servizi di gestione immobiliare, acquisti dei beni d'ufficio, grandi servizi

menti. Per ciascuno dei beni individuati, il CSC si occupa in particolare di raccogliere e analizzare i fabbisogni delle aziende, di coordinare e sviluppare le strategie d'acquisto, di gestire le gare e stipulare convenzioni a livello regionale. La predisposizione di capitolati e commissioni tecniche per la valutazione dei prodotti viene effettuata da appositi gruppi di lavoro, cui partecipano rappresentanti delle aziende sanitarie. La definizione dei fabbisogni, l'emissione degli ordini, il ricevimento e la gestione delle merci, il ricevimento e la registrazione delle fatture, l'effettuazione dei pagamenti rimangono di competenza delle aziende consorziate. All'area approvvigionamenti è affidato inoltre il compito di gestire lo sviluppo di sistemi informativi per l'espletamento di gare telematiche e l'utilizzo del mercato elettronico.

L'attività è finanziata annualmente dalle aziende consorziate, proporzionalmente alle erogazioni ricevute dal fondo sanitario regionale, al netto dei saldi della mobilità sanitaria.

Piattaforma tecnologica – In Friuli Venezia Giulia è attivo un sistema informatico di intermediazione regionale finalizzato a supportare i processi amministrativo-contabili, gestionali e d'acquisto elettronico delle amministrazioni pubbliche (enti locali, regione e SSR)²⁷. Per la regione, gli enti regionali (agenzie, aziende, istituti, consorzi e associazioni, costituiti o partecipati) e le aziende del SSR la partecipazione alle gare gestite attraverso questo strumento è obbligatoria²⁸. Anche il CSC utilizza la piattaforma a supporto dello svolgimento delle proprie gare telematiche.

Osservatorio Prezzi – Un ulteriore strumento di supporto alla funzione di approvvigionamento del SSR è rappresentato dall'OPT²⁹, nato come sperimentazione nazionale promossa dal ministero della Salute nel 1996 per la gestione dei processi di inventariazione, acquisizione, selezione, gestione e controllo di tecnologie biomediche. Dal 2002 l'OPT è stato ampliato su scala nazionale, con la partecipazione di Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Sicilia, province autonome di Bolzano e Trento, e la costituzione di un gruppo tecnico interregionale con compiti di indirizzo e di validazione dei risultati. Le decisioni su aspetti tecnico/scientifici vengono condivise con il gruppo operativo, composto da rappresentanti delle figure professionali maggiormente coinvolte nel settore di interesse dell'Osservatorio (provveditori, ingegneri clinici, coordinatori regionali di attività analoghe). I dati raccolti sono resi disponibili attraverso la banca dati delle tecno-

appaltati (lavanderia, pulizia, mensa, gestione calore, trasporti ecc.), utenze (energia elettrica, telefonia, gas ecc.). Un'ulteriore area gestisce le relazioni con la regione.

²⁷ Il progetto è stato avviato con D.G.R. 3288/2004. Il sito è <http://acquisti.regione.fvg.it>.

²⁸ Gli enti locali, agenzie, aziende, istituti di istruzione, società, consorzi e associazioni da questi costituiti o partecipati; altre amministrazioni pubbliche, enti e organismi di diritto pubblico, anche di altre regioni, possono parteciparvi, previa la stipula di specifici accordi.

²⁹ www.sanita.fvg.it/ars/specializza/programmi/fr_opt.htm.

logie biomediche; attualmente la banca dati contiene più di 65.000 prodotti codificati. L'Osservatorio redige bollettini informativi per 40 classi di tecnologie, con informazioni sui principi di funzionamento e schede tecniche, periodicamente aggiornate, dei principali modelli presenti sul mercato nazionale.

10.3.8 L'Emilia Romagna e l'Area Vasta

Il contesto di riferimento – Per il perseguimento degli obiettivi di economicità nella gestione delle aziende sanitarie, già il PSR 1999-2001 aveva provveduto a delineare l'assetto organizzativo e funzionale per l'integrazione di alcuni servizi sanitari delle aziende al fine di incrementarne la qualità e l'efficienza. A partire da allora si sono sviluppate nella regione esperienze spontanee di aggregazione interaziendali di funzioni a livello di «Area Vasta», seguendo criteri geografici, storici e culturali. Nel 2003 con la D.G.R. n. 896, la regione ha previsto alcuni interventi finalizzati a estendere tali forme di integrazione a servizi non sanitari. In particolare, tra le linee di azione è stata indicata l'organizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e di servizi economici e sanitari su tre macro aree territoriali: l'Area Emilia Nord, l'Area Centro Emilia e l'Area Romagna. A ciascuna macro area è stato affidato il compito di promuovere comuni strategie d'acquisto, di attuare idonee procedure e comuni strumenti di gara, di semplificare i processi d'acquisto, definendo il modello organizzativo che si ritenesse più funzionale. Recentemente anche il PSSR 2007-2009 ha ribadito la necessità di promuovere l'integrazione tra le aziende, indicando come strategia per migliorare l'efficienza del processo di approvvigionamento la centralizzazione degli acquisti.

In particolare, i servizi che sono stati individuati come idonei a iniziative di concentrazione e integrazione strutturale sono: i servizi sanitari (laboratori, officina trasfusionale, logistica farmaceutica), i servizi amministrativi (servizi di approvvigionamento di beni e servizi sanitari e non sanitari, logistica economica, gestione stipendi, concorsi, formazione, copertura assicurativa ecc.) e i servizi tecnici (servizi di progettazione, servizi di ingegneria clinica e di fisica sanitaria, servizi informatici e centri di elaborazione dati). Al momento sono state attivate nella regione tre Aree Vaste:

1. l'Area Vasta Emilia Nord – AVEN, costituita nell'aprile del 2004;
2. l'Area Vasta Centro Emilia – AVACE, avviata nel gennaio del 2005;
3. l'Area Vasta Romagna, il cui avvio è molto più recente³⁰.

In Tab. 10.3 si riassumono le principali caratteristiche delle due esperienze operative già da qualche anno.

³⁰ Il 4 aprile 2007 è stato siglato un accordo per la realizzazione dell'Area Vasta Romagna, che comprende le AUSL di Cesena, Forlì, Rimini e Ravenna.

