

Università degli Studi di Napoli Federico II



Dottorato di Ricerca in Management
XXXII Ciclo
Dipartimento di Economia, Management e Istituzioni

**Evoluzione ed innovazione delle dinamiche e dei modelli di acquisto di
beni e servizi in sanità: punti di forza e criticità nell'esperienza della
Campania.**

Coordinatore

Ch.ma Prof.ssa Cristina Mele

Candidata

Dott.ssa Pasqualina Malafrente

Tutor

Ch.mo Prof. Francesco Schiavone

Anno Accademico 2019/2020

INDICE

Introduzione	pag.4
---------------------	-------

Capitolo 1 La funzione acquisti nel settore privato e nel settore pubblico

1.1	<i>Introduzione</i>	
	pag.11	
1.2	<i>Le caratteristiche del processo di acquisto nel settore privato</i>	pag.13
1.2.1	<i>Le azioni strategiche nella gestione degli approvvigionamenti</i>	pag.15
1.2.2	<i>Strategic purchasing</i>	pag.17
1.2.3	<i>Sourcing</i>	pag.20
1.2.4	<i>Supply</i>	pag.23
1.3	<i>Il processo di acquisto nel settore pubblico</i>	pag.24
1.3.1	<i>Obiettivi: una prima analisi generale</i>	pag.26
1.4	<i>Organizzazione della funzione acquisti</i>	pag.33

Capitolo 2 I processi di approvvigionamento in sanità

2.1	<i>L'esternalizzazione quale strumento operativo per gli acquisti</i>	pag.38
2.1.1	<i>Prospettive teoriche connesse alle pratiche di esternalizzazione e centralizzazione dei processi aziendali</i>	pag.41
2.2	<i>Prime esperienze di accentrimento degli approvvigionamenti la letteratura in tema di consorzi d'acquisto e centralizzazione</i>	pag.51
2.3	<i>I benefici attesi individuati negli studi</i>	pag.57
2.4	<i>Le possibili aree di criticità ed i fattori di successo</i>	pag.65

Capitolo 3 Analisi dei modelli regionali di acquisto

3.1	<i>La gestione centralizzata degli acquisti per la razionalizzazione e la riqualificazione della spesa</i>	pag.68
3.1.1	<i>Evoluzioni normative nazionali</i>	pag.73
3.1.2	<i>Il Codice degli appalti e le centrali di committenza</i>	pag.75
3.1.3	<i>Consip S.p.a.</i>	pag.78
3.2	<i>Mappatura dell'accentrimento degli acquisti nei SSR</i>	pag.80
3.3	<i>Analisi delle trasformazioni nei processi regionali di acquisto</i>	pag.98
3.4	<i>Elementi di successo delle iniziative di centralizzazione</i>	pag.107

Capitolo 4 L'indagine esplorativa: il caso So.Re.Sa.

4.1	<i>L'approccio metodologico utilizzato per la ricerca</i>	pag.113
4.2	<i>Storia, attività e mission di So.Re.Sa. S.p.a.</i>	pag.122
4.2.1	<i>So.Re.Sa in qualità di centrale Acquisti: risultati 2017 e prospettive</i>	pag.133
4.3	<i>Report delle interviste e analisi dei risultati</i>	pag.141
	Conclusioni	pag.149
	<i>Appendice Domande somministrate durante le interviste</i>	pag.153
	Bibliografia	pag.154

Introduzione

La seguente ricerca si propone di approfondire l'analisi delle trasformazioni nei processi regionali di acquisto di beni e servizi in sanità; analizzando la letteratura esistente in materia e conducendo una ricerca esplorativa, attraverso lo studio di un caso reale in cui viene attuata la centralizzazione degli acquisti. A partire dai contributi più significativi in materia, si provvederà allo sviluppo di un quadro teorico che metta in evidenza le diverse modalità di conduzione della centralizzazione secondo le dimensioni considerate dalla letteratura, i punti di forza e le criticità. Grazie all'analisi empirica, si cercherà quindi di provare ad approfondire il tema relativo alla centralizzazione degli acquisti nel settore della sanità pubblica. Si farà riferimento allo studio del caso So.Re.Sa., analizzato attraverso la conduzione di interviste a figure chiave coinvolte nel processo di acquisto. Si stanno diffondendo nel settore sanitario soluzioni gestionali innovative aventi come fine la razionalizzazione della spesa per la gestione degli acquisti di beni e servizi. Il ruolo della centralizzazione degli acquisti, conosciuta in letteratura a livello internazionale ed esaminata nel secondo capitolo, come collaborative purchasing, è ormai una propensione diffusa nelle modalità di gestione degli approvvigionamenti e nella movimentazione dei beni delle amministrazioni pubbliche e sanitarie in particolare se si considera la supply chain. Il focus su questo argomento si è modificato, passando da un approccio fondato su studi teorici ad uno sempre più orientato verso analisi empiriche basate sulle esperienze di acquisti centralizzati. Nell'ottica del contenimento della spesa, il settore della sanità pubblica rappresenta una delle aree più problematiche, data l'inevitabile tensione tra l'esigenza di garantire il diritto alla salute e il rispetto dei numerosi condizionamenti finanziari risultanti, da un lato, dalla necessità di

rispettare il patto di stabilità interno e, dall'altro, dai vincoli comunitari, peraltro non di rado disattesi. La regolamentazione di questo settore nasce con la precipua finalità di contenere la spesa sanitaria attraverso la sua razionalizzazione. L'esigenza di contenimento riguarda la spesa sanitaria intesa tanto nella sua dimensione nazionale, quanto in quella regionale. Anzi, la regione, alla luce dell'articolazione del sistema sanitario nazionale, assume un ruolo centrale nella garanzia dell'equilibrio economico nel settore della sanità pubblica. In realtà, la riforma del sistema degli acquisti mira ad aumentare la produttività delle organizzazioni pubbliche attraverso l'acquisizione di beni e servizi utili alle organizzazioni nell'erogazione dei servizi pubblici. Tuttavia, due approcci differenti e talora divergenti improntano la politica di riforma del public procurement avviata in Italia nel 2000. Il primo approccio considera l'amministrazione come erogatrice di beni e servizi e promuove la centralizzazione degli acquisti attraverso il rafforzamento dei controlli sulla spesa pubblica. Si tratta di una politica orientata all'offerta, i cui fattori determinanti sono le modalità in cui si producono i beni e servizi resi dalla PA, la qualità degli stessi ed il livello di produttività raggiunto dal settore pubblico. In tale prospettiva, la centralizzazione dei processi di acquisto ha l'obiettivo di sfruttare le economie di scala e ridurre i costi di transazione. Il sistema delle convenzioni quadro consente di ridurre il prezzo unitario dei beni e servizi acquistati per ingenti ordinativi, uniformare la qualità degli acquisti su tutto il territorio nazionale ed evitare la frammentazione e gli sprechi di risorse pubbliche nelle pratiche delle amministrazioni locali. Nello stesso tempo, attraverso le convenzioni si contengono i costi delle transazioni per le gare d'appalto e per le negoziazioni condotte tramite procedure private – tradizionalmente utilizzate per commesse di piccole dimensioni e per accelerare i processi di acquisto – e con le operazioni elettroniche si rendono più

trasparenti le decisioni di spesa. L'e-procurement consente di semplificare e standardizzare i processi di acquisto, ridurre i tempi del ciclo di approvvigionamento, diminuire gli errori materiali nei documenti cartacei ed abbattere i costi per la risoluzione delle dispute legali. A fronte dell'approccio basato sulle economie di scala, il secondo approccio che sottende la riforma in esame ruota intorno al concetto di economie di scopo. In tale prospettiva, l'e-procurement è una fonte di innovazione che consente alle organizzazioni di funzionare in modo diverso realizzando complessi servizi pubblici. La riforma "tecnologica" mira a facilitare l'adozione di complessi servizi integrati attraverso la costruzione di reti e partenariati, e a riqualificare le competenze e le capacità delle risorse umane preposte a tale compito attraverso il decentramento delle decisioni di acquisto tramite la valutazione delle prestazioni. In tal senso, l'obiettivo del cambiamento tecnologico consiste nel poter produrre e sfruttare le economie di velocità, permettendo alle amministrazioni di accelerare i tempi di acquisto e di rendere più rapido l'intero processo di produzione di beni e servizi pubblici. In questo scenario, si sono diffuse in gran parte dei Sistemi Sanitari Regionali, soluzioni di accentramento, nelle forme che vedremo in seguito, di funzioni tecnico amministrative con una significativa eterogeneità negli assetti istituzionali ed organizzativi. In particolare, il processo di acquisto è stata la funzione che per prima è stata oggetto della sperimentazione di forme di collaborazione. Tale scelta può essere ricondotta all'entità dei valori economici in gioco. Una razionalizzazione della voce di spesa sanitaria, anche se in ridotti termini percentuali, è in grado di generare un risparmio in termini assoluti molto significativi. D'altra parte, si tratta di una funzione con immediati impatti di politica industriale su diversi settori produttivi per i quali il Sistema Sanitario Nazionale rappresenta uno dei clienti principali (industria del farmaco, delle grandi tecnologie biomediche, ecc.).

È in questo orizzonte concettuale che dev'essere collocato il processo di aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi in sanità, realizzato, negli ultimi anni, grazie alla promozione del coordinamento delle amministrazioni pubbliche periferiche e alla gestione centralizzata delle procedure di stipulazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi. In effetti, la scelta di aggregare la domanda dovrebbe, da un lato, aumentare la forza contrattuale delle aziende sanitarie e, dall'altro, consentire consistenti risparmi di spesa, attraverso la ripartizione dei costi e il monitoraggio dei fabbisogni. Il settore degli approvvigionamenti sanitari, evidenziando chiaramente la tensione tra esigenze contrapposte, consente di riflettere sulle soluzioni adottate dalle diverse realtà regionali, nell'intento di effettuare le scelte economicamente più soddisfacenti, pur senza trascurare la tutela della salute dei cittadini. Pertanto, nelle pagine che seguono il tema della centralizzazione degli approvvigionamenti sarà trattato nella sua declinazione prima nazionale e poi regionale, approfondendo le diverse soluzioni approntate dagli enti territoriali. La ricostruzione in chiave modellista sarà preceduta da un breve cenno alla disciplina comunitaria e nazionale di riferimento.

Il tema dell'acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie è oggi al centro di un evidente processo di cambiamento che sta intervenendo su numerosi aspetti legati alla funzione acquisti. Tale evoluzione si inserisce in un contesto in cui, da un punto di vista finanziario, si assiste ad un ridimensionamento delle risorse pubbliche che si sostanzia in stringenti vincoli per le aziende sanitarie a fronte, invece, di fabbisogni in crescita dovuti all'aumento di patologie croniche o all'invecchiamento della popolazione. Tali condizioni favoriscono la ricerca ed attuazione di soluzioni innovative. Gli elementi di innovazione riguardano sia l'aspetto normativo degli

appalti pubblici che l'aspetto istituzionale e gestionale adottato dalle aziende sanitarie, alla ricerca di soluzioni in grado di razionalizzare e contenere la dinamica crescente di spesa. In un tale scenario nazionale, si sono diffuse soluzioni di accentramento della funzione acquisti come evidenziato in precedenza, con diverse innovazioni che hanno caratterizzato la filiera dei processi di acquisto, che vanno dalle procedure di scelta dei fornitori all'introduzione di nuovi strumenti giuridici come ad esempio il dialogo competitivo. Dallo studio emerge che la centralizzazione è un fenomeno convalidato ma che richiede un miglioramento nei vari modelli di applicazione, in relazione alle differenti soluzioni regionali. Inoltre gli obiettivi della centralizzazione non dovrebbero essere soltanto quelli della riduzione del costo per input ma dell'ottimizzazione del rapporto costo-efficacia, considerando l'intera catena dell'offerta (ricerca, sperimentazione, produzione, distribuzione, logistica, etc) e le ripercussioni della decisione di acquisto (governo clinico, compliance del paziente, etc). Un modello di centralizzazione impostato correttamente deve generare benefici economici, procedurali, organizzativi, ma deve garantire equità nell'accesso all'innovazione e alla qualità nei servizi. Un corretto modello di accentramento favorisce investimenti in R&S e maggiore competitività tra le aziende di produzione, generando innovazione nei prodotti e nella tecnologia. Nella analisi delle varie esperienze regionali vediamo che non esiste un modello ottimale in assoluto ma esistono le soluzioni differenti perché differenti sono le variabili di contesto e gli attori principali.

I processi di acquisto costituiscono la prima fase della "catena del valore", infatti l'acquisizione di farmaci, reagenti, dispositivi medici ed altri beni e servizi rappresentano una condizione necessaria, anche se non sufficiente affinché si possano svolgere processi diagnostici, terapeuti che siano efficaci, ovvero adeguati a

soddisfare le esigenze di salute ed efficienti cioè idonei a garantire la massima efficacia a parità di risorse. I processi di acquisto che rispondono al criterio dell'offerta economica più conveniente, miglior rapporto tra prezzo, qualità, termini di consegna, assistenza e le altre condizioni di scambio, consentono un rapporto più elevato tra i benefici (in termini di salute) ed i costi. Pertanto, l'obiettivo del seguente studio, consiste nell'individuare, attraverso lo studio comparato della letteratura esistente ed una analisi esplorativa, impostata ad hoc, le caratteristiche più rilevanti in grado di influenzare il successo di un tale modello. L'analisi empirica sarà basata sulla metodologia qualitativa del case study, strumento che proprio per la natura qualitativa del fenomeno studiato, e per il tipo di ricerca, è ritenuto il più idoneo. Sarà preso in esame il caso So.Re.Sa, che rappresenta nel panorama italiano l'esempio più significativo, in quanto modello "forte" di centralizzazione, le domande di ricerca saranno indagate attraverso varie interviste, sia a ruoli manageriali che a componenti del Consiglio di Amministrazione. La seguente trattazione sarà divisa in due parti. La prima, di stampo teorico, analizzerà la letteratura esistente ed il processo di acquisto nelle sue diverse fasi e nella sua evoluzione temporale e sostanziale; la seconda si focalizzerà invece sull'analisi esplorativa, che si propone di dare risposta alle domande di ricerca su esposte. Ogni parte verrà suddivisa in capitoli, per un totale di quattro. Il primo capitolo sarà incentrato sulla analisi delle caratteristiche del processo di acquisto nel settore pubblico e privato, evidenziandone le analogie e le differenze. Il secondo analizzerà le prospettive teoriche quali la Teoria dei Costi di Transazione, la Teoria dell'Agenzia che sono connesse alle pratiche adottate nei processi aziendali e la letteratura in tema, prima di consorzi d'acquisto e poi di centralizzazione, le

possibili aree di criticità ed i fattori di successo. Il terzo capitolo riguarderà l'analisi dei modelli regionali d'acquisto con l'individuazione delle dimensioni messe in evidenza dalla letteratura esaminata, che saranno poi indagate attraverso l'analisi qualitativa svolta. Il quarto ed ultimo capitolo riguarderà il case study analizzato, con la descrizione della metodologia utilizzata e della raccolta dei dati e conterrà i risultati della ricerca intrapresa.

CAPITOLO 1 GLI ACQUISTI NEL SETTORE PUBBLICO

1.1 Introduzione

Da qualche anno gli acquisti della pubblica amministrazione sono diventati un focus per le autorità politiche locali, nazionali e sovranazionali. Le motivazioni che hanno spinto verso questo maggiore interesse sono principalmente due. La prima, è che l'ammontare dei costi per gli acquisti pubblici rappresentano la voce più corposa per quanto riguarda le spese governative¹. Per l'appunto, Brammer e Walker hanno messo in risalto come nei paesi cosiddetti sviluppati, gli acquisti pubblici rappresentino il 45% della spesa pubblica e abbiano un'incidenza sul PIL che varia dall'8% al 25%². La seconda, strettamente legata alla prima, rientra nella più ampia tematica di spending review. In un periodo di forte crisi finanziaria, alle autorità nazionali viene sempre più richiesto di fare ordine nei bilanci di Stato, ponendo quindi grande enfasi sulla ricerca di efficienza. Schapper et al. (2006)³ sostengono che per ottenere questo obiettivo, burocrati e politici si sono resi conto di come sia necessario passare da un processo di acquisto 'tradizionale' ad uno 'manageriale', molto più simile a quello che è il modello privato. Questo porta a dei cambiamenti rilevanti nei processi di approvvigionamento. Pertanto si assiste ad una trasformazione degli acquisti nel settore pubblico. Storicamente, sia in ambito pubblico che privato, si è sempre data grande rilevanza ad una dimensione organizzativa di livello macro, ovvero il modello utilizzato per gli approvvigionamenti. Gli autori sopra citati ne hanno mostrato i limiti ma soprattutto i

1 Schapper, P.R., et al. (2006). An analytical framework for the management and reform of public procurement.

2 Brammer, Stephen, e Walker, Helen. (2007). Sustainable procurement practice in the public sector: An international comparative study. University of Bath School of Management: pp. 1-39.