Tabella 10.3 AVEN e AVACE: le principali caratteristiche

Elementi di analisi	Area Vasta Emilia Nord – AVEN	Area Vasta Centro Emilia – AVACE
Anno di costituzione, soggetti coinvolti, forma giuridica	Costituita nell'aprile 2004 dalle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza. Ente strumentale delle aziende contraenti, privo di propria personalità giuridica	Costituita a gennaio 2005. Prevede due distinti dipartimenti interaziendali di approvvigionamento, uno per le AS della Provincia di Bologna (ASL e AO di Bologna, ASL di Imola e IOR) e uno per le ASL e AO della Provincia di Ferrara, diretti ognuno da un provveditore di una delle aziende coinvolte. Il «Coordinamento delle funzioni di approvvigionamento di beni e servizi dell'Area Vasta Bologna-Ferrara» rappresenta la sovrastruttura di coordinamento, finalizzata a predisporre le condizioni per la costituzione di un Dipartimento unico degli acquisti di Bologna e Ferrara
Struttura organizzativa	Assemblea degli associati, composta dai DG delle AS associate, con funzioni di indirizzo, programmazione dell'attività e controllo. Presidente: tutti i poteri di gestione dell'associazione. Direttore operativo: ordinaria amministrazione. Comitato tecnico formato dai direttori amministrativi e sanitari delle aziende: funzioni propositive e consultive. A supporto della Direzione operativa operano gruppi di lavoro interdisciplinari (cosiddetti gruppi tecnico-operativi multiprofessionali di progetto): Commissione tecnica per i farmaci e dispositivi medici; gruppi tecnici operativi di progetto, attivati a seconda delle gare e dei progetti gestiti dell'area; gruppi tecnici operativi di settore omogeneo	Il coordinatore acquisti e logistica di Area Vasta è nominato dai DG. Si rapporta e risponde gerarchicamente ai DG delle AS dell'Area Vasta e si relaziona dal punto di vista operativo con i due direttori dei dipartimenti acquisti di Bologna e di Ferrara. A fine 2005 è stata creato un Comitato acquisti e logistica di Area Vasta, per coinvolgere nella funzione acquisti gli esperti tecnici e gli utilizzatori finali e promuovere l'appropriatezza dei consumi. Il Comitato è composto da un direttore amministrativo con funzioni di coordinamento, da un direttore sanitario, da un farmacista, dai due direttori dei dipartimenti acquisti di Bologna e Ferrara. È stata inoltre prevista l'estensione dell'ambito di competenza di AVEN alla logistica con la ridefinizione di un progetto di riorganizzazione, in particolare, per l'Area di Bologna
Personale	Nessuna creazione di nuove strutture tecnico-amministrative. AVEN si avvale del personale messo a disposizione dalle aziende associate, coordinato dal direttore operativo	È dotato di una struttura snella, derivata dal personale inserito nei servizi acquisti delle aziende
Modalità operative	Nell'espletamento di ciascuna gara, viene individuata un'azienda referente, che si occupa della rilevazione del fabbisogno, della predisposizione dei documenti e capitolati tecnici, delle attività di commissioni tecniche e amministrative, partecipazione a commissioni di gara ed elaborazione di risultati post-gara	La programmazione degli acquisti viene svolta dai due dipartimenti che definiscono annualmente un programma pluriennale delle gare da svolgere in unione d'acquisto; tale programma viene trasmesso al coordinatore acquisti e logistica dell'Area Vasta cui spetta il compito di integrare i fabbisogni delle due aree. Viene poi identificata l'azienda capofila
Finanziamento	Il finanziamento dei costi di AVEN varia a seconda della loro tipologia: alcuni sono sostenuti direttamente da alcune AS, senza ripartizione*; altri sono invece soggetti a ripartizione**	Tutti i costi del coordinamento dell'Area Vasta sono ripartiti in base al numero di personale dipendente di ogni azienda

* Spettano all'ASL di Reggio Emilia i costi d'investimento (ristrutturazione spazi, acquisto arredi, apparecchi telefonici, computer ecc.), gli oneri per il personale diretto e le spese di funzionamento (spazi, utenze, materiale di consumo), alle AS associate il costo del personale dedicato diretto e indiretto, all'azienda capofila i costi di espletamento della gara. ** Sono ripartite sulla base del «volume d'affari» (ovvero il valore complessivo dei beni di consumo di ogni AS) le spese per attività di interesse comune e commissionate dall'AVEN (per esempio incarichi professionali e legali rese da soggetti non dipendenti delle aziende, l'elaborazione di software gestionali, la gestione dei sistemi informativi, la costruzione e gestione di siti Web ecc.) e le spese di pubblicazione gare. Attualmente per il calcolo del volume di affari si fa riferimento ai costi della produzione per beni sanitari, al netto di eventuali partite compensative. Il criterio di ripartizione per progetti diversi dalle procedure di acquisizione per beni e servizi viene deciso di volta in volta dal Comitato tecnico e approvato dall'assemblea.

Fonte: nostra elaborazione

La piattaforma tecnologica regionale e l'Osservatorio – Con la L.R. 11/2004 la Regione Emilia Romagna ha creato un'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici, denominata Intercent-ER, per la razionalizzazione della spesa per l'approvvigionamento di beni e servizi delle amministrazioni pubbliche. Rispetto al settore sanitario, è previsto l'obbligo per tutti enti e le aziende del SSR di utilizzare le convenzioni³¹ stipulate dall'Agenzia a seguito di una gara telematica o tradizionale.

Per assicurare la congruenza fra la pianificazione delle iniziative dell'Agenzia e la programmazione delle Aree Vaste e delle aziende sanitarie, è stato attivato un gruppo strategico, composto dalla direzione generale sanità della regione, dai direttori generali rappresentanti delle Aree Vaste e dal direttore di Intercent-ER. Il gruppo strategico definisce annualmente le categorie merceologiche di beni e servizi da inserire nel Piano annuale dell'attività dell'Agenzia, predispone liste di esperti da inserire nelle Commissioni giudicatrici nominate dall'Agenzia per la valutazione tecnica delle offerte e verifica l'opportunità di integrare iniziative dell'Agenzia e dell'Area Vasta. Il gruppo strategico si avvale di un Comitato operativo incaricato di collaborare con l'Agenzia nella raccolta del fabbisogno delle aziende, nelle analisi di mercato, nella predisposizione dei capitolati tecnici e nell'attivazione di sottogruppi tecnici, espressione delle professionalità di volta in volta interessate alla tipologia di beni oggetto di gara centralizzata, per la predisposizione delle specifiche tecniche per singola tipologia di bene.

Uno dei servizi gestiti dall'Agenzia è l'Osservatorio Acquisti. Esso mette a disposizione degli utenti, per un paniere di beni/servizi predeterminato, una serie di informazioni relative agli acquisti da parte di amministrazioni del sistema regionale³². Per quanto riguarda le apparecchiature biomedicali, il sistema gestisce anche una serie di informazioni ulteriori, necessarie per l'individuazione della configurazione delle macchine. L'Osservatorio viene alimentato online dalle amministrazioni che inseriscono i dati relativi ai propri acquisti; prima di essere resi visibili, i dati vengono validati da un apposito gruppo che ne valuta la correttezza. Con riferimento all'Osservatorio Acquisti, il gruppo stra-

³¹ Tali convenzioni prevedono che le imprese fornitrici prescelte si impegnino ad accettare, alle condizioni e ai prezzi stabiliti, ordinativi di fornitura fino alla concorrenza di un quantitativo di beni o di servizi predeterminato. A seguito della stipula vengono allestiti cataloghi elettronici contenenti informazioni sui beni/servizi oggetto della convenzione.

³² A titolo esemplificativo le informazioni reperibili sono: prezzi unitari di acquisto; fornitori aggiudicatari; tipologia di gara effettuata; criteri di aggiudicazione; date di aggiudicazione. È possibile scaricare i documenti relativi alle aggiudicazioni. L'Osservatorio propone una serie di statistiche (prezzo medio, deviazione standard ecc.) per acquisti legati alla stessa tipologia di prodotti. Nello specifico, per i prodotti di interesse del SSR, l'Osservatorio è organizzato secondo due distinte codifiche: CND per i dispositivi medici; ATC per i farmaci. L'Osservatorio ha inoltre la possibilità di supportare ulteriori codifiche (CIVAB per le apparecchiature biomedicali, AIC per i farmaci, CPV ecc.).

tegico regionale collabora con l'Agenzia anche attraverso la costituzione di un gruppo operativo specifico per i prodotti di interesse del SSR.

10.3.9 La Toscana e gli ESTAV

L'assetto istituzionale – La legge di riordino delle norme per l'organizzazione del SSR (L.R. 22/2000) aveva identificato nell'Area Vasta «la dimensione operativa a scala interaziendale [...] ottimale per atti di concertazione» attribuendo alla stessa natura e funzione di programmazione, benché già prefigurasse forme di collaborazione interaziendale e avesse promosso iniziative di concertazione attinenti, oltre che alla programmazione, anche all'organizzazione e alla gestione dei servizi. In questo contesto, sono state individuate tre Aree Vaste e per ciascuna di esse è stato istituito un consorzio (Consorzio di Area Vasta, CAV) cui aderivano tutte le aziende sanitarie pubbliche dell'area, con una missione inizialmente focalizzata sulla gestione dei processi di approvvigionamento, ma estendibile anche ad altre funzioni di supporto per le quali la centralizzazione consentisse significativi recuperi di efficienza. Dopo un biennio di sperimentazione, il Consiglio regionale ha valutato positivamente l'esperienza consortile e ha stabilito all'art. 100 della L.R. 40/2005 (Disciplina del Servizio Sanitario Regionale), il potenziamento del ruolo dei consorzi trasformandoli in Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV).

Gli ESTAV sono oggi enti del SSR, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale, le cui funzioni sono quelle non direttamente riconducibili alle prestazioni sanitarie e in particolare:

- ▶ approvvigionamento di beni e servizi;
- ▶ gestione dei magazzini e della logistica;
- ▶ gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
- ▶ gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- ▶ organizzazione e gestione delle attività di formazione del personale;
- ▶ gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- ▶ gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

Con D.G.R. 1021/2005 i nuovi soggetti sono a tutti gli effetti subentrati ai CAV nell'esercizio delle funzioni che fino a tale data erano a questi attribuite, prevedendo un graduale trasferimento delle funzioni previste dalla L.R. 40/2005. Tale orientamento è stato ribadito anche dal vigente PSR 2005-2007³³.

³³ «I risultati economici e organizzativi raggiunti nel corso della sperimentazione del sistema consortile di Area Vasta risultano allineati agli obiettivi di processo: la regione è pertanto impegnata, nel corso del presente Piano Sanitario, al completamento delle operazioni relative

Attualmente gli ESTAV sono quindi tre:

- ▶ ESTAV Centro Toscana, che comprende le Aziende USL di Firenze, Prato, Pistoia, Empoli e le AO universitarie Careggi e Meyer di Firenze;
- ▶ ESTAV Nord-Ovest Toscana, che comprende le Aziende USL di Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno e l'AO universitaria di Pisa;
- ▶ ESTAV Sud-Est Toscana, che comprende le Aziende USL di Siena, Arezzo, Grosseto e l'AO universitaria di Siena.

Struttura organizzativa – Gli organi degli ESTAV sono il direttore generale, il consiglio direttivo e il collegio sindacale. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'ESTAV. Il consiglio direttivo è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie incluse nella corrispondente Area Vasta; esso approva i bilanci aziendali e il programma di attività.

Gli ESTAV hanno una propria struttura organizzativa, che coincide con quella ereditata dai CAV³⁴. Qualora per l'esercizio delle proprie funzioni gli ESTAV abbiano necessità dell'apporto di competenze professionali sanitarie, presenti nelle aziende sanitarie di riferimento, il relativo personale è messo a disposizione dalle aziende medesime secondo forme e modalità disciplinate da appositi accordi.

Per l'esercizio delle funzioni loro attribuite, gli ESTAV sono finanziati prevalentemente con contributi a carico del fondo sanitario regionale³⁵.

Per quanto riguarda le modalità operative, ciascun ESTAV ha adottato un proprio regolamento per la disciplina delle attività aziendali.

10.3.10 Le Marche e l'ASUR

Uno degli obiettivi strategici connessi all'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche era la razionalizzazione della spesa per beni e servizi. Infatti la L.R. 13/2003 ha attribuito all'ASUR la gestione centralizzata degli acquisiti di beni e servizi³⁶. Il primo intervento per rendere operati-

al trasferimento di funzioni [...] tramite specifici provvedimenti attuativi della Giunta Regionale».

³⁴ Protocollo d'intesa sul passaggio agli ESTAV del personale del comparto, allegato A della D.G.R. 1021/2005.

³⁵ Sono previsti anche eventuali corrispettivi per servizi e prestazioni rese a terzi ovvero alle aziende sanitarie per servizi diversi da quelli previsti. Con la D.G.R. 1021/2005 sono state definite, sulla base dell'ultimo trimestre del bilancio di previsione dei consorzi di Area Vasta, le somme da attribuire agli ESTAV. Nello specifico, la spesa complessiva per il 2006 è di 2.763.336 euro, suddivisi in 910.000 per l'ESTAV dell'Area Vasta Centro; 92.000 per l'ESTAV dell'Area Vasta Sud-Est; 933.336 per l'ESTAV dell'Area Vasta Nord-Ovest.

³⁶ In particolare l'art. 28 della L.R. 13/2003 stabiliva che per un periodo di due anni dalla costituzione l'ASUR svolgesse, a livello centralizzato, secondo modalità definite dalla Giunta regionale,

va tale funzione è stato la redazione di un piano di articolazione degli approvvigionamenti in grado di coniugare le esigenze di accentramento e razionalizzazione della spesa con i livelli di complessità/personalizzazione connessi alle specifiche merceologie o servizi, le situazioni di disomogeneità iniziale nell'impiego dei beni e servizi in ambito aziendale/zonale e le necessità di localizzazione produttiva, soprattutto per i servizi³⁷. Nello specifico, il piano ha previsto un'articolazione della funzione di approvvigionamento dei beni di consumo e dei servizi su tre livelli – aziendale, di Area Vasta³⁸, di zona³⁹ – a seconda della tipologia di bene o servizio. Inoltre, è stato stabilito che i contratti per l'acquisizione di beni consumabili standardizzati relativi a fabbisogni cumulativi a livello di Area Vasta dovessero prevedere, a valere per la durata del contratto medesimo, la clausola del «contratto aperto», garantendo la facoltà ad altre Aree Vaste dell'ASUR di utilizzare lo stesso contratto qualora le condizioni di fornitura vengano ritenute convenienti.

Parallelamente sono stati avviati altri tre progetti speciali, finalizzati all'omogeneizzazione delle procedure di approvvigionamento. Si tratta in particolare di iniziative per la realizzazione di un Repertorio di dispositivi medici, di un Nomenclatore beni economici e servizi e per la standardizzazione su base aziendale dei documenti istruttori, negoziali e di gara relativi all'acquisizione di beni e servizi.

Per quanto riguarda l'Osservatorio Prezzi, esso è stato avviato nel 1997 ed è gestito dall'Agenzia sanitaria delle Marche⁴⁰. La regione partecipa inoltre con Toscana, Umbria, Abruzzo e Basilicata all'Osservatorio Interregionale dei Prezzi.

10.3.11 Il Molise e l'ASREM

A seguito dell'approvazione della L.R. 9/2005 di riordino del SSR è stata costituita l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM). Una delle funzioni attribuite all'ASREM⁴¹ è la gestione centralizzata di tutti gli acquisti su tutto il territorio di competenza. La programmazione degli acquisti è effettuata annualmente

per conto e nell'interesse delle singole zone, le funzioni concernenti l'acquisto di beni e servizi di importo superiore a 100.000 euro.

³⁷ D.D.G. 3/2004 con oggetto «L'adozione del piano di articolazione degli approvvigionamenti di beni e servizi».

³⁸ Le Aree Vaste sono quattro: Area Vasta Pesaro-Urbino, Area Vasta Ancona, Area Vasta Macerata, Area Vasta Ascoli Piceno.

³⁹ Sono state istituite 13 zone (corrispondenti ai 13 ambiti territoriali delle ex ASL), dirette da un direttore di zona nominato direttamente dalla Giunta regionale.

⁴⁰ Dal 1997 al 2002 si sono avute dieci rilevazioni regionali. La prima e la seconda rilevazione sono state effettuate con frequenza trimestrale su 180 prodotti selezionati; la terza, quarta e quinta hanno avuto una frequenza semestrale con un paniere allargato a 464 prodotti; dalla sesta rilevazione si è mantenuta la frequenza semestrale ma si è ampliato il paniere a 529 beni, a partire dalla nona i beni sono aumentati a 536.

⁴¹ L'atto aziendale ASREM (D.G.R. 595/2006) prevede infatti che «Nell'ottica dei principi di

con atto adottato dal direttore generale. In particolare è previsto che tutte le forniture di beni e servizi che prevedano la stipula di un contratto di somministrazione devono essere realizzate in maniera centralizzata previo accertamento del fabbisogno complessivo delle zone. Le forniture non previste nel documento di programma devono essere preventivamente autorizzate dal direttore generale⁴².