3 Cit. n. 1.

benefici, riconducibili principalmente a miglioramenti dell'efficienza interna, tema che è di grande interesse quando si parla di spesa pubblica. Secondariamente viene l'organizzazione del processo d'acquisto, che in ambito privato si articola in tre differenti sottoprocessi, ovvero Strategic Purchasing, Sourcing e Supply⁴, in ambito pubblico questa classificazione non è invece così esplicita. Numerosi sono i lavori che si occupano del processo d'acquisto nel pubblico, ma nessuno è riuscito a dare una visione olistica⁵ che comprendesse sia gli aspetti strategici che quelli operativi. Quello che è evidente, è che il processo di acquisto si articola con delle differenze rispetto a quello privato, generate dal contesto legale e normativo in cui le amministrazioni si trovano ad operare⁶. L'organizzazione dei processi di acquisto, infatti, è in buona parte determinata da molteplici contingenze. Le contingenze possono distinguersi in fattori esterni e fattori interni all'organizzazione⁷. Tra i fattori interni ritroviamo la strategia (obiettivi, vantaggi competitivi, integrazione verticale, ecc.) mentre tra quelli esterni ci sono l'ambiente e il fattore tecnologico. Anche in ambito pubblico diversi autori⁸ hanno suggerito che queste contingenze avessero un impatto sulla configurazione organizzativa che la funzione acquisti di una pubblica amministrazione tende ad assumere, tenendo però il focus sui fattori esterni all'organizzazione e basando le loro indagini su dei modelli poco generalizzabili: manca dunque una testimonianza strutturata sulla relazione contingenze –

4 Spina, Gianluca. (2012). La gestione dell'impresa. Organizzazione, processi decisionali, marketing, acquisti e supply chain. Rizzoli ETAS.

5 Moe, C. E., Newman, Mike. (2014). The Public Procurement of IS - A Process View. 47th Hawaii International Conference on System Science: pp. 1.14.

6 McKevit, D. M. et al. (2014). Public buying decisions: a framework for buyers and small firms. International Journal of Public Sector Management, Vol. 27, Iss 1: pp. 94 – 106.

7 Cit. n. 6.

8 Patrucco, A. S., et al. (2015). "Local Government Procurement: aligning procurement organization with desired performance" Journal of Purchasing and Supply Management.

organizzazione del processo. Nella letteratura riguardante gli acquisti pubblici, viene data particolare enfasi ad una delle contingenze sopra citate, ovvero gli obiettivi che le strategie d'acquisto pubblico cercano di perseguire, come si analizzerà meglio nel secondo capitolo. Le pubbliche amministrazioni si trovano ad operare in un contesto molto più complesso e normato delle imprese private⁹, e pertanto non devono perseguire esclusivamente obiettivi commerciali, genericamente riassunti sotto i cappelli di efficacia ed efficienza, ma anche obiettivi socio-economici e regolatori (politiche per lo sviluppo e la crescita economica, politiche in favore delle comunità locali, rispetto di principi come la piena e aperta competizione, la non discriminazione, ecc.), ovvero devono operare nel rispetto di codici pubblici che normano a livello nazionale e sovranazionale gli acquisti governativi. Il raggiungimento di tali obiettivi ha poi la sua conferma o smentita nel raggiungimento di determinate performance¹⁰.

1.2 Le caratteristiche del processo di acquisto nel settore privato

Con l'aumentare del livello di concorrenza del mercato internazionale e la globalizzazione, che ha giocato un ruolo determinante nel modo di fare impresa, costituendo un pericolo soprattutto per i piccoli produttori che si sono trovati incagliati in mercati in cui i prezzi di vendita non permettevano loro di sostenere i costi di gestione, le aziende hanno dovuto reinventare la loro attività per renderla competitiva, e ridisegnare le politiche di gestione in essere. Una politica comune a tutti i settori economici è stata la razionalizzazione del costo del venduto. Si può dire che la maggioranza delle aziende, prima di attuare qualsiasi altro programma, ha

⁹ Thai, K. V. (2008). International handbook of public procurement. CRC Press.

¹⁰ Luzzini, Davide, et al. (2012). Organizing IT purchases: Evidence from a global study. Journal of Purchasing & Supply Management, 20: pp. 143-155.

rimodulato la struttura dei costi, tendenzialmente eliminando i costi fissi che si consideravano superflui o comunque non strettamente necessari all'attività, e rinegoziando i costi variabili. L'obiettivo comune doveva essere l'eliminazione degli sprechi e delle inefficienze che portavano ad una perdita di valore. A partire dagli anni Novanta, la letteratura ha cominciato a dedicarsi alla gestione strategica degli approvvigionamenti. Baglieri (2004)¹¹ osservò che lo studio del supply management non era ancora stato sentito come argomento di rilevante e strategica importanza. Il processo d'acquisto era sempre stato trattato come una fase abitudinaria e prettamente amministrativa, accessoria alle altre fasi di produzione, e ad esso non era mai stato dato un qualsivoglia valore strategico. Si cominciò a capire l'importanza dell'argomento quando, a partire dagli anni Ottanta, le aziende statunitensi, per rispondere alle esigenze del mercato, necessitavano di maggior flessibilità nel processo di produzione, a cui doveva rispondere un metodo di approvvigionamento just in time. I compiti dell'ufficio acquisti dovevano perciò intensificarsi per rispondere alle esigenze di produzione. Una tipologia di fornitura così flessibile richiedeva l'organizzazione e l'elaborazione di strategie basate su stretti rapporti con i fornitori, basate sullo scambio di know-how tra fornitore e cliente. Questi rapporti erano gestiti dal buyer. Tutte queste esigenze facevano sì che anche la gestione degli approvvigionamenti fosse gestita con un'ottica strategica e ad essa venisse dato un ruolo più che prettamente accessorio. Uno dei primi studi che affronta il problema degli approvvigionamenti (Humphrey et al., 1998)¹², afferma che una strategia, perché abbia effetti positivi, deve far raggiungere degli obiettivi fondamentali che sono la riduzione dei costi, il continuo miglioramento della qualità e l'incremento

11 Baglieri, E., et al.(2004) .Organizzare e gestire progetti.

12 Humphreys, P., Mclvor, K.L.M, Mclvor, R. (1998). Procurement. Logistic Information Management. Vol. 11. n. 1. pp. 28-37.

dell'utilizzo delle tecnologie innovative che il mercato offre¹³. Un problema che accomuna molte realtà, è la ritrosia a pensare alla funzione acquisti in modo strategico. Richiamando Kraljic (1983), si può affermare che pensare strategicamente ai processi di approvvigionamento significa organizzare le procedure e creare dei modelli che portino valore nel breve periodo ma anche nell'orizzonte del medio-lungo periodo¹⁴. La mancanza di organizzazione e di sistematicità della funzione acquisti comporta una perdita di efficienza soprattutto nel medio-lungo periodo. Di seguito si riportano gli elementi fondamentali per definire una strategia nella gestione degli approvvigionamenti.

1.2.1 Le azioni strategiche nella gestione degli approvvigionamenti

In linea con molti altri studiosi, Turner(2011) riassume in sette punti quelli che sono i drivers del vantaggio competitivo che il supply management può e deve far raggiungere all'impresa¹⁵. I primi drivers sono il costo e il valore. Un appunto deve essere subito fatto poiché il costo è stato, ed è tuttora, fonte di maggiore attenzione da parte di qualsiasi operatore economico. Non si vuole togliere importanza a questo aspetto ma certo si deve sottolineare che questo elemento non deve essere il solo punto focale di un'analisi che precede un acquisto. Un buon acquisto è tale se tiene conto di una molteplicità di fattori. L'errore, che spesso viene fatto dall'acquirente, è orientare il criterio dell'acquisto verso il prezzo più basso. In questo modo, non vengono considerati una combinazione di elementi che incidono sulla vita del bene, come la disponibilità dell'articolo, il tempo di esecuzione, l'affidabilità dei materiali impiegati, l'etica del fornitore e l'attenzione agli standard di qualità. Tutti questi

13 Cit. n.12.

14 Kraljic, P. (1983). Purchasing must become supply management. Harvard Business Review. n. 61.

15 Turner, R. W. (2011). Supply Management and Procurement. U.S.A.: J Ross Publishing Inc.

sono elementi che comportano un risparmio nella gestione futura degli acquisti. Continuando l'analisi, altro driver è la qualità. Ricevere un prodotto di qualità significa avere un prodotto integro e in linea con le richieste avanzate da chi acquista. La fase di negoziazione e contrattazione del bene, se condotta in modo adeguato, fa sì che a priori si definiscano gli standard qualitativi richiesti e quindi si definiscano eventuali penalità a carico del fornitore se la fornitura non rispetta gli standard riportati nel contratto o nell'ordine di acquisto. Clausole contrattuali, utilizzate peraltro maggiormente dalla pubblica amministrazione rispetto al settore privato, possono prevedere, ad esempio, a fronte di articoli difettosi o non rispondenti a standard richiesti, risarcimenti in denaro o sostituzioni di articoli con pagamento di penali se sono stati provocati possibili ritardi nella catena di produzione del compratore. Questi accorgimenti tutelano l'acquirente, che sa cosa aspettarsi nel caso in cui la fornitura non vada a buon fine. Altro elemento è il tempo. Qualunque dispendio di tempo è un costo. Un fornitore può essere rapido nei tempi di consegna del bene, ma se in fase di contrattazione tende a non farsi trovare, ad inviare chiarimenti o qualche informazione sempre in modo tardivo, il tempo intercorso genera altri costi evitabili. Altri due drivers sono l'affidabilità e l'efficienza. Se l'azienda acquista un prodotto affidabile, le casistiche di reclami, difetti e non conformità diminuiranno, e con esse anche i costi. Per quel che riguarda l'efficienza, è opportuno, sostiene Turner, che ogni fase riguardante la gestione degli approvvigionamenti miri alla sua ottimizzazione. L'efficienza deve essere massimizzata sia nell'organizzazione del personale, distribuendo i compiti in relazione alle capacità e alle attitudini delle figure professionali, sia nella scelta delle materie prime o semilavorati, valutandone il prezzo e la qualità. Ultimo elemento annoverato nella lista di Turner è la tecnologia, la quale permette di lavorare in modo

più rapido con un maggior numero di informazioni e riducendo i costi di gestione. Tenendo conto dei drivers descritti sopra, a questo punto un supply manager può sviluppare un buon modello strategico da utilizzare nell'ufficio acquisti. Il modello dà indicazioni progressive su ciò che c'è da fare, indirizza tutti gli attori coinvolti, i quali sanno cosa aspettarsi e come gestire ciò che accade. Nella letteratura ci sono moltissimi spunti per costruire modelli adattabili alle esigenze delle aziende. Questo elaborato non vuole soffermarsi a descrivere le molteplici tipologie perché l'argomento è vastissimo ed esula dall'obiettivo primario che è l'analisi delle esperienze della gestione degli approvvigionamenti in sanità in Italia, nei vari sistemi regionali ed in particolar modo in Campania. Tuttavia per capire le peculiarità del settore pubblico si è ritenuto utile analizzare come le imprese private si muovono all'interno di problematiche comuni ad entrambi i settori per confrontare i diversi approcci assunti. Il processo di acquisto secondo Spina (2012)¹⁶ consta di tre macrofasi, complessivamente il processo di acquisto si compone di attività più strategiche, lo Strategic Purchasing e altre attività di natura più tattico-operativa, che caratterizzano i processi di Sourcing e Supply. Cerchiamo ora di andare più nello specifico di ciascuna fase, evidenziando che cosa riceve come input e quale sia il suo output, nonché le attività caratteristiche che la contraddistinguono.

1.2.2 Strategic Purchasing

Il processo di Strategic Purchasing costituisce l'unione tra la strategia aziendale e quella della funzione acquisti¹⁷. Questa catena di attività riceve come input l'esito della decisione strategica di make-or-buy, e naturalmente si attiva solo per quelle

¹⁶ Spina, G. (2012). *La gestione dell'impresa*. Etas.

¹⁷ Rice, J. B. Jr. et al. (2009). *Leading B2B in the US Public Sector*. Politecnico di Milano School of Management: pp. 1-163.

categorie merceologiche per cui è stato deciso di ricorrere all'acquisto. In generale, l'output di questo sotto-processo è la strategia di approvvigionamento, per ogni tipologia di bene o servizio acquistato all'esterno. Solitamente, lo Strategic Purchasing si articola in quattro attività: Network Configuration; Reverse Marketing; Suppliers Management; Strategical Evaluation. L'attività di Network Configuration definisce la rete delle relazioni, vengono definiti numero e tipologia di fornitori, oltre che la durata della relazione e la sua natura per ogni categoria di acquisto. In altre parole, si progetta la strategia di sourcing desiderata, per categoria. In generale, in letteratura vengono riconosciuti quattro tipologie di strategie di sourcing, che riportiamo brevemente¹⁸:

1) Multiple Sourcing: per una data categoria merceologica si decide di ricorrere continuamente al mercato competitivo. Il cliente quindi, al termine del contratto in essere, sceglie il nuovo fornitore all'interno di una supply base molto ampia. Le transazioni sono spot e i contratti hanno una durata breve, solitamente non superiore all'anno. È un approccio adeguato per i così detti beni non critici.

2) Single Sourcing: diametralmente opposta alla precedente. Il cliente decide (oppure è costretto) che per una data categoria merceologica verrà attivato un solo fornitore con cui instaurare una relazione di lungo termine. I contratti hanno solitamente una durata più estesa e le transazioni sono ricorrenti, ed è un approccio adeguato per beni ad elevata difficoltà di mercato, gli strategici e i colli di bottiglia.

3) Dual Sourcing: che cerca, in un'ottica di supply chain risk management, di unire vantaggi e svantaggi dei due modelli precedentemente esposti. Il fornitore di riferimento con cui si stipula il contratto è unico, ma al contempo ne viene attivato

¹⁸ Zeng, A. M. (2000). A synthetic study of sourcing strategies. *Industrial Management & Data Systems*, 100/5: pp. 219-226.

un secondo, con lo scopo di funzionare come back-up nel caso ci siano dei problemi con il primo. È un approccio adeguato per prodotti strategici o leva.

4) Parallel Sourcing: che rappresenta una strategia ibrida. L'idea è quella di instaurare relazioni di single sourcing relativamente ad una famiglia produttiva.

Per ciò che concerne il Reverse Marketing, l'attività di marketing di acquisto ha come intento quello di capovolgere le logiche del marketing per meglio comprendere il mercato di fornitura con cui l'impresa si dovrà confrontare. L'analisi del mercato a monte è sicuramente una delle task più importanti del reverse marketing, poiché consente di identificare opportunità e minacce che questo offre. Una volta studiati i fornitori, molte imprese guardano ai propri competitor, per carpire come questi si comportino con il mercato in questione. Questo consente di evitare errori strategici che altri hanno precedentemente commesso, ma permette anche di prendere spunto da alcune best practices, nel caso ci siano. È poi buona prassi che le aziende non si fermano ad una semplice analisi a tavolino. Infatti, con i fornitori potenziali ritenuti più interessanti è bene approfondire la conoscenza, richiedendo la possibilità di svolgere visite in loco. In tal maniera è possibile farsi un'idea migliore di quelli che sono gli aspetti più nascosti di un'organizzazione (capacità manageriali, qualità dei macchinari, condizioni lavorative, cultura aziendale, competenze, etc.) e qualificare adeguatamente il fornitore. Infine, fare scouting consente di essere costantemente aggiornati sulle innovazioni tecnologiche che il mercato di fornitura offre. Da un lato quindi, c'è l'opportunità di poterne trarre vantaggio se si è i primi a cogliere l'innovazione, dall'altro l'idea di non essere spiazzati dai propri competitor nel caso i primi siano loro. La gestione delle relazioni coi fornitori è uno degli aspetti essenziali del processo di acquisto. La prima decisione da prendere è come impostare la

relazione, se in maniera competitiva o secondo una logica collaborativa. Questa decisione può confermare o meno quanto si è progettato in fase di Network Configuration. Coi fornitori ritenuti più strategici, le imprese possono pensare di creare delle vere e proprie partnership, ma naturalmente è essenziale che alla base ci siano volontà di collaborare e reciproca fiducia tra le parti. Quando si guarda al proprio portafoglio fornitori, è bene poi vedere se questo debba essere razionalizzato. Oggi prendono sempre più piede politiche di centralizzazione degli acquisti, che portano a decisioni di accorpamento dei volumi su un numero minore di fornitori. Questo viene fatto con l'intento di ottenere maggiori sconti quantità, ma anche minori costi di transazione e un miglioramento della relazione stessa. Questo viene fatto con quei fornitori che sembrano più promettenti, sia in termini di capacità che di qualità della relazione in sé. La fase finale del processo di Strategic Sourcing è la valutazione strategica dei fornitori. Proprio perché strategica, l'idea di questa valutazione è di dare un responso complessivo ed esaustivo sull'operato del fornitore a valle di un arco temporale semestrale e annuale. Pertanto, l'assessment non tiene in considerazione soltanto l'andamento generale delle performance in un'ottica di total cost of ownership, ma guarda anche ad altri aspetti come, ad esempio, la stabilità finanziaria, le capacità manageriali, la sostenibilità ambientale e sociale. Inoltre, mira a valutare la bontà della relazione instaurata, guardando a fattori come la fiducia reciproca, il grado di collaborazione e il commitment del fornitore¹⁹.

1.2.3 Sourcing

Il processo di Sourcing ha come input la manifestazione di un bisogno da parte del cliente. Tecnicamente, questo avviene mediante la presentazione di una richiesta di

¹⁹ Olsen, R. F., e Ellram, L. M. (1997). A Portfolio Approach to Supplier Relationships. *Industrial Marketing Management* 26: pp. 101-113.

acquisto. Per esempio, la produzione potrebbe rivolgersi per l'acquisto di materiali necessari per la manutenzione delle macchine, oppure la logistica potrebbe richiedere un altro operatore per la distribuzione locale. L'obiettivo di questa macro-fase è quello di ricercare e selezionare il fornitore più adatto a soddisfare questo bisogno. L'output finale sarà quindi il contratto siglato dalle due parti²⁰. Generalmente, il processo di Sourcing è composto dalle seguenti attività: 1) Specifications Definition, 2) Reverse Marketing, 3) Request for Quotation, 4) Negotiation and Selection.