Il tema della centralizzazione degli acquisti è stato ripreso anche nel piano di rientro regionale in tre obiettivi; in particolare due fanno riferimento al macroobiettivo «Misure di contenimento della spesa per personale, beni⁴³ e servizi⁴⁴», uno al macroobiettivo «Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero. Ottimizzazione dei processi di acquisto⁴⁵». Il mancato rispetto degli obiettivi prefissati prevede l'automatica decadenza dall'incarico del direttore generale dell'ASREM.

Per quanto attiene l'attivazione dell'OPT, istituito formalmente con L.R. 11/1997, solo nel 2005, nell'ambito del progetto per la realizzazione della Piattaforma E-Health della regione, ne è stata appaltata l'attività di realizzazione⁴⁶. Rispetto alla piattaforma tecnologica, non esistono al momento strumenti utilizzati dalla regione per acquisti elettronici.

In Tab. 10.4 si riporta un quadro sintetico con le principali caratteristiche delle esperienze di centralizzazione a oggi già attivate.

governo economico, efficacia ed efficienza gestionale, vengono definiti i criteri per l'omogeneizzazione e razionalizzazione delle procedure di gestione e approvvigionamento e le linee guida per il riordino della rete ospedaliera, con particolare riferimento alle procedure per lo sviluppo del commercio elettronico. Tale sistema di contrattazione telematica sarà normalmente praticato in aderenza alle disposizioni di legge in materia, in funzione della semplificazione centralizzata degli acquisti di beni e servizi, al fine di ottenere una più estesa competizione fra i potenziali fornitori».

⁴² Sono escluse dal documento di programma e dalla preventiva autorizzazione del direttore generale le forniture di beni e servizi classificate come «spese in economia» o a carattere di urgenza il cui valore non superi la soglia di 6.000 euro; tali acquisti devono comunque essere autorizzati dal direttore di zona.

⁴³ Per quanto riguarda l'acquisto di beni sanitari non farmaceutici sono fissati, per gli anni 2008 e 2009, obiettivi di risparmio annui nell'acquisto di presidi chirurgici e materiali sanitari e di materiali protesici e materiali per emodialisi.

⁴⁴ In relazione all'acquisto di servizi non sanitari, si prevede di realizzare un risparmio grazie alla gestione centralizzata dei servizi di lavanderia, mensa, pulizie, smaltimento rifiuti, utenze telefoniche e altre utenze. Il risparmio atteso è correlato alla riduzione dei posti letto e alla riconversione di alcune unità operative ospedaliere (trasformazione di aree ad alto rischio infettivologico, di costo maggiore per le pulizie) per i servizi di mensa, lavanderia e pulizia; per gli altri servizi invece, i risparmi sono imputati alla gestione centralizzata delle gare.

⁴⁵ In particolare, per quanto riguarda i farmaci è in corso la predisposizione di una gara regionale il cui capitolato, su un orizzonte temporale di 5 anni prevede una spesa presunta di circa 75 milioni di euro. È previsto un risparmio annuo di circa 1,2 milioni di euro per il 2008. La stima dell'impatto economico è stata effettuata a partire dai risultati ottenuti da esperienze analoghe sul territorio nazionale.

⁴⁶ Tra l'altro, l'atto aziendale ASREM per il triennio 2007-2009 ha previsto che le acquisizioni di beni o servizi vengano effettuate previa indagine di mercato e valutazione di congruità dei prezzi contrattuali, assoluta, ove possibile, anche attraverso la consultazione dell'Osservatorio Prezzi Regionale.

Tabella 10.4 Le esperienze consolidate

Anno	Denominazione e natura giuridica	Soggetti coinvolti	Area intervento	Grado di centralizzazione
Piemonte	2001 Convenzione ex art. 15 della legge 241/1990	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni sanitari e non; servizi non sanitari	Regionale, provinciale o di Area Vasta – Facoltativa
Valle d'Aosta	Fin dalla sua costituzione, l'azienda sanitaria della Valle d'Aosta gestisce attraverso l'area tecnico-amministrativa i servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria (affari generali e legali, ragioneria, approvvigionamento, personale, patrimonio)			
Bolzano	2006 Comprensorio sanitario di Bolzano Comprensorio sanitario di Merano Comprensorio sanitario di Bressanone Comprensorio sanitario di Brunico	Ospedale centrale di Bolzano Ospedale aziendale di Merano; Ospedale di base di Silandro Ospedale aziendale di Bressanone; Ospedale di base di Vipiteno Ospedale aziendale di Brunico; Ospedale di base di S. Candido	Gestione servizi sanitari, servizi amministrativi, servizi tecnici	Comprensorio
Trento	Fin dalla sua costituzione, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, APSS, gestisce attraverso la Direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici: gli approvvigionamenti, la logistica, i servizi alberghieri, i servizi tecnico-immobiliari, il servizio di ingegneria clinica, la gestione delle attrezzature sanitarie			
Veneto	2002 Progetto centralizzazione acquisti Convenzione ex art. 15 della legge 241/1990	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti di beni e servizi sanitari e non, stoccaggio e movimentazione/logistica dei materiali	Regionale, provinciale o di Area Vasta a seconda della tipologia di bene – Facoltativa
Friuli Venezia Giulia	2004 Centro Servizi Condivisi – CSC Consorzio pubblico obbligatorio	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Gestione servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria	Regionale – Obbligatoria
Emilia Romagna	2005 Area Vasta Centro Emilia – AVACE Coordinamento funzioni di approvvigionamento di beni e servizi	AS della Provincia di Bologna e Ferrara e IOR di Bologna	Gestione servizi sanitari, servizi amministrativi, servizi tecnici	Territoriale (Area Vasta) – Facoltativa

Tabella 10.4 (segue)

Anno	Denominazione e natura giuridica	Soggetti coinvolti	Area intervento	Grado di centralizzazione
Emilia Romagna (segue)	Firmato accordo il 3 aprile 2007 Area Vasta Romagna Assetto istituzionale-organizzativo in corso di definizione	AUSL di Ravenna, Cesena, Rimini e Forlì	(segue)	(segue)
2004	Area Vasta Emilia Nord – AVEN Associazione senza personalità giuridica, fini di lucro o natura imprenditoriale	ASL e AO della Provincia di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena		
Toscana	ESTAV: ente SSR con personalità giuridica pubblica e autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale	ESTAV Centro: AUSL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli; AOU Careggi e Meyer di Firenze ESTAV Nord-Ovest: AUSL Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa e Livorno; AOU di Pisa	Gestione servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria (approvvigionamento, personale, ICT, patrimonio)	Territoriale (Area Vasta) – Obbligatoria
2005	ESTAV Sud-Est: AUSL di Siena, Arezzo e Grosseto; AOU di Siena			
Marche	2003 Azienda Unica Regionale delle Marche ASUR	SSR	—	Aziendale, Area Vasta, Zona
Molise	2006 Azienda Sanitaria Regionale del Molise ASREM	SSR	—	Zona

Fonte: nostra elaborazione

10.4 Iniziative di centralizzazione in fase di avvio

10.4.1 La Lombardia e le linee di indirizzo per gli acquisti in sanità

La Regione Lombardia ha definito nel 2007 le linee di indirizzo per gli acquisti delle aziende sanitarie, tra le quali è prevista la costituzione di forme di aggregazione interaziendali tra AO e ASL per l'acquisizione, lo stoccaggio e la distribuzione dei beni e l'erogazione dei servizi. Le aziende sanitarie potranno valutare la formazione di consorzi d'acquisto o altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macroaree (gare aggregate attuate da aziende capofila o gare aziendali aperte ad adesioni successive); potranno, altresì, ricercare livelli di collaborazione con CONSIP. La regione dovrà invece definire linee di indirizzo applicative cui le aziende sanitarie devono attenersi per attivare queste collaborazioni. Oltre alla gestione delle procedure di approvvigionamento di beni e servizi (sanitari e non), le attività gestite a livello interaziendale potranno riguardare l'analisi dei mercati di riferimento e dell'offerta e lo sviluppo di attività di marketing. A sostegno di queste iniziative, le linee guida indicano altre azioni di supporto tra cui:

- ▶ la costituzione di un Osservatorio Acquisti e Tecnologie, quale strumento di supporto all'attività decisionale con compiti di governo e controllo del sistema. La Direzione generale sanità della regione collaborerà con le associazioni di professionisti per definire tipologie e modalità di raccolta dei dati e la necessaria attività d'analisi e *feedback*⁴⁷;
- ▶ l'attivazione di una piattaforma tecnologica dedicata⁴⁸. È in progetto l'attivazione della Piattaforma SInTel (Sistema di Intermediazione Telematica tra le Pubbliche Amministrazioni lombarde e gli operatori economici) comune per gli acquisti della regione e del SSR, con possibilità d'estensione alle altre amministrazioni pubbliche lombarde. Tale piattaforma dovrà essere interoperabile con il sistema di *e-procurement* gestito da CONSIP;
- ▶ l'attivazione di sistemi di verifica e di monitoraggio, favorendo confronti tra le prestazioni delle diverse aziende, anche al fine di individuare e diffondere comportamenti virtuosi. A questo proposito si prevede la redazione da parte dei direttori generali di una relazione trimestrale in cui si evidenzino le azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi economici o l'utilizzo di modalità d'acquisto secondo gli indirizzi delle linee guida; le iniziative d'aggregazione tra le diverse aziende che puntino a un rafforzamento della domanda e alla razionalizzazione delle strutture degli acquisti, sia in forma singola, sia in

⁴⁷ Al momento è già attivo l'Osservatorio Prezzi e Tecnologie Regionale, con lo scopo di supportare la gestione delle tecnologie biomediche: l'attività dell'Osservatorio verrà estesa a tutti gli acquisti che permetteranno di realizzare risparmi finanziari, economici o strategici.

⁴⁸ Anche il PSSR 2004-2006 prevedeva l'attivazione di strumenti di *e-procurement* per il settore sanitario.

forma associata; le iniziative per la gestione di servizi in comune con utilizzo sinergico delle risorse umane e strumentali delle singole aziende.

Inoltre, la Direzione generale sanità attiverà con le aziende sanitarie e i loro professionisti tavoli permanenti che consentano un confronto interaziendale per attuare le linee di indirizzo del documento di programmazione; per approfondire le problematiche connesse al settore acquisti in sanità, con particolare riferimento alle soluzioni d'aggregazione della domanda; per favorire una condivisione di obiettivi e soluzioni e la diffusione di pratiche virtuose.

10.4.2 La Liguria e le azioni del piano di rientro

La regione non ha ancora attivato alcuna soluzione di gestione accentrata degli acquisti, né a livello sovraziendale, né a livello regionale. Tuttavia il piano di rientro prevede una linea di intervento finalizzata al contenimento dei costi per beni e servizi, attraverso acquisti centralizzati, collegati con politiche nazionali di acquisto on-line. La centralizzazione è prevista a livello di Area Vasta o a livello regionale attraverso l'unione di acquisto, con l'individuazione di un'azienda capofila, che si faccia carico della procedura amministrativa fino all'aggiudicazione⁴⁹.

Operativamente è l'Osservatorio Prezzi che sta definendo le linee guida per la realizzazione di questo intervento⁵⁰. Al momento, l'Osservatorio ha individuato le classi di prodotti di interesse comune, per area territoriale, in funzione della scadenza dei contratti in atto e dei volumi di acquisto; per ogni classe di prodotto sono state individuate le aziende interessate, e fra queste la capofila⁵¹. Entro dicembre 2007 è prevista l'emanazione di indirizzi al fine di disciplinare la gestione tecnica degli appalti in modo centralizzato.

10.4.3 L'Umbria e l'Agenzia Umbria Sanità

Assetto istituzionale e finalità – La Regione Umbria ha avviato da un paio d'anni un percorso di riorganizzazione e accentrato della gestione di alcune funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie. In particolare nel PSR 2003-2005 è stata definita una strategia di progressiva centralizzazione a livello sovraziendale di alcune attività che fossero caratterizzate da un sufficiente gra-

⁴⁹ Si prospetta, nel triennio 2007-2009, un risparmio medio rispetto agli acquisti in autonomia tra il 5 e il 15 per cento.

⁵⁰ La Giunta regionale, con D.G.R. 576/2006, aveva infatti dato mandato all'Osservatorio di predisporre un piano operativo 2006-2007 per la sperimentazione di aree di acquisto per beni e servizi.

⁵¹ In particolare per: strisce per diabetici la ASL n. 3 Genovese; mezzi di contrasto l'AO San Martino; suturatrici l'AO Santa Corona; smaltimento rifiuti la ASL n. 3 Genovese; guanti sanitari la ASL n. 3 Genovese; aghi e siringhe la ASL n. 1 Imperiese; manipoli Ultracision l'AO Ospedale Villa Scassi; test PCR Trinat l'AO Ospedale San Martino; pacemaker la ASL n. 4 Chiavarese.

do di omogeneità e la cui gestione unificata garantisca il conseguimento di economie di scala. Tra le funzioni tecnico amministrative sono state individuate in particolare: l'acquisizione di beni e servizi tramite espletamento di procedure di acquisto a evidenza pubblica; lo sviluppo di soluzioni di *e-commerce*; l'ottimizzazione logistica. Nel 2005, con la L.R. n. 17, la Regione Umbria ha previsto la costituzione di una «Società per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica», Azienda Umbra per la Salute SpA. La società è stata costituita nel maggio del 2006⁵²; con la L.R. 16/2007 è stata successivamente trasformata nell'«Agenzia Umbria Sanità». L'Agenzia ha personalità giuridica di diritto pubblico ed è dotata di autonomia gestionale, amministrativa, organizzativa e finanziaria.

Gli ambiti di intervento dell'Agenzia includono un portafoglio molto ampio di attività, quali: la gestione delle procedure di acquisizione di beni e di servizi e ottimizzazione logistica⁵³; la gestione di programmi concernenti gli investimenti, il patrimonio e le tecnologie sanitarie; lo sviluppo e la gestione del sistema informativo e delle tecnologie informatiche, nonché dei relativi servizi di supporto; interventi di controllo dei costi; attività di omogeneizzazione dei sistemi di gestione contabile e di controllo interno delle aziende sanitarie e redazione del bilancio consolidato; la promozione di modelli organizzativi, sistemi contabili e gestionali innovativi anche su base sperimentale; lo svolgimento di tutte le funzioni di supporto e consulenza, informazione e promozione culturale nell'ambito della prevenzione, promozione della salute, educazione sanitaria. La L.R. 16/2007 prevede un periodo di tre anni per procedere al riordino dei servizi delle aziende sanitarie.

Struttura organizzativa – Un ruolo determinante è attribuito alla Giunta regionale, cui spettano le funzioni di programmazione, coordinamento e controllo e di definizione degli indirizzi strategici dell'Agenzia. La Giunta nomina inoltre il direttore dell'Agenzia, che ha la rappresentanza legale ed esercita funzioni di direzione, vigilanza e controllo.

Gli altri due organi dell'Agenzia sono il comitato di direzione e il collegio dei revisori. Il comitato di direzione, è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie e dal direttore regionale della Direzione sanità e servizi sociali. Il comitato di direzione adotta il piano di attività, sulla base degli obiettivi fissati dalla Giunta regionale, e gli atti di bilancio.