1) Nel momento in cui il cliente interno ha manifestato il bisogno e si è optato per approvvigionarlo dall'esterno, la funzione acquisti formalizza questa necessità in specifiche, tecniche o funzionali, di modo da potersi interfacciare correttamente con il mercato di fornitura. Le tipiche specifiche sono le prestazioni dell'oggetto di acquisto, le quantità, i termini di consegna, ecc. Chiaramente, è bene che tale attività avvenga in maniera coordinata con altre funzioni aziendali: l'unità organizzativa cliente deve dare il suo contributo affinché gli acquirenti comprendano al meglio l'esigenza, ma potrebbe essere importante coinvolgere altre funzioni il cui parere potrebbe essere cruciale per anticipare vincoli economici ed operativi²¹.

All'aumentare della complessità e del grado di innovatività del prodotto da approvvigionare, è bene che gli acquisti organizzino dei veri e propri team interfunzionali per stabilire in maniera efficace le specifiche da presentare ai potenziali fornitori²².

20 Cit n.13.

21 Luzzini, Davide, et al. (2012). Organizing IT purchases: Evidence from a global study. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 20: pp. 143-155.

22 Gelderman, C. J. Et al. (2014). Dynamics of service definitions — An explorative case study of the purchasing process of professional ICT-services" *Journal of Purchasing & Supply Management*: pp. 1-8.

2) Lungo il sotto-processo di Sourcing, la fase di Reverse Marketing viene effettuata solo se si verifica almeno una delle seguenti condizioni:

a) Nessuno dei fornitori qualificati è in grado di realizzare il prodotto richiesto dal cliente interno.

b) L'azienda non svolge l'attività di reverse marketing a livello di Strategic Sourcing, ovvero in maniera costante²³.

3) Definite le specifiche ed individuati i candidati, l'azienda sollecita formalmente i fornitori a sottomettere una proposta o un'offerta, in cui illustrano sinteticamente come intendono soddisfare il fabbisogno²⁴.

4) Nell'ultima fase l'impresa cliente solitamente avvia un processo di negoziazione in cui cerca di ottenere condizioni economiche e operative ancor più vantaggiose. La tattica che viene spesso usata è quella di mettere in competizione i fornitori tra loro (Kristensen e Garling, 1997)²⁵: tali soggetti, al fine di ottenere il contratto, possono infatti essere disposti a concedere condizioni contrattuali ancora migliori. Naturalmente, non è sempre possibile negoziare, soprattutto nei casi in cui il potere contrattuale sia notevolmente sbilanciato a favore di chi vende.

In letteratura sono identificati due approcci alla negoziazione²⁶ (Thomas et al., 2013):

23 Melander, L. (2014). *Supplier involvement in new product development under technological uncertainty* (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press).

24 Calvert, Philip, e Read, Marion. (2006). RFPs: a necessary evil or indispensable tool?. The Electronic Library Vol. 24 No. 5: pp. 649-661.

25 Kristensen, Henrik, and Tommy Gärling.(1997). Determinants of buyers' aspiration and reservation price. *Journal of Economic Psychology*.

26 Thomas, S. P. et al. (2013). An experimental test of negotiation strategy effects on knowledge sharing intentions in buyer-supplier relationships *Journal of Supply Chain Management*, Volume 49, Numero 2: pp. 96-113.

- 1) Competitivo: si cerca di prevalere sulla controparte, percepita come un avversario. Si sfruttano allora tutti i punti a proprio favore per ottenere il massimo
- 2) Collaborativo: al contrario, si tengono in considerazione anche gli interessi della controparte. Si cerca di trovare delle condizioni che siano vantaggiose per entrambi, massimizzando quindi il beneficio totale.

Concluso il negoziato, il cliente seleziona il fornitore a cui assegnare il contratto. La selezione avviene valutando una serie di criteri che considerano aspetti tecnico-operativi, economici e relazionali beneficio personale.

1.2.4 Supply

Il sotto-processo di Supply conclude il modello. L'input di questa macro-fase è l'ordine emesso dal cliente, e da qui partono tutte le attività necessarie per renderlo disponibile presso il cliente stesso. Dei tre è sicuramente quello più operativo ed a minor valore aggiunto. Ovviamente, l'output finale è il bene o servizio a disposizione dell'utilizzatore. Il sotto-processo di Supply ha la stessa frequenza del processo di Sourcing se il contratto alla base dell'accordo è chiuso, mentre nel caso in cui cliente e fornitore stipulino contratti aperti (anche detti accordi quadro), il Sourcing rimane valido per orizzonti temporali medio-lunghi, mentre il Supply si itera ogni qual volta sia necessario riapprovvigionarsi del bene o servizio.

1.3 La gestione degli approvvigionamenti pubblici

Abbiamo visto nel precedente paragrafo che un'azienda per sopravvivere nel mercato deve essere in grado di creare un vantaggio competitivo per accaparrarsi una considerevole quota di mercato. Lo Stato e gli enti pubblici, hanno delle priorità e peculiarità differenti da una realtà di tipo privato. Un'amministrazione pubblica deve essere in grado di garantire indistintamente a tutti i cittadini i beni e i servizi in egual misura e senza discriminazione, mettendosi nella condizione di rendere più efficiente il reperimento di risorse ovvero comprare il miglior bene e il miglior servizio al minore costo e alle migliori condizioni di qualità ed efficienza. Un manager di una pubblica amministrazione deve porsi come obiettivo quello di creare valore pubblico così come un manager di una società privata desidera massimizzare il valore della società per soddisfare le volontà degli azionisti (Coats and Passmore, 2008)²⁷. Il responsabile degli acquisti di un ente pubblico deve tenere in considerazione la particolarità dell'ambiente in cui opera e deve attenersi scrupolosamente alle normative in materia. Come verrà esaminato nel secondo capitolo del presente studio, dove si parlerà ampiamente dell'evoluzione gestionale e normativa degli approvvigionamenti in sanità, dove tutte le procedure di approvvigionamento sono disciplinate dal recente codice dei contratti pubblici che riassume i dettati delle direttive emanate dalla Commissione Europea, un responsabile acquisti deve operare secondo i dettati del codice e delle leggi regionali di riferimento per ciò che concerne il SSR, rispettandone i principi e le procedure, è necessario che conosca i procedimenti di acquisto e soprattutto l'iter dell'autorizzazione della spesa. Le innovazioni introdotte negli acquisti pubblici sono moltissime ma ciò che fa la

²⁷ Coats, D., Passmore, E. (2008). Public Value: The Next Steps in Public Service Reform. London: The Work Foundation.

differenza è sicuramente la capacità e le caratteristiche dell'ufficio preposto agli acquisti. A proposito della competenza dei manager pubblici italiani e dei responsabili degli uffici acquisti, si vuole fare un richiamo ad una problematica da sempre sentita all'interno della pubblica amministrazione: la burocratizzazione dello Stato. L'amministrazione pubblica italiana è stata strutturata, fin dagli anni Ottanta, sui principi del modello burocratico (Baldassarre, 2013)²⁸. Il modello burocratico prevede, a livello della gestione del personale, la suddivisione dei poteri e dei compiti in modo tale che ciascuno sia impiegato in modo continuativo e ripetitivo nell'espletamento, nel tempo, dei medesimi compiti. Gli avanzamenti di carriera all'interno di tale modello organizzativo vengono riconosciuti sulla base degli anni di anzianità anziché sulla base di parametri orientati alla qualità e alla professionalità del lavoro. Questo modello ha portato ad avere personale deresponsabilizzato e demotivato e perciò poco propenso a portare nelle amministrazioni elementi di novità ed efficienza. Una svolta positiva c'è stata con il passaggio dall'adozione del modello burocratico all'introduzione del new public management ovvero la managerizzazione della pubblica amministrazione. Si è assistito ad un rinnovamento strutturale che ha interessato per forza di cose anche il settore degli acquisti. In termini di professionalizzazione dei dipendenti pubblici, questo nuovo modello ha riconsegnato ai funzionari pubblici la responsabilità dei loro settori con il compito di gestire localmente e non più centralmente il budget. In questo modo il manager deve avere competenze che non si fermano prettamente all'esecuzione di norme, ma deve possedere le capacità di un imprenditore e quindi saper analizzare e identificare dei processi che portino a risultati immediati ed efficienti. Si dimostra l'assunto di partenza, ovvero l'importanza che assume la figura del responsabile acquisti e la sua

²⁸ Baldassarre, Fabrizio, and Annamaria S. Labroca(2013). Public Procurement. Gli acquisti pubblici fra vincoli giuridici e opportunità gestionali. Vol. 89. FrancoAngeli.

capacità nel cogliere i cambiamenti e agire strategicamente nel settore degli approvvigionamenti. Viene richiamata all'attenzione questa problematica perché il settore degli approvvigionamenti sta evolvendo verso nuove tecnologie e modalità di esecuzione. Per quel che riguarda gli obiettivi che devono essere perseguiti dagli acquisti pubblici, molti studiosi hanno formulato diverse elencazioni²⁹; gli obiettivi da perseguire sono: l'efficienza nell'acquisizione di beni e servizi, la tutela degli approvvigionamenti dalla corruzione e dai conflitti di interesse delle parti in gioco, l'accountability, pari opportunità e trattamento dei fornitori, attuazione di politiche orizzontali destinate a piani industriali, sociali e ambientali, apertura del mercato al commercio internazionale, efficienza del processo di approvvigionamento. Questi punti sono in sintonia con le linee guida delle direttive europee che hanno riorganizzato la materia dei contratti pubblici. Gli acquisti pubblici devono infatti mirare ai principi del mercato unico che sono la trasparenza delle procedure d'appalto e l'uguaglianza di tutti gli operatori economici. In altre parole, affinché il mercato diventi davvero efficiente è necessario che tutti gli operatori possano parteciparvi in modo trasparente permettendo una sana concorrenza, solo in questo modo è garantito il buon uso del denaro pubblico da una parte e dall'altra ogni amministrazione avrà un prodotto di buona qualità al minor costo, avendo pertanto una diminuzione della relativa spesa.

1.3.1 Obiettivi: una prima analisi generale

Quando acquistano, le pubbliche amministrazioni si trovano ad operare in un contesto ben diverso rispetto a quello privato. Nello specifico, queste differenze sono

²⁹ Cit n.28.

generate dai diversi obiettivi che gli enti governativi cercano di perseguire³⁰. Generalmente, le imprese perseguono obiettivi strategici che hanno come finalità ultima la massimizzazione del profitto che può avvenire attraverso il perseguimento dell'efficacia, ovvero la massimizzazione della capacità di raggiungere i target che l'impresa si è prefissata (Nudurupati et al., 2015)³¹, oppure attraverso il perseguimento dell'efficienza, che in altre parole significa utilizzare in maniera ottimale le risorse di cui l'impresa stessa dispone, per ottenere gli obiettivi prefissati (De Felice et al., 2015)³².

Anche le pubbliche amministrazioni cercano di acquistare secondo logiche di efficienza che (Essig et al., 2015)³³, negli ultimi tempi, sono diventate il focus primario di alcune realtà nazionali. Al contempo, queste organizzazioni si adoperano per il raggiungimento di determinati obiettivi che però, ad eccezione del value for money e dell'efficienza, non hanno una natura strettamente commerciale ed economica (Snider e Walkner, 2011)³⁴.

Cerchiamo ora di esplicitare meglio il contenuto di tali obiettivi, per poi vedere l'impatto che essi hanno lungo tutto il processo:

30 Bozeman, B., & Bretschneider, S. (1994). The "publicness puzzle" in organization theory: A test of alternative explanations of differences between public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 2, No. 4: pp. 197-224.

31 Nudurupati, S. S. et al. (2015). Document Strategic sourcing with multi-stakeholders through value co-creation: An evidence from global health care company. *International Journal of Production Economics*, 166: PP. 248-257.

32 De Felice, Fabio, et al. (2015). Offshoring: Relocation of production processes towards low-cost countries through the project management & process reengineering performance model. *Business Process Management Journal*, Vol. 2, No. 21: pp. 379-402.

33 Essig, Michael, e Batran, Alexander. (2005). Public-private partnership—Development of long-term relationships in public procurement in Germany. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 11: pp. 221-231.

34 Snider, K. F., e Walkner, M. F. (2001). Best practices and protests: toward effective use of past performance as a criterion in source selections. *Journal of Public Procurement*, Vol. 1, issue 1: pp. 96-122.

1) Efficacia

Lato acquisti, la misura dell'efficacia si accompagna solitamente al concetto di Value for Money. In termini generali, Value for Money (VFM) significa utilizzare in maniera congiunta diversi criteri per valutare l'alternativa di acquisto più conveniente per la pubblica amministrazione, lungo tutte le fasi del processo di acquisto. Pertanto, per perseguire il miglior Value for Money possibile non basta stabilire i criteri più opportuni da abbinare al prezzo di un'offerta, ma è necessario decidere tutti quegli elementi che ex-ante ed ex-post sono cruciali per ottenere il miglior risultato possibile: le strategie di acquisto, le opportunità che il mercato offre, la procedura di selezione più adeguata, clausole e incentivi opportuni per assicurarsi un livello di performance soddisfacente da parte del fornitore.

Negli ultimi anni, dunque, in molte realtà amministrative si è assistito a un notevole cambiamento in merito a come misurare il successo e l'efficacia del processo di acquisto. Si è infatti passati da una visione in cui il prezzo era considerato l'unica variabile rilevante, ad una in cui vengono congiuntamente valutati fattori monetari e non, in un'ottica di Total Cost of Ownership.

Se da un lato il passaggio da un problema unidimensionale ad uno multidimensionale ha portato un metodo più preciso ed adeguato per misurare la bontà delle offerte e dei beni proposti dai fornitori, dall'altro questo ha sicuramente aggiunto elementi di complessità. Nello specifico, questa si concretizza nella difficoltà di stabilire in maniera adeguata il peso relativo degli elementi che compongono un'offerta. In fase di selezione, quindi, questo si traduce nella costruzione di una formula matematica in cui ogni singolo fattore viene pesato e valutato in una scala opportunamente predefinita dall'acquirente, così da poter associare ad ogni offerta uno score.

2) Efficienza

Con l'avvento della pesante crisi finanziaria del 2008, il contesto economico mondiale è significativamente mutato negli ultimi anni. La mancanza di liquidità e la riduzione del tasso di crescita del PIL mondiale hanno in molti casi costretto imprese e governi ad applicare politiche di ristrutturazione interna all'insegna della revisione delle proprie spese (la Spending Review). Se quindi l'efficienza non era una tematica molto sentita nei contesti pubblici, ma un semplice rispetto del budget fissato, oggi i vari stati si prefissano obiettivi di riduzione dei costi amministrativi. Tra le varie voci di spesa, gli acquisti pubblici sono sicuramente quelli su cui concentrare in maniera prioritaria l'attenzione, dato che costituiscono una percentuale rilevante della spesa pubblica di uno stato.

Per efficienza si intende la capacità di un'organizzazione di usare in maniera idealmente ottimale le risorse di cui dispone (Das e Patel, 2014)³⁵. Massimizzare l'efficienza comporta quindi la minimizzazione del consumo di risorse necessarie a svolgere determinate attività, che in un'ultima analisi significa minimizzare tempo e costo richiesto. Per fare efficienza lato acquisti pubblici, i governi si sono mobilitati per un'implementazione massiccia di strategie innovative. Questa tematica verrà approfondita in seguito, quando il focus si sposterà sui vari modelli di acquisto in sanità in Italia ed i loro benefici.

Insieme all'utilizzo di strumenti informatici, altra via per migliorare l'efficienza operativa è la centralizzazione degli acquisti, oggi intrapresa soprattutto dalle pubbliche amministrazioni italiane. Accorpate i bisogni di acquisto in poche centrali

³⁵ Das, Samanta e Panel, G.N. (2014). Cost efficiency of pharmaceutical firms manufacturing drugs for specific diseases prevalent in India: A data envelopment analysis approach. *Journal of Medical Marketing*, Vol. 14: pp. 5–19.

di committenza consente in primo luogo di ottenere prezzi migliori grazie agli sconti quantità di cui si può usufruire quando i volumi richiesti sono consistenti. Centralizzare, al contempo, significa accorpate anche le attività necessarie per approvvigionare i prodotti richiesti, e quindi permette di eliminare le ridondanze, liberando molti enti piccoli dall'onere di alcune attività per cui non hanno le competenze adeguate. Come anticipato, è chiaro come le pubbliche amministrazioni operino cercando di perseguire obiettivi di efficienza ed efficacia in maniera simile a quella adottata dalle imprese private, nonostante il fine ultimo degli enti pubblici non sia la massimizzazione del profitto, bensì prestare adeguati servizi ai cittadini e, in senso più lato, alla società intera (Essig et al, 2015)³⁶.

Occupiamoci ora dei rimanenti obiettivi (competizione, equità, imparzialità, trasparenza e obiettivi politici e socio-economici specifici), facendo una premessa utile per definire il loro scopo: questi sono obiettivi che sono stati esplicitamente richiesti dalla direttiva europea del 2004 sugli appalti pubblici (Direttiva Comunità Economica 31/3/2004 n. 2004/18/CE), ma che si ritrovano in maniera del tutto analoga nelle modalità di acquisto degli enti governativi e amministrativi dei principali stati mondiali.

3) Aperta competizione

La piena e aperta competizione richiede che in ogni procedura di acquisto l'ente pubblico in questione cerchi di massimizzare il numero di fornitori partecipanti ad un processo di selezione. In senso più esteso, l'obiettivo di piena e aperta competizione vuole che le pubbliche amministrazioni si concentrino sulla pubblicità delle loro

³⁶ Cit n.33.

procedure di selezione, estendendo sia la supply base dei fornitori attivati, che quella relativa ai fornitori potenziali.

Ancora una volta, un elemento che può facilitare la competizione è l'utilizzo delle piattaforme elettroniche a supporto del processo di acquisto: oggi, le applicazioni denominate mercati elettronici e, più in generale, il web stesso, facilitano l'incontro tra domanda e offerta. Da un lato, le pubbliche amministrazioni hanno la possibilità di mettere in evidenza le gare che stanno per indire e trovare nuovi potenziali fornitori interessati (Neef, 2001)³⁷; dall'altro, le imprese hanno l'occasione di diversificare il loro parco clienti e di aumentare il proprio volume d'affari (Randall e Wyld, 2003)³⁸.

4) Equità

Le direttive e leggi che normano gli acquisti nel pubblico richiedono che le pubbliche amministrazioni perseguano l'equità in ogni procedura di gara che decidono di indire. Nello specifico, per equità significa garantire pari opportunità a tutte le organizzazioni che potenzialmente possono essere interessate a partecipare ad una selezione. Questo, nel concreto, significa vietare a qualunque buyer di utilizzare criteri che possano risultare estremamente selettivi o addirittura discriminatori nei confronti di alcune realtà organizzative. Ad esempio, un buyer non potrebbe pensare di stendere un bando di gara di una procedura ristretta in cui uno dei criteri di ammissione alla selezione vera e propria sia avere un fatturato superiore ai 5 mln €:

37 Neef, D. (2001). E-procurement: From Strategy to Implementation, New Jersey: Prentice Hall.

38 Randall P. S., e David C. W. (2003). The ski slope to prosperity: an analysis of the potential impact of reverse auctions in government procurement in five Southeast Asian nations. Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics, Vol. 3, Issue 15: pp. 3 – 19.

così facendo, toglierebbe la possibilità di partecipare a tutte quelle imprese che hanno un volume d'affari inferiore a data soglia.

5) Imparzialità

Essere imparziali verso i fornitori è un atteggiamento che va di pari passo con il comportarsi in maniera equa e non discriminatoria, che aggiunge però una sfumatura sottile ma significativa che fa propendere per tenere separati i due principi. Infatti, l'imparzialità richiede che il personale della funzione acquisti sia oggettivo ed estraneo ad ogni tipo di simpatia o preferenza, ogni qual volta che è chiamato a dover prendere una decisione nei confronti dei propri fornitori. Un esempio può essere sicuramente utile per chiarire la differenza tra garantire equità e comportarsi in maniera imparziale: un buyer infatti può indire una gara con una procedura aperta, in cui tutti possono partecipare, purchè rispettino i requisiti stabiliti dalla legge. Nonostante questo, egli potrebbe avere una preferenza per il fornitore, che potrebbe essere un fornitore con cui si è collaborato in precedenza e con cui si è instaurata un'amicizia, andando così a privilegiarlo in fase di apertura e valutazione delle offerte. Dunque, l'imparzialità potrebbe essere definita come una condizione necessaria per evitare il rischio di corruzione o contenziosi (Sidhartha e Mohapatra, 2011)³⁹.

6) Trasparenza

In maniera sintetica, essere trasparenti significa essere chiari, non nascondere nulla. La trasparenza, ad oggi, è forse l'obiettivo sui cui le pubbliche amministrazioni si cercano di focalizzare maggiormente. Alle organizzazioni pubbliche infatti, in quanto

³⁹ Sidhartha, S. P., e Mohapatra, P. K. J. (2011). Detection of collusion in government procurement auctions. *Journal of Purchasing and Supply Management*, Vol. 17, Issue 4: pp. 207-221.

pubbliche e quindi finanziate dai soldi dei cittadini, viene richiesto che tutte le loro procedure siano fatte alla luce del sole e consultabili da chiunque. La segretezza dunque, che è il contrario della trasparenza, non è ammessa se non in casi particolarmente eccezionali. Anche in questo caso, le tecnologie ICT sono un elemento fondamentale per assicurare il perseguimento di questo obiettivo. Infatti, uno dei benefici principali che in letteratura viene riconosciuto ai tool di e-procurement e ai processi accentrati in capo alle centrali di committenza è quello di migliorare la trasparenza delle procedure. Come si può facilmente intuire, la trasparenza è uno dei fattori abilitanti per le politiche che mirano all'anticorruzione.

7) Obiettivi politici e socio economici

Competizione, equità, imparzialità e trasparenza sono anch'essi obiettivi politici e sociali, ma hanno la caratteristica di avere una componente regolatoria, in quanto stabiliti per legge. Altri invece, sono dettati dalla frangia politica che, in un dato momento, si trova a capo di una pubblica amministrazione (Edquist et al., 2011)⁴⁰. Le organizzazioni pubbliche infatti sono degli organi con una precisa connotazione politica che varia nel tempo. Pertanto, sebbene i buyer non siano dei politici, risulta che il loro modo di operare venga influenzato dagli specifici obiettivi che il partito politico a capo dell'organizzazione si è prefissato.

1.4 L'organizzazione della funzione acquisti

Secondo Patrucco (2008)⁴¹, il supply management è contraddistinto da quattro dimensioni:

40 Edquist, Charles.(2011). Design of innovation policy through diagnostic analysis: identification of systemic problems (or failures). *Industrial and corporate change*: 1725-1753.

41 Patrucco, Andrea Stefano, Davide Luzzini, and Stefano Ronchi.(2016). Evaluating the effectiveness of public procurement performance management systems in local governments. *Local Government Studies* 42.5: 739-761.

1. Le risorse della funzione acquisti
2. Processi e metodologie d'acquisto
3. La struttura organizzativa della funzione acquisti
4. La regolamentazione

Le variabili su cui fonda la progettazione organizzativa a livello macro di una funzione acquisti sono diverse. Tra queste, le principali sono⁴²:

- Il livello di centralizzazione
- I criteri di raggruppamento dell'organizzazione interna alla funzione: categoria merceologica, prodotto offerto, area geografica, tipologia di attività.
- Il raggio di azione (anche detto span of control): ovvero quali e quante attività del processo di acquisto sono responsabilità diretta degli acquisti.

In generale, alcuni studiosi, individuano tre differenti livelli di centralizzazione della funzione acquisti nel settore pubblico⁴³:

- 1) Piena centralizzazione: tutte le decisioni rilevanti in ambito di approvvigionamento sono in mano della funzione acquisti, il cui obiettivo primario è il soddisfacimento delle esigenze manifestate dagli uffici interni.
- 2) Piena decentralizzazione: è il caso duale al precedente. In questa situazione i singoli reparti/uffici hanno in delega il potere di decidere come, cosa e quanto acquistare per una certa categoria merceologica.
- 3) Ibrida: il potere sulle decisioni di acquisto è in condivisione tra funzione acquisti e altre funzioni locali o altri uffici.

42 Cit n.41

43 McCue, Clifford, e Gianakis, Gerasimos. (2001). Public purchasing: who's minding the store. Journal of Public Procurement, vol. 1, issue 1: pp. 71-95.

Al contempo, configurazioni centralizzate, ibride o decentralizzate possono concretizzarsi in modalità fra loro differenti. Questo dipende infatti dallo status che la funzione acquisti ha all'interno dell'organizzazione pubblica⁴⁴. Sulla base di queste due dimensioni macro organizzative, alcuni studiosi propongono sei archetipi per la classificazione delle strutture organizzative adottate dalle funzioni acquisti e supply chain delle amministrazioni pubbliche locali e nazionali :

Andiamo ora a descriverli brevemente, facendo luce su quelli che sono i punti di forza e di debolezza di ogni archetipo:

1) Authority purchasing: una forte funzione acquisti centralizzata è responsabile per tutte le decisioni operative e strategiche in ambito di approvvigionamento. Pertanto, in questi casi è solitamente stabilito un piano di medio lungo termine per ogni tipo di obiettivo, commerciale, regolatorio e socioeconomico. Coerentemente, la funzione acquisti si trova al primo livello dell'organigramma, ed è solitamente organizzata per input (per categorie merceologiche). La funzione prende molte decisioni in maniera indipendente, e può contare su risorse con un elevato background di competenze. L'integrazione con le altre funzioni avviene con meeting pianificati o con supporto tecnico spot, e gli altri dipartimenti riconoscono e rispettano lo status della funzione, in quanto consapevoli delle competenze del personale. Inoltre, siccome tutto viene svolto internamente, procedure e strumenti sono definiti a livello generale. Le performance invece sono misurate e condivise in maniera strutturata.

2) Supportive Purchasing: la funzione acquisti è direttamente responsabile di tutte le attività operative d'acquisto e degli strumenti per le diverse categorie merceologiche.

⁴⁴ Nair, A., et al. (2015). Strategic purchasing participation, supplier selection, supplier evaluation and purchasing performance. International Journal of Production Research, Volume 53, Issue 20: pp. 6263 - 6278.

La strategia e gli obiettivi puntano sostanzialmente a fare saving di prezzo, efficienza di processo e ad aspetti regolatori. Essendo lo status inferiore al caso 'Authority', la funzione si trova solitamente al secondo o terzo livello dell'organigramma: a livello di delega (che è bassa), questo significa che le strategie sono definite da altri reparti e non ci sono pertanto specifici criteri di raggruppamento interno. In questo caso dunque gli acquisti sono formati da un numero limitato di risorse a cui non vengono richieste particolari competenze: vengono considerati il braccio esecutivo degli altri dipartimenti. Le procedure sono definite ma possono prevedere dei coinvolgimenti improvvisi dalle altre funzioni, mentre le performance sono coerenti con gli obiettivi.

3) Hub purchasing: il personale acquisti è distribuito per i vari dipartimenti dell'amministrazione, mentre il management centrale ha in carico tutte le decisioni per quelle che sono categorie d'acquisto non critiche. Per i prodotti strategici, le linee guida sono fornite dalle altre funzioni. Esiste solitamente un piano di lungo termine, che mira soprattutto al raggiungimento degli obiettivi commerciali. La funzione è allo stesso livello delle altre, ed è solitamente raggruppata per categorie d'acquisto. La funzione gestisce tutte le decisioni interagendo con la funzione di riferimento, e c'è un adeguato numero di persone per creare una struttura centrale forte e distribuire risorse localmente. Il coordinamento con le altre funzioni è pertanto continuo, e queste la riconoscono come un supporto fondamentale per molte decisioni. Procedure e strumenti sono condivisi con tutte le altre funzioni, con le personalizzazioni del caso, mentre per la misurazione delle performance gli acquisti si focalizzano su costi ed efficienza, mentre gli altri dipartimenti, in merito alle categorie che gestiscono, guardano a qualità e value for money.

4) Silos purchasing: la funzione acquisti è completamente responsabile solo per quelle categorie non specifiche. L'obiettivo principale pertanto è quello

dell'efficienza. La funzione si trova solitamente a secondo livello ed è anche in questo caso organizzata per input. Per le categorie che ha in gestione, la funzione è totalmente indipendente e autonoma, e può sfruttare l'elevata competenza delle proprie risorse. Essendo le aree di competenza molto distinte, l'integrazione è spesso debole, e si rischia spesso di sfociare in un mancato riconoscimento del lavoro svolto dagli acquisti e nell'uso di procedure fra loro molto diverse. Per le categorie di cui sono responsabili, gli acquisti monitorano le performance tradizionali.

5) Connected Purchasing: gli acquisti sono direttamente responsabili di un numero ristretto di categorie d'acquisto non critiche, ma partecipano a tutti i processi strategici di decision-making per le altre categorie con ruolo consultivo. Non viene definita una vera strategia, ma si cerca solo di rispettare il budget che ogni dipartimento ha a disposizione. Gli acquisti in questo caso sono una funzione di staff e non sono organizzati internamente secondo alcun criterio. La funzione fa leva su poche risorse ma di elevate competenze, è molto integrata con gli altri dipartimenti, seppur in maniera informale, ed è considerata con riguardo per molte decisioni. Le performance considerate sono esclusivamente saving e il contributo in termini di qualità che la funzione riesce a dare agli altri dipartimenti.

6) Staff Purchasing: la funzione acquisti non ha responsabilità dirette sul processo di acquisto, essendo le attività frammentate fra le varie funzioni. Gli acquisti agiscono pertanto come controllo o come supporto nelle procedure d'acquisto. Pertanto, non esiste una strategia comune e l'obiettivo è il rispetto del budget. Chiaramente, la funzione è di staff e non è responsabile di alcuna categoria, ed ha principalmente un ruolo di controllo. La funzione si fonda su poche risorse a cui non sono richieste elevate competenze, mentre l'interazione con altri reparti è imprevedibile e non

strutturata. Gli acquisti infatti hanno come ruolo quello di evitare gli errori procedurali. Strumenti e procedure sono disponibili per tutte le funzioni, ma non è previsto un vero e proprio sistema di misurazione delle performance.

CAPITOLO 2 I PROCESSI DI APPROVVIGIONAMENTO IN SANITA'

2.1 L'esternalizzazione quale strumento operativo per gli acquisti

Già dagli anni novanta si è data importanza al valore strategico degli approvvigionamenti⁴⁵ (Spekman et al., 1994; Hakansson e Gadde, 2002), perché in media le imprese spendono dal 50% all'85% del loro fatturato in acquisti⁴⁶ (Momme e Hvolby, 2002), ed anche perché questi ultimi costituiscono un elemento chiave nel processo di creazione di valore per il cliente⁴⁷ (Tunisini, 2003). Anche in sanità si sta sempre più diffondendo la crescente importanza degli acquisti, in considerazione dell'impatto, a livello di efficacia e di economicità, che hanno sulla qualità dei processi produttivi. La funzione acquisti, a lungo considerata di secondo piano, separata dalle altre e finalizzata alla mera gestione operativa dei flussi di ordini e consegne con i fornitori, si sta sempre più connotando come funzione strategica che supporta l'impresa nel perseguire un vantaggio competitivo (Gadde L.E., Hakansson H., 2002)⁴⁸ e, nelle organizzazioni pubbliche dotate di differente finalità caratteristica, quali le Aziende Sanitarie, nel conseguire una maggiore efficienza ed efficacia. Negli ultimi anni la crescente attenzione dedicata in sanità all'impiego delle risorse disponibili e la ricerca di una maggiore efficacia nello svolgimento delle attività hanno pertanto alimentato molteplici tentativi di sperimentazioni ed innovazioni organizzative, soprattutto con riferimento alla gestione delle funzioni amministrative e degli approvvigionamenti.

45 Spekman R.E., Kamauff J.W., Salmond D.J. (1994). At Last Purchasing is becoming strategic, *Long Range Planning*, 27, 2: 76-84.

Hakansson H., Gadde L.E. (2002). *Supply Network Strategies*. London: John Wiley & Sons.

46 Momme J., Hvolby H.H. (2002). An Outsourcing Framework: Action Research in the Heavy Industry Sector, *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 8: 185-196.

47 Tunisini A. (2003). *Supply chains e strategie di posizionamento*, Roma: Carocci Editore.

48 Clit.n.43.

I processi di acquisto, con il loro impatto sui bilanci delle Aziende Sanitarie, richiedono infatti alla direzione aziendale uno sforzo continuo al fine di ricercare soluzioni e modelli capaci di garantire una maggiore efficienza sia nell'acquisto sia nella gestione della logistica dei beni e servizi (Brusoni e Marsilio, 2007)⁴⁹. Rientrano in questa logica alcune iniziative intraprese negli ultimi anni in sanità, riguardanti l'esternalizzazione e la centralizzazione, anche attraverso aggregazioni interaziendali, di alcune funzioni. Esternalizzazione dei processi di approvvigionamento e la loro concentrazione in strutture consortili, società per azioni o enti pubblici.

Con queste iniziative anche in sanità si è verificato il passaggio dagli assetti istituzionali di tipo gerarchico a quelli a rete (Del Vecchio, 2005)⁵⁰. L'outsourcing consiste nell'affidamento di funzioni ed attività precedentemente svolte dall'impresa a soggetti esterni ed è caratterizzato dalla relazione di cooperazione⁵¹ che si instaura tra soggetto esterno, cui è demandata la funzione e l'impresa stessa. L'esternalizzazione è pertanto uno strumento che consente alle organizzazioni di ridimensionare lo spettro delle attività svolte per focalizzarsi sulle core competences. In ambito pubblico occorre peraltro distinguere il processo di esternalizzazione che prevede il trasferimento dei processi ad un altro soggetto, sempre appartenente all'amministrazione pubblica, rispetto a quello che vede coinvolto un'impresa privata: nel primo caso, infatti, tra i vincoli vanno ricomprese anche tutte le rigidità

49 Brusoni M., Marsilio M. (2007). La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali. In: Annessi Pessina E., Cantù E., a cura di, Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Milano: EGEA.

50 Del Vecchio M. (2005). Il sistema di approvvigionamenti e distribuzione dei beni in sanità. Alcune considerazioni di sintesi. In Nuti S., a cura di, Innovare in sanità. Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto. Pisa: Edizioni ETS.

51 Scarsi R. (2004). Gli operatori logistici: caratteri strutturali e mercato, Torino: Giappichelli Editore.

del sistema pubblico. Quanto invece ai rischi che l'outsourcing può comportare, essi possono essere sia interni che esterni al sistema amministrativo. Tra quelli esterni rientrano i possibili mutamenti nel tempo dei dati di mercato e della concorrenza, l'evoluzione tecnologica e le modificazioni legislative; quanto ai fattori interni, disfunzioni possono derivare dall'inadeguato svolgimento dell'attività esternalizzata o dalla conclusione di accordi deboli sotto il profilo della disciplina contrattuale. E' bene sottolineare comunque come nell'esternalizzazione di attività o funzioni di pubblico interesse, tra i due soggetti (il committente e l'affidatario dell'attività o servizio) s'instauri un rapporto di ausiliarità e collaborazione con una relativa ripartizione di compiti e di poteri tra enti collegati, uno dei quali è in posizione sovraordinata dal punto di vista funzionale e detiene la potestà di controllo rilevando la finalità dell'azione, cioè il perseguimento di un interesse pubblico previsto dalla legge. Ponendosi la lente d'ingrandimento poi sul settore degli acquisti di beni e servizi, nel panorama amministrativo italiano si vede prevalere, sia a livello centrale che locale, forme di esternalizzazione ove la gestione delle procedure di approvvigionamento è affidata a società con capitale interamente pubblico, l'istituzione di centrali d'acquisto esterne all'apparato amministrativo determina un trasferimento all'esterno (dunque, un'esternalizzazione nel senso letterale) della funzione e di tutte le attività che un ufficio appalti d'una amministrazione generalmente deve porre in essere per giungere all'aggiudicazione di una commessa pubblica (quali indire e gestire le gare per proprio conto, con i costi che ne derivano)⁵².