L'Agenzia Umbria Sanità ha una propria dotazione organica composta esclusivamente da personale in mobilità volontaria proveniente da enti e aziende del

⁵² Si tratta di una società a partecipazione pubblica di tipo consortile tra le aziende sanitarie per favorire, promuovere e sostenere la cooperazione tra le ASL e AO per la gestione di un sistema integrato delle funzioni tecniche e amministrative comuni a tutti i soggetti del servizio sanitario.

⁵³ Per la gestione degli approvvigionamenti, è previsto che l'Agenzia Umbria Sanità svolga le funzioni di centrale di committenza.

SSR, dalla regione, da altri enti pubblici, da agenzie regionali o da altri organismi che operano nel settore sanitario.

Per quanto riguarda il finanziamento delle attività dell’Agenzia, le fonti principali sono i finanziamenti assegnati dalla regione⁵⁴.

10.4.4 Il Lazio e il piano di rientro

Il piano di rientro della Regione Lazio dedica molta attenzione alla gestione degli acquisti, rispetto alla quale si prevedono alcuni interventi di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria. In particolare, la «Linea 3.1.2 – Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l’acquisto di beni e servizi da parte delle strutture pubbliche del SSR»⁵⁵ prevede tre diverse linee di azione;

1. *azioni mirate con effetto rapido*, dalle quali cioè è atteso un contenimento della spesa per l’acquisto di beni e servizi già nel 2007 e nel primo semestre 2008. Tra le azioni previste, una in particolare è identificabile come una strategia di centralizzazione degli approvvigionamenti⁵⁶. Si tratta della gara d’appalto «Vettori energetici – Lazio (Multiservizio Tecnologico)» bandita per la gestione, la manutenzione e la conduzione (inclusa la fornitura dei vettori energetici) degli impianti tecnologici asserviti agli immobili in proprietà o nella disponibilità delle aziende ed enti del SSR. Responsabile della gara e della sua attivazione è l’area economico-sanitaria della Direzione bilancio e tributi della Regione Lazio⁵⁷;
2. *istituzione dell’Osservatorio Prezzi*⁵⁸;

⁵⁴ Sono previste altre fonti residuali di ricavo, quali i proventi per prestazioni e servizi resi al di fuori dei servizi su citati ed eventuali donazioni e lasciti.

⁵⁵ Si tratta di una linea di intervento relativa all’Obiettivo generale 3 «Governo della dinamica dei costi di produzione delle prestazioni e dei servizi direttamente gestiti»; Obiettivo specifico 3.2 «Controllo sull’andamento complessivo dei costi e riorganizzazione del debito commerciale».

⁵⁶ Le altre sono: azioni rapide di razionalizzazione degli acquisti (attraverso interventi di razionalizzazione della domanda; condivisione *best practice* attivate da altre regioni; utilizzo di gare «semplificate» basate per esempio sul puro prezzo per l’acquisto di beni *commodity*); azioni di ottimizzazione della gestione del rischio (sia con la riduzione dei rischi, mediante l’implementazione all’interno delle aziende sanitarie di processi di *clinical risk management*, che con la razionalizzazione del processo di trasferimento del rischio, con coperture assicurative); rinegoziazione da parte delle aziende degli appalti di beni e servizi (utilizzando la leva finanziaria del rispetto dei termini di pagamento e il differimento della scadenza dei contratti in essere).

⁵⁷ L’appalto è stato suddiviso in quattro lotti che corrispondono alle macroaree in cui sono raggruppate le aziende sanitarie della Regione Lazio. Lo sconto applicato alla base d’asta, stimato in valore assoluto intorno a 247 milioni di euro, è stato retrocesso alle aziende sanitarie per la riqualificazione e messa a norma degli impianti secondo un piano d’intervento dalle stesse stabilito. Per il 2007, 2008 e 2009 si è ipotizzato di realizzare un risparmio di 5,5 milioni di euro per effetto dalla messa a regime del capitolato della gara di appalto.

⁵⁸ Nel Lazio, il monitoraggio dell’andamento e della distribuzione dei prezzi e delle procedure di acquisto nelle diverse strutture sanitarie era stato uno degli obiettivi affidati a SANIGEST, piatta-

3. *realizzazione di una piattaforma acquisti regionale centralizzata*⁵⁹: in particolare si prevede di attivare una struttura regionale per la gestione della piattaforma (si ipotizza il riuso della piattaforma sviluppata di Intercent-ER dalla Regione Emilia Romagna)⁶⁰. Le categorie merceologiche e i servizi che si ipotizza di gestire con la piattaforma attraverso gare centralizzate sono state individuate rispetto ai risparmi registrati da altre realtà regionali.

10.4.5 L'Abruzzo e l'Ufficio unico degli acquisti

La Regione Abruzzo sin dall'anno 2004 aveva manifestato la volontà di costituire una struttura centralizzata denominata «Ufficio unico degli acquisti» per la stipulazione di contratti di fornitura e per la promozione e lo sviluppo di convenzioni regionali che aggregassero la domanda di beni e servizi da parte di aziende sanitarie, oltre che per la consulenza in materia contrattuale in favore delle aziende stesse. L'Ufficio tuttavia non è mai stato reso operativo⁶¹. Nel piano di rientro è stato inserito un intervento volto a rilanciare e potenziare il ricorso ad acquisti centralizzati (Linea 2.1.5).

In particolare, nel corso del 2007 è prevista l'istituzione formale di un servizio, con dotazione organica dirigenziale e personale dedicato in possesso di specifiche competenze e professionalità, preposto alle attività dell'Ufficio unico. Fino al completamento del processo di riorganizzazione, sono previste alcune attività di coordinamento tra le aziende sanitarie per dare avvio alle unioni di acquisto. In particolare, nel piano di rientro è prevista la creazione di unioni di acquisto per i farmaci⁶².

forma della Regione Lazio sviluppata per rispondere alle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso l'analisi dei componenti di acquisto delle aziende sanitarie, l'attuazione di sistemi innovativi per l'approvvigionamento e l'eventuale centralizzazione dei processi d'acquisto. Tra i suoi applicativi è stato previsto l'Osservatorio Prezzi. La piattaforma, testata e avviata nel 2004, ha operato solo fino al primo semestre del 2005.

⁵⁹ Il piano di rientro prevede di avviare entro la metà del 2008 le prime procedure centralizzate di acquisto on-line attraverso convenzioni quadro.

⁶⁰ La realizzazione della piattaforma acquisti centralizzata prevede l'istituzione di un comitato operativo, con la presenza di responsabili dell'approvvigionamento delle singole aziende che avranno il compito di collaborare con la Direzione bilancio, con LAIT SpA, Laziosanità e Azienda Sviluppo Lazio, per le analisi di mercato e la definizione puntuale della tipologia dei beni oggetto di gara centralizzata. I risparmi attesi da questa attività sono pari a 6 milioni di euro per il 2008, 12 milioni di euro per il 2009.

⁶¹ La legge istitutiva dell'Ufficio unico degli acquisti è la L.R. 15/2004. L'Ufficio è costituito formalmente da una struttura temporanea senza uno specifico organico di personale e senza adeguate professionalità lavorative. Le carenze citate e le difficoltà organizzative hanno compromesso di fatto la possibilità di raggiungere sino a oggi gli obiettivi fissati.

⁶² Tale iniziativa prevede prioritariamente l'individuazione delle categorie di farmaci per i quali attivare in fase iniziale gare in forma consortile; il criterio di selezione è quello della maggiore incidenza in termini di spesa. Da questo progetto è atteso un livello medio di contenimento della spesa

Nella proposta di riorganizzazione della Direzione sanità sarà considerata anche l'istituzione dell'Osservatorio Prezzi, anch'esso previsto dalla L.R. 146/1996 ma non ancora attivato.

10.4.6 La Campania e SoReSa

Nelle Disposizioni per la programmazione sanitaria 2006-2008 sono state identificate come azioni finalizzate alla riduzione dei costi la promozione di gare centralizzate, la costituzione di gruppi di acquisto tra ASL e AO e l'utilizzo delle gare CONSIP⁶³.

Tali linee di azione sono state ribadite anche nel piano di rientro della Regione Campania. In particolare, la Giunta ha previsto l'obbligo per le aziende sanitarie di aderire ai contratti stipulati da SoReSa (società per la gestione e il risanamento della situazione debitoria del sistema sanitario campano, ente incaricato della gestione centralizzata degli acquisti in sanità⁶⁴), pena la decadenza dei direttori generali⁶⁵. È inoltre compito di SoReSa anche lo sviluppo della piattaforma tecnologica di supporto. Infine, è prevista l'attivazione dell'Osservatorio Prezzi, attualmente formalmente in capo all'ARSAN.

10.4.7 La Sicilia e gli acquisti consorziati

La legge Finanziaria regionale per il 2007 (L.R. 2/2007)⁶⁶, al fine di razionalizza-

di circa 4 milioni di euro/anno. L'impatto di tale misura, e il conseguente livello di contenimento della spesa, è stato stimato tenendo conto dei risultati ottenuti dall'Area Vasta Emilia Nord.

⁶³ I risultati attesi nel triennio 2006-2008 sono, rispetto ai costi registrati nel 2004, di una riduzione del 2 per cento nei costi per i beni sanitari, del 30 per cento per beni non sanitari, del 18 per cento per servizi sanitari e del 24 per cento per quelli non sanitari.

⁶⁴ In realtà il ruolo di SoReSa in tema di centralizzazione degli approvvigionamenti nel settore sanitario è stato controverso fin dalla sua costituzione. Infatti, al momento della sua istituzione a SoReSa è stato attribuito anche il compito di definire un modello organizzativo e una correlata piattaforma tecnologica per la centralizzazione degli acquisti delle aziende sanitarie. A pochi mesi di distanza dall'approvazione dello statuto, la Giunta regionale ha però di fatto escluso dall'ambito di competenze le funzioni di centralizzazione degli acquisti e di riorganizzazione dei servizi tecnico/amministrativi. La legge Finanziaria regionale per il 2005 ha ribadito infine che SoReSa è titolare, in via esclusiva, delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie per le aziende del SSR.

⁶⁵ Per quanto riguarda le gare centralizzate, nella prima fase è prevista l'attivazione di procedure per reagenti chimici, presidi chirurgici e materiale sanitario, farmaci, materiale diagnostico e dispositivi medici, macchinari e attrezzature di valore unitario della gara superiore a 750.000 euro. È stato posto il divieto alle aziende sanitarie di indire nuove gare con riferimento a queste categorie merceologiche di valore unitario superiore a euro 750.000. Entro fine anno è prevista la pubblicazione di gare centralizzate per ulteriori categorie merceologiche: mensa, riscaldamento, pulizia e lavanolo. A decorrere dal 30 giugno 2008 SoReSa dovrebbe indire gare centralizzate per le restanti categorie merceologiche. Da questi interventi sono attesi risparmi non inferiori a 124 milioni di euro nel 2007, 212 milioni di euro nel 2008 e 345 milioni di euro nel 2009.

⁶⁶ Anche l'Atto di indirizzo per la politica sanitaria del triennio 2007-2009 e per l'aggiornamento

re e contenere la spesa sanitaria, ha previsto l'obbligo per le aziende sanitarie del SSR di procedere all'acquisizione di beni e servizi in forma consorziata, senza alcuna esclusione in base al valore (sopra o sotto soglia) della singola procedura di acquisto⁶⁷.

Per quanto riguarda il livello di centralizzazione, l'ambito dovrebbe coincidere con le aree provinciali di maggiori dimensioni (come l'area metropolitana di Catania, Messina e Palermo) e con l'aggregazione di aree provinciali di medio-piccole dimensioni (come, per esempio, Ragusa-Siracusa)⁶⁸.

Recentemente, l'Assessorato regionale alla sanità, attraverso il Dipartimento regionale per le infrastrutture, lo sviluppo e l'innovazione tecnologica, ha emanato alcune direttive al fine di stimolare l'avvio di procedure di approvvigionamento consorziate per l'acquisto di beni e servizi secondo il modello dell'unione d'acquisto con azienda capofila⁶⁹.

In Tab. 10.5 si propone una sintesi delle iniziative in corso di realizzazione.

10.4.8 La Sardegna e il Piano di Rientro

Il Piano di Rientro della Regione Sardegna, approvato con DGR 7 giugno 2007, n. 22/7, prevede il ricorso a interventi di accentramento degli acquisti per diverse tipologie di beni, sanitari e non. In particolare, la DGR evidenzia come il ricorso alla convenzioni Consip e al mercato elettronico non abbiano consentito di ottenere i benefici auspicati in termini di contenimento della spesa e di miglioramento dell'efficienza dell'azione amministrativa.

del PSR ha previsto, in materia di approvvigionamenti, la centralizzazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi (sanitari e non sanitari).

⁶⁷ In realtà anche con L.R. 17/2004 (Finanziaria 2005), all'art. 43, era stata prevista la promozione di forme consorziate di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie, ne erano seguite alcune sperimentazioni giudicate positive dell'Assessorato.

⁶⁸ Tale misura ha l'obiettivo di concorrere a una riduzione della spesa per l'acquisizione di beni e servizi nel triennio 2007-2009 pari al 3 per cento rispetto alla spesa sostenuta nell'anno 2005.

⁶⁹ Circolare 1204/2007 («Direttiva in materia di procedure concorsuali in ambito consorziato»), recentemente sostituita dalla circolare 1212/2007 («Seconda direttiva in tema di procedure di gara in forma consorziate»). In particolare, i direttori generali delle aziende sono tenuti a predisporre e inoltrare a inizio anno a tutte le altre aziende e al Dipartimento regionale per le infrastrutture, lo sviluppo e l'innovazione tecnologica, il programma annuale degli acquisti e delle procedure di gara da espletare nel corso della stessa annualità. Entro un periodo fissato dall'azienda che per prima ha richiesto l'acquisto di un bene le altre aziende, laddove interessate, devono comunicare la propria adesione, specificando eventuali motivi ostativi. Successivamente, le aziende aderenti individuano la capofila che deve gestire la gara. Tutte le spese della gestione della procedura di gara sono a carico della capofila. Per favorire la partecipazione, l'allineamento delle scadenze contrattuali è stato definito come uno degli obiettivi strategici dei direttori generali; nell'arco dei 18 mesi successivi alla comunicazione del proprio programma annuale, la mancata coincidenza con le scadenze dei contratti non potrà essere motivo di non adesione alla procedura di gara consorziate.

Tabella 10.5 Le iniziative di centralizzazione in corso di attivazione

Denominazione e natura giuridica	Soggetti coinvolti	Area intervento	Grado di centralizzazione
Lombardia Linee di indirizzo per gli acquisti delle aziende sanitarie	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisizione, stoccaggio e distribuzione dei beni; erogazione dei servizi	Consorzi d'acquisto o altre unioni formalizzate a livello provinciale e/o di macro aree
Liguria Linea di intervento del piano di rientro per il contenimento dei costi di beni e servizi, attraverso acquisti centralizzati	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni e servizi sanitari	Area Vasta o regionale
Umbria Agenzia Umbria Sanità	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica	Regionale o di zona a seconda della tipologia di bene/servizio
Lazio Linea di intervento del piano di rientro 3.1.2 – Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi da parte delle strutture pubbliche del SSR	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni e servizi	Regionale
Abruzzo Linea di intervento 2.1.5 del piano di rientro per rilanciare e potenziare il ricorso ad acquisti centralizzati Potenziamento Ufficio unico degli acquisti	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni e servizi	Regionale
Campania Il piano di rientro ribadisce il ruolo di SoReSa nella gestione delle procedure di acquisto centralizzate	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni e servizi	Regionale
Sicilia Costituzione di centrali di committenza e unioni di acquisto	Tutte le aziende sanitarie del SSR	Acquisti beni e servizi	Ambito provinciale o sovraprovinciale
Sardegna Centrale di acquisto territoriale (CAT)	Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, Università	Acquisti beni e servizi	Regionale o territoriale

Fonte: nostra elaborazione

Per questo motivo è prevista la creazione di una Centrale di Acquisto Territoriale (CAT) a supporto delle procedure di acquisto delle amministrazioni pubbliche regionali, il cui avvio in fase sperimentale era già stato previsto all'art. 9 della LR 2/2007⁷⁰. La CAT è quindi finalizzata a favorire e semplificare l'aggregazione dei processi di acquisto di beni e servizi sanitari e non da parte della Regione, degli Enti Locali, delle Aziende sanitarie e Ospedaliere e delle Università. In base all'art. 9 della LR 2/2007, le Aziende sanitarie e ospedaliere sono obbligate a utilizzare le convenzioni siglate dalla CAT. La realizzazione del progetto è affidata al Servizio Provveditorato dell'Assessorato Regionale Affari Generali.