⁵²COLACCINOL.D(2011).L'approvvigionamento di beni e servizi tra modello Consip e centrali d'acquisto locali le esternalizzazioni. Fiorentino

2.1.1 Prospettive teoriche connesse alle pratiche di esternalizzazione e centralizzazione dei processi aziendali

La letteratura nazionale e internazionale riporta numerose motivazioni che possono indurre le aziende (private e pubbliche) a ricorrere all'outsourcing individuando, su base empirica e teorica, le circostanze al ricorrere delle quali un'azienda potrebbe preferire l'affidamento all'esterno rispetto allo svolgimento in house di un'attività o di una fase del processo produttivo. Pur nella varietà delle formulazioni, esse possono essere ricondotte a valutazioni di carattere strategico ed economico-finanziario. Analogamente, le teorie richiamate a supporto del ricorso all'outsourcing giustificano tale prassi ricorrendo a un'impostazione di carattere prettamente strategico o preferendo un approccio di tipo economico. Le teorie maggiormente evocate sono la Transaction cost Theory (Williamson, 1975;1979)⁵³, la Agency Theory⁵⁴. Una parte della dottrina ancora l'*outsourcing* all'approccio dei costi di transazione di Williamson, collegandosi quindi ancora a monte alla teoria dell'impresa di Coase (Coase, 1937)⁵⁵. L'idea fondamentale era che un'attività deve essere internalizzata quando i costi sostenuti per realizzarla internamente (gerarchia) sono inferiori rispetto a quelli di mercato. Di conseguenza, l'*outsourcing* rappresenta uno strumento per ridurre i costi di transazione rivolgendosi al mercato, nell'ottica di una scelta *make or buy*. Nella sua accezione tradizionale, infatti, quest'ultimo è considerato come un mezzo per poter ridurre i costi produttivi e gestionali e sfruttare

53 Williamson, O. E. (1975). Markets and hierarchies. *New York*, 2630.

Williamson, O. E. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The Journal of Law and Economics*, 22(2), 233-261.

54 Freeman, R. E. (1999). Divergent stakeholder theory. *Academy of management review*, 24(2), 233-236.

Clarkson, M. E. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of management review*, 20(1), 92-117.

55 Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *economica*, 4(16), 386-405.

meglio le economie di scala (Barthelemy e Geyer, 2000; Hätönen e Eriksson, 2009; Kakabadse e Kakabadse, 2002; McFarlan e Nolan, 1995). Come detto precedentemente, le imprese riconfigurano la loro catena del valore, esternalizzando principalmente quelle attività considerate periferiche o di supporto. In questo caso, invece di agire sui singoli fattori che, in maniera più o meno rilevante determinano i costi, l'impresa modifica la propria organizzazione e il modo in cui svolge le proprie attività. Normalmente, sono oggetto di *outsourcing* quei processi produttivi e gestionali in cui l'impresa ha uno svantaggio di costo non colmabile rispetto ai concorrenti o dove, comunque, non raggiunge un'efficienza complessiva analoga a quella di operatori esterni specializzati. Risulta più conveniente per l'impresa esternalizzare tali attività, invece di realizzarle al proprio interno.

In merito alla fornitura di servizi pubblici l'Amministrazione Pubblica locale si trova, dato il vincolo di bilancio, ad effettuare, in particolare, tre scelte: cosa produrre, ossia quali servizi offrire alla propria collettività; quanto offrire, ossia la quantità di tali servizi; come produrli, ossia la scelta fra produrli direttamente (*make*) o affidare ad altri la produzione di tali servizi attraverso un contratto di fornitura o accordi tra imprese in cui vengono delegate per legge alcune funzioni.

Il tema relativo alle scelte di *make or buy*, e la conseguente definizione dei confini delle organizzazioni (Coase, 1937)⁵⁶, è stato affrontato sotto più profili in letteratura, identificando nella minimizzazione dei costi di transazione (Williamson, 1975)⁵⁷, nella necessità (o meno) di coordinare attività complementari o simili (Richardson, 1972)⁵⁸ che definisce l'*outsourcing*, facendo invece ricorso ai concetti di

56 Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *economica*, 4(16), 386-405.

57 Cit.n.54

58 Richardson, G. B. (1972). The organisation of industry. *The economic journal*, 82(327), 883-896.

«cooperazione» e «coordinamento», considerati come meccanismi di mercato opposti alla dicotomia gerarchia-mercato insita nell'approccio della teoria dei costi di transazione e di adattarsi alle trasformazioni dell'ambiente economico (anche attraverso l'individuazione di nuove modalità con cui organizzare gli scambi), nella focalizzazione sulle core competences (Prahalad e Hamel, 1990)⁵⁹.

Ma quali sono le ragioni sottostanti le decisioni di esternalizzazione?

La letteratura ha evidenziato le seguenti motivazioni principali:

- riduzione dei costi, come conseguenza dell'esternalizzazione di attività non core (Panero et al.,2010)⁶⁰, grazie al recupero di efficienza in attività a limitato valore aggiunto, anche mediante il ridimensionamento delle strutture di supporto (Gregori, 2001)⁶¹;
- maggiore flessibilità organizzativa, in quanto la sostituzione della struttura gerarchica interna con una esterna, regolata tramite contratto, può consentire un rapido adeguamento alle variazioni di carico di lavoro, modificando anche la struttura dei costi aziendali, di cui viene accresciuta la componente variabile rispetto a quella fissa (Gregori, 2001)⁶²;
- focalizzazione sul core business: l'esternalizzazione delle attività marginali consente di liberare risorse che possono essere dedicate alle attività più

59 Prahalad, C., and G. Hamel.(1990). The core competencies of the organization Harvard Business Review.

60 Panero, Cinzia, et al.(2010). Esternalizzazione e centralizzazione dei processi di approvvigionamento: risultati e criticità dell'esperienza degli Estav nella sanità toscana. Mercati e Competitività.

61 Gregori, Gian Luca.(2001). L'evoluzione del processo di outsourcing nelle strategie di sviluppo delle imprese. G. Giappichelli.

62 Cit n.57.

rilevanti dell'organizzazione (Tayles e Drury, 2000)⁶³, rafforzandone quindi l'azione nel proprio core business.

- accesso a investimenti, innovazioni, risorse e capacità specialistiche (Quinn e Hilmer, 1994)⁶⁴. L'attività esternalizzata costituisce infatti il core business del soggetto cui viene affidata la funzione, che quindi tenderà ad investire le migliori risorse e tecnologie (Gregori, 2001; Scarsi, 2004)⁶⁵. In effetti la riduzione dei costi del servizio esternalizzato, individuata come prima motivazione dell'outsourcing, si connette all'ulteriore possibilità, per l'organizzazione esternalizzante, di appropriarsi dei benefici derivanti dalle sinergie e dalle economie di scala che il fornitore può conseguire grazie alla sua maggiore dimensione e specializzazione ed allo sviluppo di conoscenze specifiche attraverso l'apprendimento. Sfumano quindi i confini tra le imprese e tra le risorse direttamente controllate e quelle non controllate, poiché mediante le relazioni molte unità esterne diventano risorse mobilitabili al servizio della strategia dell'azienda che ha esternalizzato la funzione;
- maggiore qualità dei servizi esternalizzati (Kakabadse e Kakabadse, 2001)⁶⁶ e quindi maggiore competitività, come conseguenza dell'accesso ad una rete di specialisti (Quinn, 2001)⁶⁷. In proposito è stato peraltro osservato che la

63 Tayles, M., & Drury, C. (2001). Moving from make/buy to strategic sourcing: the outsource decision process. *Long range planning*, 34(5), 605-622.

64 Qinn, Bj E. Hilmer.(1994). FG Strategic Outsourcing.

65 Scarsi, Roberta.(2004). Gli operatori logistici: caratteri strutturali e mercato. G. Giappichelli.

66 K. Kakabadse, Nada, Alexander Kouzmin, and Andrew Kakabadse.(2001) From tacit knowledge to knowledge management: leveraging invisible assets. *Knowledge and process management* 8.3: 137-154.

67 Petrick, Joseph A., and John F. Quinn.(2001). The challenge of leadership accountability for integrity capacity as a strategic asset. *Journal of Business Ethics* 34.3-4: 331-343.

reingegnerizzazione, tramite outsourcing, delle organizzazioni nel settore pubblico, ha portato a strutture più snelle, più efficienti, ma anche giudicate spesso fornitrici di servizi di qualità inferiore (Kakabadse e Kakabadse, 2001), come vedremo più specificamente nel terzo capitolo, focalizzandoci sugli acquisti in sanità.

L'outsourcing è in effetti complesso da gestire, a causa delle interdipendenze tra attività e funzioni da trasferire da un'organizzazione all'altra (Gadde e Jonsson, 2007)⁶⁸ e della natura contraddittoria che, nei servizi pubblici (Kakabadse e Kakabadse, 2001)⁶⁹, le relazioni cliente-fornitore rischiano di assumere. In letteratura è stato in effetti sottolineato che l'outsourcing può comportare anche alcuni rischi, connessi alla corretta identificazione delle caratteristiche e dell'ampiezza delle attività da esternalizzare a causa della difficoltà, da parte delle organizzazioni, di comprendere o definire in modo dettagliato le proprie esigenze, alla gestione del rapporto con il fornitore, alle conseguenze derivanti dalla decisione di effettuare l'outsourcing (Gadde e Jonsson, 2007)⁷⁰.

Più nel dettaglio, i problemi più rilevanti sono:

- problemi di gestione del rapporto con il fornitore, che può anche rivelarsi meno efficiente del previsto, o meno motivato rispetto agli obiettivi

68 Gadde, Lars-Erik, and Patrik Jonsson. (2007). "Outsourcing and Supply Network Performance-consequences of sourcing and producing in low cost countries." 23rd Industrial Marketing and Purchasing Group Conference. Exploiting the B2B Knowledge Network: New Perspectives and Core Concepts, Manchester.

69 Kakabadse, A., & Kakabadse, N. (2005). Outsourcing: current and future trends. *Thunderbird international business review*, 47(2), 183-204.

70 Cit n.74

dell'organizzazione (Momme e Hvolby, 2002)⁷¹, con profonde conseguenze sulla qualità del servizio, sull'affidabilità nelle consegne e quindi sui tempi dei processi;

- riduzione dell'entità dei risparmi di spesa conseguiti, a causa della presenza di costi di coordinamento;
- perdita di autonomia nei confronti del fornitore, a causa delle interdipendenze (tecnologiche, conoscitive, sociali, economiche), derivanti dalla condivisione di risorse e dagli adattamenti reciproci;
- perdita di controllo sulle conoscenze, che comporterebbe una maggiore vulnerabilità dell'organizzazione: il know-how e le competenze dell'organizzazione relativamente all'attività esternalizzata possono ridursi (Momme e Hvolby, 2002)⁷² e conseguentemente aumenta il rischio che la conoscenza diventi obsoleta e diminuisca la capacità di innovazione ed apprendimento;
- perdita di motivazione del personale (Momme e Hvolby, 2002)⁷³, a causa della percezione dell'outsourcing come di una minaccia alla propria attività ed alla scarsa fiducia nei fornitori, con conseguente possibilità che si verifichino forti resistenze interne. In particolare è stato rilevato che i manager del settore pubblico ritengono che l'outsourcing abbia un impatto negativo in misura maggiore dei manager del settore privato, anche per la

71 Momme, Jesper, and Hans-Henrik Hvolby.(2002). An outsourcing framework: action research in the heavy industry sector. *European Journal of Purchasing & Supply Management*.

72 Cit n.71.

73 Cit n.71.

minore discrezionalità nelle scelte organizzative ed il rischio di perdere la capacità di riconoscere i bisogni dell'organizzazione e della comunità.

Anche la centralizzazione a livello sovra-aziendale, che negli ultimi anni ha accompagnato in sanità alcune iniziative di esternalizzazione nel settore degli approvvigionamenti (Brusoni et al., 2008)⁷⁴, in quanto le prime esperienze di centralizzazione si sono fatte con la creazione di consorzi tra aziende sanitarie, si pone come obiettivo principale il conseguimento di una forte riduzione della spesa per beni e servizi, attraverso:

- lo sfruttamento delle economie di scala derivanti dai maggiori volumi acquistati;
- il conseguimento di un potere di mercato superiore a quello precedentemente detenuto dalle singole aziende sanitarie (Meneguzzo et al., 2004)⁷⁵, aspetto tanto più rilevante quanto più l'offerta risulta essere concentrata, come per esempio nel caso dei farmaci.
- la riduzione dei costi di transazione tra aziende sanitarie e fornitori, connessi alla raccolta e trasmissione di informazioni e di documenti amministrativi (Brusoni e Marsilio, 2007)⁷⁶;
- la riduzione del personale delle singole aziende sanitarie adibito alle funzioni oggetto di centralizzazione al loro esterno;

74 Brusoni, M., Cappellaro, G., & Marsilio, M. (2008). Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto.

75 Cepiku, D., & Meneguzzo, M. (2004). Public sector networks: What can we learn from different approaches?.

76 Brusoni, M., & Marsilio, M. (2007). La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali.

- la specializzazione del personale, attraverso la costituzione di unità adibite ad attività specifiche;

- la standardizzazione dei processi, che rende più efficiente il loro svolgimento.

La centralizzazione degli acquisti, in sanità, comporterebbe inoltre una serie di impatti di natura strategica (Brusoni et al., 2008)⁷⁷, quali:

- la razionalizzazione del portafoglio fornitori e, conseguentemente, una gestione dei rapporti più efficiente e, grazie ai maggiori volumi, la possibilità di attrarre imprese precedentemente non interessate a rifornire le singole Aziende;

- la standardizzazione dei beni e dei servizi richiesti dalle Aziende, per potere procedere all'aggregazione della domanda, aspetto che richiede peraltro un notevole coinvolgimento delle Aziende e dei professionisti;

- le Aziende, inoltre, nello svolgimento delle loro attività, sarebbero supportate, grazie alla maggiore qualificazione del personale ed alla presenza di sistemi informativi condivisi, da una struttura amministrativa di supporto più efficiente ed efficace.

Per ovviare ai rischi derivanti dall'esternalizzazione e centralizzazione delle attività e garantirne il successo, sono state proposte numerose indicazioni di natura gestionale.

Se nel caso dell'outsourcing viene evidenziata la necessità di sviluppare una gestione accurata del rapporto con il fornitore, dall'individuazione delle attività da esternalizzare, alla definizione delle condizioni contrattuali, alla sua esecuzione e monitoraggio, nel caso della centralizzazione delle attività presso un soggetto terzo

⁷⁷ Cit.n.74

l'attenzione viene posta sulla necessità, da parte delle singole Aziende, di dotarsi di strutture e procedure adeguate (Brusoni et al., 2008)⁷⁸.

Ecco un possibile insieme di soluzioni atte a garantire il successo del processo di esternalizzazione e centralizzazione degli approvvigionamenti:

In fase di avvio dell'iniziativa è opportuno:

- all'interno dell'Azienda esternalizzata, identificare le attività da trasferire e definire i possibili effetti dell'esternalizzazione sull'organizzazione, sui flussi di lavoro, sui tempi e sul funzionamento della relazione con il centro che gestisce le attività per cui si è operato l'outsourcing; inoltre le attività andranno sottoposte a revisione periodica, per verificarne la congruità rispetto alle mutate condizioni ambientali;
- tra le Aziende e l'Ente centralizzatore:
 1. individuare meccanismi di governance dell'ente centralizzatore che coinvolgano le Aziende, la cui scarsa partecipazione viceversa può indebolirne la fiducia, aumentarne la percezione di scarsa utilità e di inefficienza, riducendo così le possibilità di successo;
 2. procedere alla standardizzazione dei beni acquistati e delle procedure. Essa richiede un'attenta programmazione aziendale, aspetto che può essere critico, soprattutto se le Aziende coinvolte sono numerose, i professionisti fanno valere la loro autonomia e specificità professionale e, per ovviare alle conseguenti difficoltà vengono

⁷⁸ Cit n.64

effettuati acquisti in economia, rischiando così di compromettere la centralizzazione.

Durante lo svolgimento dell'esternalizzazione/centralizzazione, il focus si sposta più sul coordinamento operativo tra le parti e lo sviluppo di adeguati strumenti di supporto all'interno delle Aziende. Più in particolare:

- diventa importante definire all'interno delle due imprese i soggetti (process owner) con il compito di mantenere i contatti tra le organizzazioni;
- occorre incentivare un flusso di comunicazione tra le parti, formale e non, allo scopo di monitorare l'evoluzione della relazione, di condividere conoscenze, di apprendere e quindi di sviluppare la fiducia, tanto più importante quanto più si considera che, comunque, non tutti gli aspetti del rapporto possono essere formalizzati;
- formare i manager nella gestione delle relazioni con il fornitore, in particolare circa le modalità di integrazione e coordinamento delle due organizzazioni (procedure, infrastrutture e definizione dei sistemi di comunicazione) e lo sviluppo di commitment e motivazione nel personale;
- motivare il fornitore attraverso la partecipazione al rischio delle operazioni, stabilendo che la remunerazione sia connessa al raggiungimento di determinati obiettivi: in questo modo si evita anche il rischio di comportamenti opportunistici;
- mantenere il controllo sul know-how, per presiedere le competenze che consentano il monitoraggio sulle attività esternalizzate.

In tutte le fasi viene infatti sottolineata la necessità di effettuare la valutazione della performance dell'azienda, per determinare il successo o fallimento dell'iniziativa.

L'impresa deve pertanto costruire con il fornitore un sistema di valutazione e di reporting dei risultati, che devono essere rilevati periodicamente ed elaborati in forma di indicatori per rendere efficace la valutazione della performance e rendere noti i risultati conseguiti. A tal fine è opportuno che vengano valutati il livello di soddisfazione dell'utilizzatore e gli effetti dell'iniziativa sulla gestione aziendale, evidenziandone benefici e problemi. Il modello organizzativo della funzione acquisti nei SSR è eseguito talvolta attraverso semplici forme di aggregazione sul lato della domanda, tal altra da s.p.a. a capitale interamente pubblico o da enti pubblici strumentali. La scelta delle modalità attraverso cui svolgere gli approvvigionamenti non dipende solo dallo stadio del processo di centralizzazione ma anche dai peculiari assetti dei diversi SSR.

2.2 Prime esperienze di accentramento degli approvvigionamenti: letteratura in tema di consorzi d'acquisto e centralizzazione

Il tema delle unioni d'acquisto ha suscitato negli ultimi 20 anni l'attenzione da parte di svariati studiosi, e si è passati da studi teorici ad analisi empiriche basate su esperienze di acquisti consorziati a livello internazionale⁷⁹. A seconda del contesto di riferimento esistono vari modi per indicare i purchasing consortia (Essing 2000)⁸⁰. Nel settore pubblico il termine è “*collaborative purchasing*”. Il settore pubblico rappresenta il principale ambito di applicazione delle unioni d'acquisto⁸¹, la principale motivazione è legata al fatto che tra le organizzazioni pubbliche non esiste competitività nell'erogazione dei servizi, inoltre, esse hanno sovente la stessa

79 Nollet, J., & Beaulieu, M. (2003). The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9(1), 3-10.

80 Cit.n.33.

81 Cit.n.33.

struttura organizzativa, provengono dallo stesso contesto ed hanno i medesimi fabbisogni di approvvigionamento⁸². Le forme di collaborative purchasing sono state classificate da diversi autori. Aylesworth (2003)⁸³ ha individuato cinque categorie di unioni, partendo da studi effettuati in Canada, Stati Uniti e Regno Unito:

- Regional purchasing agency: un'autorità centralizzata che opera per differenti enti governativi;
- Local network: caratterizzata da relazioni informali fra organizzazioni che operando in prossimità geografica, collaborano condividendo informazioni e risorse al fine di ottenere una riduzione del prezzo di acquisto;
- Voluntary cooperative: relazioni sia strutturate che informali, in cui si nota una elevata condivisione di informazioni ed una suddivisione del lavoro tra i membri;
- Member-owned service bureau: dove troviamo un ente separato che opera con rappresentanze di tutti i membri come personale.
- For-profit enterprise: un'impresa distinta che offre i suoi servizi dietro pagamento.

Nollet et Beaulieu(2003)⁸⁴ hanno rappresentato un modello evolutivo delle unioni d'acquisto in quattro fasi :

- fase di nascita, derivante dalla volontà di due o più organizzazioni di ottenere una riduzione del prezzo di acquisto aumentando le quantità;

82 Schotanus, F., & Telgen, J. (2007). Developing a typology of organisational forms of cooperative purchasing. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 13(1), 53-68.

83 Aylesworth, M. (2003, May). Purchasing consortia in the public sector, models and methods for success. In International Supply Management Conference and Educational Exhibit.

84 Cit n.78

- fase di crescita, nella quale vi è la presenza di una organizzazione separata con proprie risorse per la gestione dei contratti;
- fase della maturità, caratterizzata dall'estensione ad attività ulteriori rispetto alla funzione acquisti;
- fase di concentrazione, in cui si ha una fusione tra le organizzazioni.

Tale modello non è lineare, infatti la concentrazione non è sempre l'obiettivo finale delle unioni d'acquisto. Schotanus e Telgen (2007)⁸⁵, hanno suddiviso le unioni d'acquisto sulla base delle relazioni dei membri del gruppo e delle attività dello stesso, nei seguenti tipi:

- project group nella quale si nota una forte collaborazione per un singolo progetto, pertanto la struttura del gruppo sarà relativamente semplice;
- lead-buying group in cui l'attività è svolta da un membro del gruppo, identificato per esperienza, risorse o volumi di acquisto;
- third-party group nel quale una organizzazione terza svolge in autonomia le attività relative agli acquisti;
- piggy-backing group, in cui si fanno ricadere le unioni non formalizzate e semplici in cui le organizzazioni condividono informazioni e conoscenze al fine di ridurre i costi di transazione ed i prezzi di acquisto.

Il processo di centralizzazione della funzione approvvigionamenti (e di altre funzioni tecnico-amministrative) si sta diffondendo in gran parte dei SSR, con una significativa eterogeneità negli assetti istituzionali ed organizzativi (Brusoni e

⁸⁵ Schotanus, F., & Telgen, J. (2007). Developing a typology of organisational forms of cooperative purchasing. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 13(1), 53-68.

Marsilio 2007)⁸⁶. La spinta iniziale che ha motivato l'avvio della maggior parte delle esperienze di aggregazione degli acquisti, in particolare in quelle regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro, è la ricerca di riduzione della spesa per beni e servizi, sia in termini diretti (riduzione del prezzo dell'oggetto dell'acquisto, grazie ad un aumento del volume contrattato e del potere contrattuale della stazione appaltante) sia in termini indiretti negli oneri amministrativi collegati (riduzione della tempistica, aumento dell'efficienza nel processo, riduzione del personale dedicato, ecc.). Tuttavia ad oggi non sono ancora disponibili rapporti organici e sistematici di valutazione dei reali impatti di tali soluzioni; gli unici documenti disponibili riguardano le relazioni (annuali, semestrali o trimestrali) delle centrali di committenza o altri documenti interni, che presentano molti dati di attività (numero di gare, importi aggiudicati, ecc.), ma pochissime informazioni sulla misurazione dei benefici prodotti per il servizio sanitario regionale, per le aziende sanitarie e per il sistema di produzione ed offerta di beni e servizi. Ciò che appare evidente è l'eterogeneità degli assetti istituzionali e organizzativi adottati: la variabilità del numero di aziende coinvolte e dell'ambito merceologico a cui sono estese le attività di aggregazione della domanda, l'esistenza o meno di una parallela centralizzazione di altre attività comuni, tra cui ad esempio la logistica e i magazzini. Non sempre è possibile associare alle scelte di assetto effettuate un esplicito disegno strategico e coerenti indicatori di impatto misurabili, né, di conseguenza, comparare gli effetti prodotti nell'efficienza ed efficacia del processo di approvvigionamento o i punti di forza e debolezza delle soluzioni accentrate adottate. Tuttavia dalla indagine svolta da CERGAS è emersa una bipolarità significativa negli assetti istituzionali adottati, riconducibile a due tipologie sufficientemente differenziate:

86 Cit. n. 76.

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

Si sta pian piano passando da un approccio bottom-up degli esordi, ad un approccio top-down che è quello attualmente più diffuso, se consideriamo l’evoluzione del processo di acquisto di beni e servizi in sanità. Il settore pubblico rappresenta l’ambito nel quale i consorzi d’acquisto sono più diffusi⁸⁷, in un contesto di risorse pubbliche decrescenti, forme di cooperazione inter-organizzativo per la gestione di funzioni amministrative (in primo luogo degli approvvigionamenti) sono spesso considerati lo strumento più opportuno per perseguire contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica. La creazione di tali consorzi è spesso trainata dall’intervento degli enti regolatori e finanziatori del sistema; si può trattare di un intervento diretto, quando si sostanzia nella definizione di leggi e regolamenti istitutivi dei consorzi, o indiretto, attraverso la definizione di obiettivi di contenimento della spesa che spesso, si è detto, inducono la creazione di consorzi. Inoltre, nel settore pubblico sono presenti altri elementi indicati dalla letteratura (Schotanus e Telgen 2010)⁸⁸ come i principali fattori in grado di promuovere la costituzione e lo sviluppo di consorzi di acquisto: si tratta della presenza di aziende

87 Essig M. (2000). Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of “consortium sourcing”. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, pp.13-22.

88 Schotanus, F., Telgen, J., & de Boer, L. (2010). Critical success factors for managing purchasing groups. *Journal of purchasing and supply management*, 16(1), 51-60.

pubbliche con un elevato grado di omogeneità nella struttura organizzativa, nei meccanismi di funzionamento, nel contesto istituzionale, ecc., che operano in un contesto tipicamente non competitivo, caratterizzato da un alto grado di fiducia reciproca.

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

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

La centralizzazione degli acquisti pubblici è un fenomeno relativamente poco approfondito in letteratura. Gli studi si sono concentrati sui fattori abilitanti e i fattori critici di successo (Nollet e Beaulieu 2003; Pagell 2004; Schotanus, Telgen, e Boer 2010; Amatucci e Mele, 2012)⁸⁹; i driver della centralizzazione (Tella e Virolainen 2005; Marsilio, Amatucci e Callea, 2016)⁹⁰; i motivi di resistenza da parte dei soggetti coinvolti nelle politiche di centralizzazione (Kauppi e van Raaij 2014;

89 Nollet J., Beaulieu M. (2003), «The Development of Group Purchasing: An Empirical Study in the Healthcare Sector», *Journal of Purchasing and Supply Management* 9 (1): 3-10. doi:10.1016/S0969-7012(02)00034-5.

Pagell M. (2004), «Understanding the Factors That Enable and Inhibit the Integration of Operations, Purchasing and Logistics», *Journal of Operations Management* 22 (5): 459-87.

Amatucci F., Mele S. (2012), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentrimento*, Milano, Egea, seconda edizione

90 Tella E., Veli Matti V. (2005), «Motives behind Purchasing Consortia», *International Journal of Production Economics* 93-94 (SPEC.ISS.): 161-68.

Marsilio M., Amatucci F., Callea G. (2016), «La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa», in *Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano

Meehan, Ludbrook, e Mason 2016)⁹¹. Sono ancora relativamente pochi gli studi che hanno cercato di indagare da un punto di vista empirico gli impatti della centralizzazione (Callea et al., 2017; Karjalainen 2011)⁹², concentrandosi, piuttosto, sulla definizione da un punto di vista teorico di quelli che potrebbero esserne gli effetti (Nollet e Beaulieu 2005; Eriksson e Westerberg 2011; Amatucci e Marsilio, 2012; Gobbi e Hsuan 2015)⁹³. È molto difficile, effettivamente, misurare il risparmio effettivo in quanto il prezzo è solo una delle componenti del costo e non è neppure in grado di rappresentare di per sé il legame con altre variabili che manifestano i propri effetti solo nella fase successiva di gestione del contratto. Lo studio svolto, che sarà descritto nei successivi capitoli, si propone di provare a colmare il gap conoscitivo in tema di centralizzazione, mirando a raccogliere in modo sistematico e analizzare negli anni l'evoluzione del sistema a rete degli acquisti pubblici con particolare riferimento al SSR della Campania.

2.3 I benefici attesi individuati negli studi

I benefici che vengono relazionati a forme di centralizzazione degli acquisti pubblici possono essere ricondotti a tre diversi ambiti, ciascuno caratterizzato da una peculiare prospettiva di analisi degli impatti prodotti (Johnson 1999)⁹⁴:

91 Kauppi K., Van Raaij E.C. (2014), «Opportunism and Honest Incompetence- Seeking Explanations for Noncompliance in Public Procurement», *Journal of Public Administration Research and Theory*.
Meehan J., Ludbrook M.N., Mason C.J. (2016), «Collaborative Public Procurement: Institutional Explanations of Legitimised Resistance», *Journal of Purchasing and Supply Management*

92 Callea G. et. al. (2017), «The impact of HTA and procurement practices on the selection and prices of medical devices», *Social Science & Medicine*, 174, 89-95.

93 Nollet J., Beaulieu M. (2005), «Supply Chain Management: An International Journal Should an Organisation Join a Purchasing Group?», *Supply Chain Management: An International Journal*
Eriksson E., Westerberg M. (2011), «Effects of Cooperative Procurement Procedures on Construction Project Performance: A Conceptual Framework», *International Journal of Project Management*.
Gobbi C., Hsuan J. (2015), «Collaborative Purchasing of Complex Technologies in Healthcare», *International Journal of Operations & Production Management*.

94 Johnson P.F. (1999), «The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia», *International Journal of Logistics: Research and Applications*, 2, (1), pp.57-73.

- Impatti di carattere economico e finanziario, la cui valutazione si fonda sull'analisi quantitativa delle principali categorie di flussi emergenti e cessanti indotti dall'accentramento;
- Impatti di carattere organizzativo, che vengono valutati rispetto agli effetti sull'assetto organizzativo e sull'efficienza nella gestione dei processi operativi;
- Impatti di natura strategica, valutati rispetto alla capacità delle aziende e del consorzio di raggiungere i propri fini istituzionali nel medio-lungo periodo, di incrementare l'efficacia della gestione dei rapporti con l'ambiente in cui esse operano e delle relazioni con i molteplici interlocutori aziendali e di migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo decisionale nell'interpretare e declinare nel tempo e nello spazio i fini aziendali (Coda 1995)⁹⁵.

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

⁹⁵ Coda V. (1995), «*L'orientamento strategico dell'impresa*». UTET Università.

15% (Johnson 1999)⁹⁶. Le minori procedure amministrative per la gestione di tutte le attività collegate all'approvvigionamento (predisposizione della documentazione di gara, gestione dei contratti etc), hanno come conseguenza la riduzione dei costi di transazione.

Secondo la teoria dei costi di transazione⁹⁷, il consorzio di acquisto rappresenta una forma ibrida di coordinamento tra il mercato e la gerarchia che consente di ridurre i costi di transazione tra le aziende e i fornitori. Infatti se da un lato i membri del consorzio continuano ad operare come enti indipendenti e separati (in quanto mantengono autonomia gestionale rispetto alle funzioni di produzione), dall'altro essi si uniscono per la gestione della funzione di approvvigionamento (definendo specifici strumenti di coordinamento gerarchico) riducendo i costi diretti di transazione con i fornitori. La valutazione di questi benefici è effettuata rispetto al differenziale dei costi amministrativi sostenuti per la gestione delle attività che vanno dalla selezione del fornitore alla predisposizione della documentazione di gara, fino alla gestione del contratto.

Gli impatti organizzativi sono rappresentati dalla riduzione del personale dedicato alla gestione della funzione. Un'altra variabile rispetto alla quale la gestione consorziata sembra in grado di produrre un impatto significativo è il personale incaricato della gestione delle attività correlate al ciclo degli approvvigionamenti. L'accentramento può coinvolgere tutte le attività del ciclo degli acquisti (definizione del fabbisogno, predisposizione della documentazione di gara, espletamento delle procedure di gara, gestione del contratto, ricezione e stoccaggio della merce, pagamento delle fatture), ad eccezione della programmazione e dell'effettuazione

⁹⁶ Cit n.94.

⁹⁷ Coase, R. (1937). The theory of the firm. *Economica*, 4(16), 386-405.

dell'ordine, che rimangono generalmente prerogativa degli enti membri, in quanto correlate direttamente all'attività di produzione (definizione degli input e tempistica di utilizzo degli stessi).

L'accentramento della funzione dovrebbe garantire una progressiva razionalizzazione delle unità di personale. Da un lato le strutture consorziate, che non sono più tenute a svolgere le attività centralizzate, possono effettuare interventi di razionalizzazione del personale aziendale o di riqualificazione di posizioni da destinare ad altre attività. Dall'altro in relazione alle attività del consorzio, gli studi sottolineano come per rispondere al fabbisogno correlato alle attività ad esso trasferite sia sufficiente una dotazione organica inferiore alla sommatoria delle unità impiegate presso le singole strutture, grazie alla standardizzazione dei processi e alla specializzazione. Ovviamente, l'entità dell'impatto dipende in misura significativa dalle scelte effettuate nella definizione dell'assetto organizzativo del consorzio e delle evoluzioni in quello delle singole aziende che vi si associano. Altro fattore riguarda la standardizzazione dei processi, in quanto la costituzione di una forma accentrata per la gestione degli acquisti richiede, come presupposto, l'analisi dei processi all'interno delle singole aziende associate e la codificazione di nuove procedure organizzative standardizzate e condivise. Tale standardizzazione è potenzialmente in grado di promuovere un recupero di efficienza in termini di riduzione del numero di attività e della tempistica dedicata alle stesse. Si prevede spesso la predisposizione di bandi e capitolati di gara "tipo", che vengono di volta in volta adattati, a seconda dei beni/servizi acquistati, degli importi a base d'asta e dei criteri di aggiudicazione.

Si ha una maggiore specializzazione dello staff amministrativo, perché la creazione di consorzi costituisce l'occasione per la costituzione di unità organizzative multi-

specialistiche in grado di rispondere ai fabbisogni tradizionali ed «innovativi» dei membri. La costituzione di tali task force avviene generalmente attraverso due principali modalità: la mobilità di personale dagli enti membri o l'assunzione di nuove professionalità. In ogni caso si evidenzia la necessità di prevedere adeguati percorsi formativi in grado di rispondere ai fabbisogni della nuova struttura organizzativa.