10.5 Conclusioni

Il panorama che è stato delineato, sulla base di una prima indagine estesa a tutte le regioni italiane, mostra complessivamente uno scenario in evoluzione, da osservare quindi con attenzione. Pur nella varietà di percorsi di sviluppo, già consolidati o in fase di avvio, e di assetti istituzionali e organizzativi specifici, la prevalenza delle regioni italiane si è attrezzata per procedere ad acquisti centralizzati.

Per un verso, la tendenza alla centralizzazione appare a tutti gli interlocutori come una scelta inevitabile che sarebbe antistorico contrastare; per un altro verso, tuttavia, poiché molto spesso alle scelte fatte non corrisponde un'attenta e doverosa fase di monitoraggio e di valutazione successiva, il suggerimento è proprio quello di mantenere attivo un processo di critica costruttiva da parte di tutti gli *stakeholder*. È quasi inevitabile, infatti, che le innovazioni, e in particolare quelle di grande portata come la creazione di una rete di centrali di committenza per la pubblica amministrazione sul territorio nazionale, portino con sé la necessità di una continua verifica dei risultati e dell'individuazione di correttivi che, lungi dall'essere segnali di inefficacia, sono in realtà la dimostrazione di una continua ricerca del miglior funzionamento. Poiché le centrali di committenza si pongono come snodo tra la domanda di beni e servizi da parte delle amministrazioni pubbliche e il mercato dei fornitori, sembra cruciale, per il loro decollo e successo, che entrambi gli interlocutori debbano essere efficacemente coinvolti. I fornitori infatti si stanno «riconfigurando» sia negli assetti interni, sia nelle scelte di alleanze strategiche e operative per meglio rispondere al nuovo profilo di domanda che l'aggregazione dei committenti, numericamente e per la tipologia di organizzazione (per esempio ospedale e territorio insieme), ha creato.

⁷⁰ È già stata indetta la prima gara telematica ex art. 10 del D.P.R. 101/2002 per l'acquisto biennale di 210 tipologie di articoli di cancelleria, per un valore base d'asta di 525.000 euro. A questa gara hanno aderito, tra gli altri, l'Azienda Ospedaliera Brotzu, l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari, l'Università di Cagliari. Sono in corso gare per soluzioni infusionali e prodotti chimici che coinvolgono tutte le aziende sanitarie.

Uno degli aspetti che è interessante esaminare riguarda l'ambito di azione delle centrali di acquisto, in termini di ampiezza territoriale, gamma delle tipologie acquistate e, di conseguenza, valore economico messo in gara. Al crescere di tali variabili, infatti, aumentano le potenziali incoerenze delle procedure da attivare con le modalità di funzionamento preesistenti nelle aziende coinvolte, la necessità di ristrutturazione dei processi interni (rifocalizzazione del personale da attività di acquisto ad attività di monitoraggio e controllo), ma anche l'impatto sul mondo dei fornitori e le relative dinamiche concorrenziali che ne derivano. Nel considerare i possibili vantaggi dell'aggregazione delle gare, si è soliti valutare in primo luogo la diminuzione dei costi di transazione, dal punto di vista della domanda e dell'offerta. Indubbiamente, nel processo di svolgimento di una gara, la fase di raccolta e trasmissione di informazioni e di richiesta/offerta di documenti amministrativi e contrattuali assorbe risorse di tempo e di persone. Sotto questo profilo, la mera riduzione del numero di stazioni appaltanti, quindi delle gare effettuate, dovrebbe far diminuire in proporzione i costi connessi a tali attività. Innalzandosi poi la posta in gioco, si dovrebbe realizzare, in linea di principio, un maggior controllo sulla trasparenza delle procedure e una riduzione di comportamenti opportunistici o difforni da quanto correttamente consentito. Conseguire tali vantaggi tuttavia non è automatico, ma dipende dalle condizioni al contorno e dalle caratteristiche dell'acquisto (tra cui, per esempio caratteristiche e complessità del mercato di fornitura, strategicità del bene/servizio acquistato, differenziazione dei fabbisogni e delle procedure tra gli enti coinvolti, rapporto tra dimensione della gara e grado di concentrazione / frammentazione del mercato di riferimento). Esiste inoltre il rischio che i vantaggi di breve periodo non si mantengano proporzionali nel medio periodo, vuoi per una riduzione del grado di concorrenza generato da una posizione dominante dal lato dell'offerta, vuoi per considerazioni di opportunità strategica da parte dei fornitori.

Una prima riflessione è quindi relativa alla necessità di un continuo raccordo con il mercato dei fornitori, con le sue reazioni e le sue dinamiche, che dovrebbe essere facilitato nei casi in cui si procederà a una specializzazione delle competenze per settore di mercato, all'interno della centrale acquisti.

Una seconda riflessione concerne il rapporto tra centrale e aziende sanitarie, sotto il profilo dei ruoli e delle responsabilità assegnate ai vari attori. Infatti la centrale si sostituisce all'ente appaltante nella fase di esecuzione della gara, ma non può vicariare la successiva gestione del contratto; può solo fungere da stimolo a una programmazione degli acquisti più sistematica, ma non svolgerla per conto della singola azienda. Di conseguenza non sarà possibile scindere l'analisi delle performance della centrale acquisti dall'analisi dell'impatto che gli acquisti stessi hanno sul campo, nella realizzazione dei processi assistenziali o di supporto.

Una terza riflessione è relativa alla qualità e quantità delle informazioni condivise nel gruppo di acquisto. Si ritiene che questo sia uno degli aspetti cruciali, vale a dire la condivisione di una base informativa comune, attendibile e omoge-

nea, sia per l'uniformità dei dati (stesse codifiche, stesse metodologie di rilevazione), sia per il confronto delle performance degli acquisti (qualità delle forniture relativamente ai processi produttivi in cui sono utilizzate, performance e valutazione dei fornitori, impatti sui bilanci aziendali). Ciò sembra tanto più rilevante quanto più si manifesterà stabile una tendenza che è emersa dall'indagine, cioè il processo di *networking* degli osservatori regionali, che stanno assumendo un ruolo di coordinamento nella raccolta di basi di dati anche su tematiche ulteriori (si vedano per esempio le banche dati sui sinistri di Veneto e Friuli Venezia Giulia).

Una riflessione finale riguarda la ricerca di equilibrio in una situazione di cambiamento in cui, inevitabilmente, l'avvio del processo porta con sé uno sbilanciamento in senso opposto rispetto alla situazione preesistente. Tra i punti di equilibrio che sembra importante perseguire si desidera sottolineare:

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

Ciò potrebbe consentire di valorizzare il ruolo della centrale non solo come esecutore di gare, ma soprattutto come osservatorio e messa a sistema di *best practice*.

Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576