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

Sempre negli impatti strategici troviamo quello sulla gestione dei rapporti con i fornitori. La centralizzazione crea l'opportunità per migliorare la gestione del portafoglio fornitori. Alcuni casi hanno evidenziato una sostanziale riduzione del numero dei fornitori (anche superiore al 50%), con una relativa semplificazione e razionalizzazione delle attività amministrative (dall'emissione dell'ordine, alla

gestione delle fatture e dei pagamenti) e conseguente impatto sui costi di gestione del processo. La riduzione del parco fornitori potrebbe inoltre rappresentare il presupposto per lo sviluppo di logiche innovative di partnership sul medio-lungo periodo. D'altra parte, la massa critica garantita dal consorzio consente di attrarre imprese che non erano interessate a rispondere ai fabbisogni dei singoli membri e di sviluppare progetti ed iniziative ad alto valore aggiunto per tutti i partecipanti. Fattore importante è il supporto ai membri, il consorzio è potenzialmente in grado di offrire ai suoi membri due principali benefici: da un lato quello già più volte citato di usufruire di un accresciuto potere di acquisto, dall'altro di fornire una struttura amministrativa di supporto più efficiente ed efficace, grazie alla qualificazione del personale e all'utilizzo di procedure e sistemi informativi in grado di semplificare il processo di acquisto per i membri. Frequentemente il consorzio è in grado di promuovere investimenti che difficilmente potrebbero essere promossi e sostenuti singolarmente (si pensi ai sistemi per la gestione di Osservatori Prezzi o all'attivazione di piattaforme tecnologiche a supporto del processo di acquisto, cd e-procurement). Oltre che i benefici attesi, in letteratura (Burns, 2008)⁹⁸ vengono evidenziate anche le criticità correlate alla costituzione di consorzi di acquisto. Si tratta di aspetti che, se non governati, sono in grado di compromettere il successo dell'iniziativa mentre, se governati, possono costituirne fattori a supporto dello sviluppo e consolidamento.

Pertanto si ottiene una riduzione progressiva dei risparmi sui costi di approvvigionamento che deriva dalla combinazione dei fattori su citati (economie di scala, specializzazione, razionalizzazione, standardizzazione, ecc.). Tuttavia, l'entità di tali risparmi tende ad essere rilevante nei primi anni di attività e a ridursi

⁹⁸ Burns, Lawton R., and J. Andrew Lee.(2008). Hospital purchasing alliances: Utilization, services, and performance. *Health Care Management Review*.

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

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

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

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

Si è detto che la standardizzazione dei processi e del portafoglio dei beni e servizi rappresentano i presupposti per l'operatività e l'efficienza dell'azione dei consorzi. La standardizzazione del processo richiede l'uniformazione delle tempistiche di programmazione e definizione del fabbisogno, attività che rimane in capo alle aziende associate. Si tratta di una fase fondamentale del processo, che dovrebbe costituire il presupposto per l'avvio delle altre fasi di gara. In realtà, tale attività riveste una criticità fondamentale, che cresce con il numero di soggetti coinvolti nell'iniziativa. Per questo motivo, ai membri viene generalmente garantita la possibilità (anche in caso di consorzi obbligatori) di gestire in autonomia alcuni acquisti, generalmente per importo ridotti (cd in economia). Tale norma, che dovrebbe rappresentare un'eccezione alla regola, rischia di diventare la modalità ordinaria di approvvigionamento per quei beni/servizi il cui fabbisogno non era

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

Un aspetto rilevante riguarda i meccanismi di governance del consorzio e gli assetti organizzativi, ovvero della modalità con cui i membri esercitano un potere di indirizzo e controllo, formale e sostanziale, sulle attività dello stesso. La criticità di tale aspetto è ancor più rilevante nel momento in cui il consorzio è un ente terzo, giuridicamente indipendente dai membri e promosso da un'autorità sovra-aziendale locale o nazionale.

Molti contributi della letteratura⁹⁹ (Cleverley e Nutt, 1984) hanno evidenziato come la scarsa partecipazione dei soggetti coinvolti nell'associazione nel processo decisionale e di costituzione del consorzio di acquisto ne riduca potenzialmente i benefici attesi.

⁹⁹ Cleverley W., e Nutt P. (1984), «The Effectiveness of Group-Purchasing Organizations», *Health Services Research*, 19 (1), pp. 65-81.

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

2.4 Le possibili aree di criticità ed i fattori di successo

Alcuni autori come Johnson e Schotanus, hanno evidenziato alcune aree di possibili criticità nella gestione delle unioni d'acquisto. L'attenzione è ricaduta sui costi di coordinamento che necessariamente intervengono in tali tipologie di acquisti, in quanto le esperienze di gruppi d'acquisto hanno dimostrato che è indispensabile prevedere dei momenti di scambio di informazioni e condivisione di scelte fra tutti i membri, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro che definisce le regole condivise ex-ante in modo da non avere problemi in fase di programmazione ed esecuzione dell'acquisto. Altro aspetto critico può essere rappresentato dalla perdita di controllo sui processi da parte di ogni singola organizzazione e si sostanzia in una perdita di autonomia, ma molto dipende dall'assetto organizzativo e dai meccanismi di governance. Se poi consideriamo un'asse temporale di medio-lungo periodo si avrà una riduzione dei vantaggi in termini di prezzo derivanti dagli acquisti consorziati, pertanto sarà necessario individuare con il trascorrere del tempo ulteriori aree di miglioramento. Ulteriore criticità è rappresentata dalla resistenza agli acquisti consorziati da parte del mercato dei fornitori, visto che l'obiettivo a breve termine delle unioni di acquisto è quello di ottenere dei prezzi più vantaggiosi in ragione dei maggiori volumi acquistati, alcuni fornitori soprattutto di piccole e medie dimensioni non riescano a garantire la quantità richiesta a meno di costituzioni di aggregazioni di

imprese. Pertanto la riduzione dei prezzi e l'aumento dei volumi fanno riflettere su quelle che dovrebbero essere le dimensioni dei consorzi, i quali portano sì ad un risparmio di prezzo ma potrebbero causare costi sociali dovuti alla chiusura di alcune imprese fornitrici per i motivi su esposti. Passando poi all'enumerazione dei fattori di successo, si nota come la letteratura internazionale si sia soffermata su tale fattispecie soltanto da pochi anni. Aumentando sempre più il numero delle esperienze di centralizzazione è importante individuare quelli che sono i fattori che rafforzino la collaborazione, la stabilità e la permanenza di un tale modello.

Una delle metodologie utilizzate in letteratura per analizzare questi fattori è il case study, con strumenti come il questionario o interviste a chi vive all'interno di tali organizzazioni. Dall'analisi della letteratura abbiamo potuto identificare alcune considerazioni, la prima è che gli studiosi non ritengono importante il grado di formalità dei vari modelli utilizzati¹⁰⁰(Bakker et al.,2006; Johnson,1999; Schotanus,2010), anche in assenza di accordi formalizzati un'unione d'acquisto può gestire in maniera efficace le sue attività e le interdipendenze tra i membri. Anche l'uniformità dell'attività e dei processi interni non è vista come un fattore determinante¹⁰¹(Schotanus, 2010).

I fattori rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi sono:

- il più rilevante è la partecipazione volontaria da parte dei membri del gruppo¹⁰²(Schotanus,2007). L'obbligatorietà della partecipazione viene vista come un processo top-down che minerebbe la performance del consorzio.

100 Cit. n.87

101 Cit. n.87

102 Cit.n.87

- il supporto interno ed il commitment¹⁰³(Schotanus,2007; Bakker et al.,2006), è importante che chi fa parte di queste organizzazioni capisca la loro natura e ne percepisca i benefici contribuendo a raggiungerne gli obiettivi.
- la comunicazione tra i membri del consorzio¹⁰⁴(Kivisto et al., 2003; Schotanus, 2010), questo fattore essendo legato ai costi di coordinamento è gestito in una visione strategica che presuppone l'investimento in adeguati sistemi informativi.
- uguale potere decisionale per tutti i membri del gruppo¹⁰⁵(Schotanus, 2007;2010).

103 Cit n..87

104 Cit.n.87

105 Cit.n.87; Schotanus, F., Telgen, J., & de Boer, L. (2010). Critical success factors for managing purchasing groups. *Journal of purchasing and supply management*, 16(1), 51-60.

CAPITOLO 3 ANALISI DEI MODELLI REGIONALI DI ACQUISTO

3.1 La gestione centralizzata degli acquisti per la razionalizzazione e la riqualificazione della spesa

Si stanno diffondendo nel settore sanitario soluzioni gestionali innovative aventi come fine la razionalizzazione della spesa per la gestione degli acquisti di beni e servizi. Il ruolo della centralizzazione degli acquisti, conosciuta in letteratura a livello internazionale esaminata nel secondo capitolo, come collaborative purchasing, è ormai una propensione diffusa nelle modalità di gestione degli approvvigionamenti e nella movimentazione dei beni delle amministrazioni pubbliche e sanitarie in particolare se si considera la supply chain (Bovaird, 2006; Schotanus, Telgen e De Boer, 2009)¹⁰⁶. Il focus su questo argomento si è modificato, passando da un approccio fondato su studi teorici ad uno sempre più orientato verso analisi empiriche basate sulle esperienze di acquisti consorziati a livello internazionale (Nollet e Beaulieu, 2003; Tella e Virolainen, 2005)¹⁰⁷. Storicamente, nell'ambito sanitario il principale obiettivo perseguito si sostanzia nella riduzione dei costi (Schotanus, 2005)¹⁰⁸: da uno studio condotto su 221 istituzioni sanitarie degli stati uniti è risultato che i risparmi derivanti dalla costituzione di un purchasing group variano dal 10% al 15% (Muse & Associates, 2000)¹⁰⁹. Questi risparmi sono

¹⁰⁶ Bovaird T.,(2006). Developing new form of partnership with the markets in the procurement of public service, Public Administration.

Schotanus F., Telgen J., De Boer L.,(2008). Success factors for managing purchasing groups: an empirical survey, Proceedings of the 17th IPSERA Conference, Perth (Australia).

¹⁰⁷ Nollet J., Beaulieu M.,(2003). The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector, Journal of Purchasing and Supply Management.

Tella E., Virolainen V.M.(2005). Motives behind purchasing consortia, International Journal of Production Economics.

¹⁰⁸ Schotanus F. (2005), Cooperative purchasing within the United Nations, IPSERA Conference Proceedings, Archamps.

¹⁰⁹ Muse & Associates,(2000). The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System, Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA), Washington.

principalmente dovuti a due aspetti: da un lato, le unioni d'acquisto riducono i prezzi come conseguenza dell'aumento della quantità acquistata; le economie di scala che ne derivano, quindi, sono dovute a un aumento del potere di mercato dell'organizzazione rispetto a quello dei singoli membri che costituiscono l'unione; dall'altro lato, le ridotte procedure amministrative per la gestione di tutte le attività collegate alle fasi di acquisto (come ad esempio la predisposizione della documentazione di gara o la gestione dei contratti) hanno come effetto la riduzione dei costi di transazione. Altri benefici consistono nella riduzione e maggiore specializzazione del personale dedicato alla funzione acquisti e nella standardizzazione dei beni e servizi (Schotanus, 2007)¹¹⁰. Il porre in essere un consorzio d'acquisto dovrebbe con il passar del tempo portare a una riduzione numerica del personale dedicato alla funzione nelle singole organizzazioni, sia nel caso in cui ci sia stata la costituzione di un soggetto terzo – le unità di personale necessarie allo svolgimento delle attività sarebbero inferiori rispetto alla sommatoria del personale utilizzato dai membri dell'organizzazione –, sia nel caso in cui l'unione di acquisto avvenga senza l'istituzione di un nuovo soggetto, ma con l'attribuzione di specifiche funzioni ai membri dell'organizzazione. Nell'ultimo caso, i vantaggi deriverebbero sia dalla standardizzazione dei processi, sia dalla specializzazione del personale amministrativo, in tal senso i consorzi d'acquisto potrebbero incentivare una valorizzazione delle professionalità e un consolidamento del know-how nell'intero sistema. Contemporaneamente all'identificazione dei principali fattori di successo, gli stessi autori hanno individuato alcune possibili aspetti critici della gestione dei consorzi d'acquisto. Il primo aspetto riguarda gli inevitabili costi di coordinamento che si manifestano nella gestione del consorzio. Per il buon

110 Cit n.84

funzionamento del consorzio, è necessario prevedere momenti di scambio di informazioni e di condivisione delle decisioni fra tutti i membri che lo costituiscono. Le principali esperienze di unioni d'acquisto dimostrano che un elemento necessario è rappresentato dalla creazione di gruppi di lavoro nei quali tutti i membri siano rappresentati, e nel quale siano circoscritte ex ante le regole del gioco, condivise da tutti i partecipanti. Ovviamente, questo comporta maggiori impegni e tempistiche più lunghe, in particolar modo in fase di programmazione delle attività, ma consente di evitare eventuali divergenze nelle fasi successive al momento dell'acquisto. Un'ulteriore aspetto critico è rappresentato dalla immaginabile perdita di controllo sui propri processi da parte dei membri di ogni singola organizzazione, perché il trasferimento di alcune proprietà e la ricerca di soluzioni condivise, non sempre ottime per tutti i soci, comporta una riduzione della singola autonomia.

Dal 2006 in poi sono stati pubblicati numerosi contributi anche a livello nazionale, diretti ad evidenziare la diffusione di tali innovazioni nel nostro SSN (Brusoni e Marsilio, 2007; Marsilio e Mele, 2010; Amatucci e Mele, 2012; Barba, 2016)¹¹¹.

Alcuni studi nazionali hanno analizzato l'accentramento a livello sovra aziendale della gestione della funzione acquisti e anche della logistica (Boscolo et al., 2011)¹¹².

In Italia, già a partire dagli inizi degli anni 2000, si è assistito ad iniziative di centralizzazione e di coordinamento degli acquisti di beni e servizi in sanità, nate in

111 Brusoni M., Marsilio M.,(2007). La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2007, Milano, Egea.

Marsilio M., Mele S.,(2010). La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze internazionali a confronto, Mecosan, SIPIS.

Amatucci F., Mele S.,(2012). I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentrimento, Milano, Egea, seconda edizione.

Barba M. (2016), La Centralizzazione degli Acquisti Pubblici, in Brusoni M. et al. (a cura di), Gli Acquisti Pubblici Un Approccio Manageriale per la Gestione del Cambiamento.

112 Boscolo et al., Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain in sanità: esempi nazionali ed internazionali a confronto,(2011). in Cantù E. (a cura di), Rapporto Oasi 2011, Milano, Egea.

modo spontaneo e senza un unico approccio condiviso. Sebbene spesso tali iniziative e soluzioni innovative di razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi e della gestione della logistica siano state promosse dai programmi operativi delle regioni in Piano di Rientro. Nei cui piani è presente una sezione dedicata alla razionalizzazione della spesa, con l'indicazione di obiettivi connessi all'adozione di strategie e logiche innovative proprio nella gestione degli acquisti (De Pietro et al., 2014)¹¹³.

Attraverso due decreti legge di Spending Review del 2012 (DL n. 52/2012 e n. 95/2012) è stato avviato un processo più organico di razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica per l'acquisto di beni e servizi. Successivamente, con il DL n. 66/2014), si è stabilita la razionalizzazione della spesa per gli acquisti di alcune specifiche categorie di beni e servizi, poi esplicitate con il DPCM 24/12/2015, ed il rafforzamento della funzione di acquisto in centrali di committenza nazionali e regionali e Soggetti Aggregatori. La rilevanza della centralizzazione degli acquisti è stata ricordata nella Legge di Stabilità 2016 (L. 28/12/2015, n. 208) ed il nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 50/2016) rafforza l'obbligo per le stazioni appaltanti italiane di ricorrere in modo esclusivo a forme di aggregazione o centralizzazione delle committenze, anche attraverso un Soggetto Aggregatore, per gli acquisti oltre soglia comunitaria. Le fondamentali direttrici su cui si è estrinsecato il cambiamento della politica degli acquisti sono: 1) centralizzazione; 2) standardizzazione; 3) digitalizzazione.

¹¹³ De Pietro et al., La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto,(2014). in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2014, Milano, Egea.

La prima direttrice ha dato corso all'istituzione e al rafforzamento di centrali di committenza nazionali e regionali e/o alla promozione di consorzi per gli acquisti di area vasta sovra-aziendale, incrementando così la grandezza dei bacini di riferimento, già di fatto aumentate per la riduzione del numero di aziende del SSN. La centralizzazione ha predisposto la costituzione di soggetti specializzati a livello nazionale (Consip), regionale (es. Arca, Soresa), territoriale (es. AVEN in Emilia Romagna). Tradizionalmente le centrali di committenza si sono occupate di gestire le gare, lasciando in capo ai singoli enti l'attività e la responsabilità di analisi del fabbisogno e di gestione ed esecuzione dei contratti. Con la seconda direttrice vi è stato il tentativo di introdurre prezzi e contratti standard. Attraverso la standardizzazione si è cercato di ridurre la varianza dei comportamenti d'acquisto (bandi, capitolati, clausole contrattuali) la cui diversità non sempre si fonda su effettive necessità di differenziazione. L'assunto alla base di questo ragionamento è che standardizzare bandi e capitolati permette di confrontare i risultati degli acquisti tra amministrazioni, riducendo l'asimmetria informativa e creando benchmark di riferimento, finalizzati soprattutto al contenimento dei costi. Per questo motivo si è stabilito, ad esempio, che prezzi e capitolati predisposti da Consip S.p.A., o da altre centrali di committenza, diventassero il benchmark di riferimento per tutte le amministrazioni, che avrebbero potuto operare acquisti in autonomia solo nel caso in cui fossero in grado di ottenere condizioni migliori. A questi si aggiungono capitolati standard e prezzi di riferimento definiti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Evidentemente, questo processo di standardizzazione può trovare, in prima approssimazione, più ampia applicazione nell'acquisto di beni anziché di servizi le cui specifiche dipendono dal contesto in cui si svolgono.

La terza direttrice ha riguardato l'adozione e implementazione di strumenti di e-procurement.

3.1.1 Evoluzioni normative nazionali

Dal 2012, le manovre di Spending Review hanno stabilito alcune misure da adottare in merito ai contratti stipulati dalle aziende sanitarie per l'acquisto di beni e servizi. Il primo decreto (DL 7 maggio 2012, n. 52, riguardante «Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica», convertito con modificazioni dalla Legge 6 luglio 2012, n. 94) ha introdotto per le AS (Aziende Sanitarie) la possibilità di rinegoziare o rescindere i contratti in essere, con riduzioni dei prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento nel caso in cui ci fossero differenze importanti nei prezzi unitari stessi (art. 7 bis). Il secondo decreto (DL 6 luglio 2012, n. 95, su «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario», convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135; art. 15, c. 13) ha stabilito una riduzione del 5% degli importi relativi a contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi in essere. La validità della norma è stata limitata al 31/12/2012 per la fornitura di dispositivi medici (DM). Tali decreti hanno introdotto, per le AS che hanno provveduto alla rescissione del contratto la facoltà di accedere a convenzioni-quadro anche in altre regioni o ad affidamenti diretti a condizioni più convenienti per l'approvvigionamento dei beni e servizi necessari per garantire l'attività assistenziale.

Il DL 24 aprile 2014, n.66, convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014, n. 89, ha istituito i (Soggetti Aggregatori) SS.AA., di cui fanno parte CONSIP Spa, una centrale di committenza per ogni regione ed altre figure (città metropolitane e

province) che abbiano fatto richiesta ad ANAC di iscrizione all'Elenco Nazionale dei SS.AA.. Attualmente i SS.AA. sono 34, secondo quanto deliberato da ANAC L'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) con delibera n.31 del 17 gennaio 2018 e con delibera n.781 del 4 settembre 2019 ha approvato l'elenco dei soggetti aggregatori risultante in esito alla definizione della procedura prevista dagli articoli 3, 4 e 5 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 novembre 2014 (Figura n.). I SS.AA. non sono sostitutivi delle centrali regionali di committenza già costituite in quanto il loro compito è di indire le procedure di acquisto relative alle sole categorie merceologiche definite dal Tavolo tecnico dei Soggetti Aggregatori, anch'esso istituito con il medesimo decreto. Il Tavolo tecnico definisce entro il 31 dicembre di ogni anno la lista delle categorie di beni e servizi e delle relative soglie al superamento delle quali gli enti pubblici debbono acquistare attraverso i Soggetti Aggregatori. Le attività del Tavolo tecnico sono definite nel DPCM 11 novembre 2014 (art.2, c. 1), che ha previsto anche l'istituzione di gruppi di lavoro finalizzati al supporto tecnico su specifiche tematiche. Il Gruppo di Lavoro Sanità svolge le proprie attività in otto sottogruppi operativi tematici: Farmaci e vaccini, Emodinamica, Ausili incontinenza, Servizi tecnico alberghieri, Cardiologia, Protesi d'anca, Medicazioni, aghi e siringhe, Manutenzioni apparecchiature. Il Piano di Lavoro del Gruppo Sanità prevede una serie di attività. La prima, già completata, è relativa al supporto all'individuazione delle categorie merceologiche da centralizzare, che sono state poi definite per il biennio 2018-2019, unitamente alle relative soglie di obbligatorietà, dal DPCM 11 luglio 2018.

Categorie di DM	Soglie
Stent, Protesi d'anca, Defibrillatori, Pacemaker, Facility management immobili, Pulizia immobili, Manutenzione immobili e impianti	Soglia di rilevanza comunitaria per i contratti pubblici di forniture e di servizi aggiudicati dalle amministrazioni diverse dalle autorità governative centrali
Farmaci, Vaccini, Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali), Medicazioni generali, Aghi e siringhe, Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali, Servizi di pulizia/ ristorazione/lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, Servizi di smaltimento rifiuti sanitari, Vigilanza armata, Guardiania	40.000 €

Tab.n. 1. Categorie merceologiche e relative soglie.

La Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208) ha confermato l'esigenza di garantire l'effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, imponendo agli enti del SSN di approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche individuate dal DPCM 24 dicembre 2015, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento o di Consip S.p.A.

3.1.2 Il codice degli appalti e le centrali di committenza

Il nuovo Codice degli Appalti (d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50) ridisegna in parte il sistema di centralizzazione degli acquisti, sia per le AS sia per gli enti locali. Innanzitutto, prevede forme e modalità differenti di acquisto a seconda del valore della fornitura. Le stazioni appaltanti possono effettuare, direttamente ed autonomamente, acquisti di forniture e servizi fino a 40.000 euro; invece, senza limiti di importo, possono acquisire beni attraverso ordini sugli strumenti messi a disposizione dalle Centrali di Committenza (art. 37 c. 1). Al di fuori di questi casi, fino alla soglia comunitaria (pari a 209.000 €), le stazioni appaltanti in possesso dei requisiti di qualificazione di cui all'art. 38 possono effettuare acquisti attraverso gli

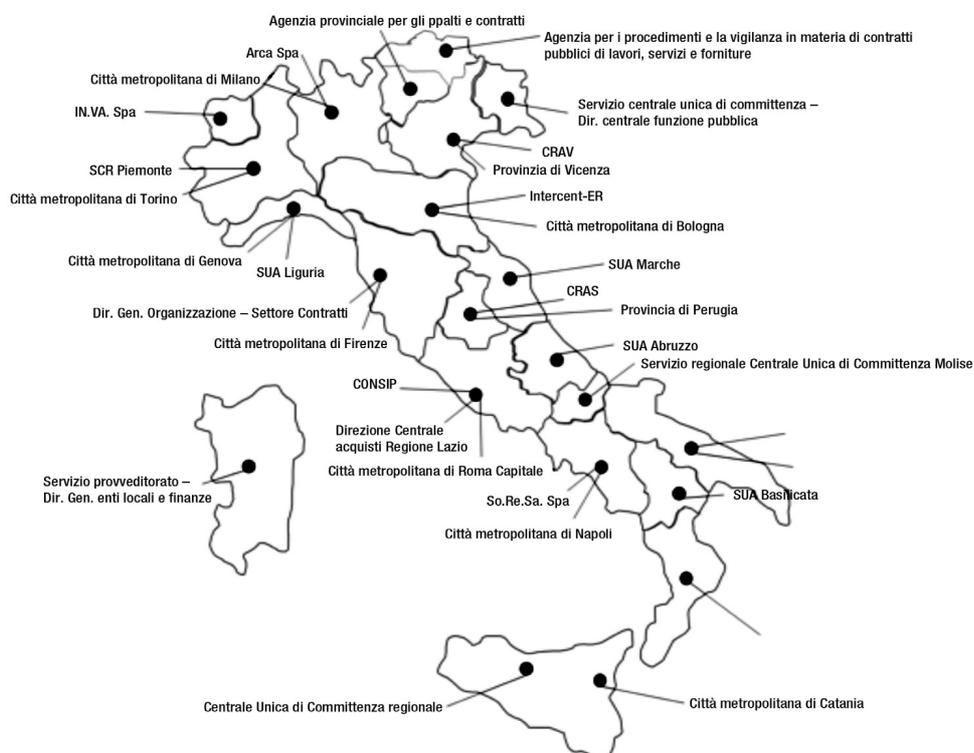
strumenti telematici di negoziazione messi a disposizione dalle Centrali di Committenza (art. 37 c. 2). In caso di indisponibilità di tali strumenti, anche in relazione a singole categorie merceologiche, le stazioni appaltanti possono ricorrere alle centrali di committenza, o a forme di aggregazione, oppure possono svolgere una procedura ordinaria. Se invece le stazioni appaltanti non sono in possesso dei requisiti di qualificazione stabiliti dall'articolo 38, devono necessariamente ricorrere ad una Centrale di Committenza, oppure devono aggregarsi con una o più stazioni appaltanti aventi la necessaria qualifica (art. 37, c. 3). Sopra la soglia comunitaria, le stazioni appaltanti devono comunque obbligatoriamente ricorrere alle Centrali di Committenza (se ci sono le condizioni, in termini di convenzioni attive, dimensioni e caratteristiche della fornitura, condizioni di gara); in assenza di queste condizioni, le AS possono procedere attraverso lo svolgimento di una procedura ordinaria. Naturalmente, come visto in precedenza, in relazione alle categorie merceologiche contenute nel DPCM 11/07/2018 (e futuri DPCM, con cadenza biennale) permane un obbligo assoluto di adesione, anche rispetto a convenzioni sottoscritte da altre regioni (con unico limite del rispetto del plafond contrattuale).

Per le AS, le norme del Codice degli Appalti vanno integrate con i provvedimenti specifici in materia di spesa, già richiamati in precedenza (da ultimo, decreto legge 66/2014, legge di Stabilità 2016 e spending review) che hanno disciplinato ambiti e modalità di acquisto nel settore sanitario e che sottolineano gli obblighi di ricorso a Consip S.p.A. o alle Centrali di acquisto regionali, per i beni e servizi stabiliti con provvedimenti governativi.

Il Codice dei Contratti ribadisce che le Centrali di Committenza possono agire sia come centrale di acquisto (ovvero aggiudicare appalti, stipulare ed eseguire i

contratti per conto delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori), sia come gestore di procedure di gara (ovvero stipulare accordi quadro ai quali le stazioni appaltanti qualificate possono ricorrere per l'aggiudicazione dei propri appalti; oppure gestire sistemi dinamici di acquisizione e mercati elettronici). Tra le Centrali di Committenza figura anche la cosiddetta «Stazione Unica Appaltante» (SUA), che ha però un ambito di intervento limitato alla sola gestione della procedura di gara. La SUA è, di fatto, un ufficio centralizzato, specializzato nella gestione degli appalti, che sulla base delle richieste delle amministrazioni che ad essa aderiscono, cura integralmente la fase della gara, assumendosi anche la responsabilità della scelta dei sistemi e criteri da utilizzare, fino alla stipulazione dei contratti e anche all'assistenza all'eventuale contenzioso delle gare.

Fig. n.1 Soggetti Aggregatori. Fonte: ANAC.



3.1.3 Consip S.p.A.

Nell'ambito dell'attuazione del Programma di revisione della spesa pubblica, i due decreti sulla spending review (d.l. n. 52/2012 convertito nella l. n. 94/2012; d.l. n. 95/2012 convertito nella l. n. 135/2012 – recanti “*disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”) hanno rafforzato il ruolo di Consip, la quale assume tutt'oggi il duplice ruolo di “stazione appaltante” che con strumenti di acquisto quali (convenzioni, accordi quadro, gare su delega, definizione dei benchmarks, riduzione dei prezzi unitari, efficientamento processi) e di “gestore del mercato telematico” che con strumenti di negoziazione quali (mercato elettronico, sistema dinamico di acquisto, aste elettroniche), sostenendo una stretta *partnership* ed una continua collaborazione con le amministrazioni oltre ad una perpetua interazione con il mercato della fornitura, al fine di sostenere innovazione, trasparenza e risparmio. L'obbligo-facoltà di ricorrere agli strumenti di centralizzazione. Il c.d. sistema “a rete” degli acquisti dopo gli interventi legislativi in materia di spending review, previsto dalla l. n. 296/06 (legge finanziaria per il 2007), ha lo scopo di perseguire l'armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa, realizzandosi, al contempo, sinergie nell'utilizzo degli strumenti informatici tra le centrali d'acquisto presenti nel territorio nazionale e collocate su piani istituzionali diversi (Consip e centrali d'acquisto territoriali)¹¹⁴. Per rendersi concreta una *performance management* nell'ambito del sistema a rete, i due decreti del 2012 hanno fortemente inciso nel quadro dell'obbligo - facoltà di ricorso agli strumenti di centralizzazione. Con il primo decreto (n.52/2012), s'è generalizzato l'obbligo di utilizzo delle convenzioni Consip per tutte le tipologie di

¹¹⁴ R. Parlangeli - D. Pellerano,(2012). *Tecniche di performance management per migliorare la PA*, Bologna, Franco Angeli, p. VI.

beni e servizi acquistabili dalle amministrazioni pubbliche e periferiche dello stato che, in precedenza, erano tenute a rispettare tale obbligo solo nelle categorie di beni e servizi individuate annualmente con d.m. del MEF; inoltre, in ordine alle modalità di acquisto sotto la soglia comunitaria, s'è esteso l'obbligo di ricorso al mercato elettronico della p.a. gestito da Consip (art. 328 d.P.R. n. 207/2010). Per le restanti amministrazioni pubbliche invece, individuate ex d.lgs. n. 165/2001, art. 1, comma 2, il decreto ha previsto solo la facoltà di ricorrere alle convenzioni di Consip o delle centrali regionali d'acquisto, col limite massimo di rispettare i parametri prezzo-qualità quali soglie massime per la stipula dei contratti, mentre, per gli acquisti sotto la soglia comunitaria, sono tenute a ricorrere al mercato elettronico della Pubblica Amministrazione o di altra centrale di committenza (od eventualmente al proprio, sempre con il rispetto dei *benchmarks*). Circa la metà dei contratti quadro sono aggiudicati attraverso gare elettroniche cc.dd. dematerializzate, ove la presentazione delle offerte si svolge interamente online attraverso la piattaforma Consip. Alla luce di ciò, Consip svolge un ruolo centrale nella c.d. "catena del valore", ovvero quella sequenza di fasi proprie del processo di acquisto, che parte dalla rilevazione del fabbisogno sino al monitoraggio della fornitura. Tale ruolo centralizzatore di Consip qual centrale di committenza, "modello" per le centrali di acquisto territoriali di cui si tratterà in seguito, porta in dote tutta una serie di vantaggi: dalla semplificazione della gestione degli approvvigionamenti per la P.A., che è affidata a un unico referente con i conseguenti risparmi di processo, alla certezza della spesa, per cui l'amministrazione conosce fin dall'inizio quanto pagherà per il servizio, potendo dunque programmare meglio l'utilizzo delle proprie risorse.

3.2 Mappatura dell'accentramento degli acquisti nei SSR

Per ogni regione, l'analisi seguente approfondisce gli aspetti relativi all'assetto istituzionale (scelta della modalità giuridica; centrale di committenza con personalità giuridica autonoma o utilizzo della personalità giuridica di un'azienda scelta come capofila; presenza di rete di centrali di committenza attraverso il meccanismo dell'unione o aggregazione di acquisto); al modello di governance (numero di livelli di aggregazione – regionale, area vasta/ bacino, sovraziendale e aziendale – determinazione dell'equilibrio tra i diversi livelli); alle modalità organizzative e di funzionamento del modello (fasi del processo di procurement: definizione dei fabbisogni delle singole aziende e modalità di aggregazione – a che livello e con quali figure professionali; stesura dei capitolati di gara e partecipazione da parte delle aziende coinvolte, attraverso momenti di coordinamento e costituzione di gruppi di lavoro; nomina delle Commissioni di gara e modalità di coinvolgimento dei professionisti delle aziende; stipula dei contratti e pagamento delle relative fatture). Prima dell'analisi regionale, è importante sottolineare il ruolo di Consip S.p.A. quale Centrale di Acquisto nazionale, inserita di diritto tra i Soggetti Aggregatori. Come richiamato in precedenza, Consip opera prevalentemente attraverso due modalità: le convenzioni quadro di cui all'articolo 26 della legge 488/1999 e la gestione del MEPA. Il modello delle Convenzioni quadro è molto flessibile, in quanto si prevede la stipula di contratti quadro, a seguito di una gara di appalto, sulla base dei quali le imprese fornitrici aggiudicatrici si impegnano ad accettare, alle condizioni e ai prezzi stabiliti, gli ordinativi delle amministrazioni pubbliche, fino a concorrenza di un importo/quantitativo predeterminato o, comunque, fino alla scadenza della convenzione. Le AS emettono gli ordinativi di fornitura (via fax oppure on line) direttamente nei confronti dei fornitori aggiudicatari. Tutte le amministrazioni

pubbliche possono utilizzare le convenzioni, effettuando acquisti anche di importi superiori alla soglia di rilievo comunitario, senza dover procedere a una ulteriore selezione. Il modello previsto dalla legge n. 296/06 prevede un'adesione facoltativa alle convenzioni Consip, da parte di AS (o di stazioni appaltanti appositamente aggregate); tuttavia, in caso di mancata adesione alle convenzioni attive, nel ricorrere a proprie procedure di gara, è necessario utilizzare i parametri di prezzo-qualità delle convenzioni Consip come limiti massimi, per l'acquisto di beni e servizi comparabili con l'oggetto delle stesse. Tra gli strumenti di acquisto disponibili, le AS possono ricorrere direttamente, senza obbligo di ulteriore procedura di selezione, anche al MEPA, gestito da Consip. Il MEPA è un vero e proprio mercato elettronico, disponibile sul portale degli acquisti in rete gestito da Consip (www.acquistinretepa.it), in cui i fornitori che hanno ottenuto l'abilitazione offrono i propri beni e servizi direttamente on-line. Il sistema Consip, operativo ormai da oltre quindici anni, ha permesso alle amministrazioni pubbliche di raggiungere numerosi vantaggi, in termini di significative economie di scala (prezzi unitari inferiori, dovuti all'aggiudicazione di quantitativi maggiori); alleggerimento delle attività degli uffici dedicati agli acquisti (l'adesione a un sistema di convenzioni centralizzate ha permesso una redistribuzione delle competenze, concentrando maggiormente l'attenzione sulla programmazione aziendale e sull'analisi dei fabbisogni) risparmi nei costi e nei tempi delle procedure e raggiungimento di un maggiore livello di efficienza; semplificazione e trasparenza nei rapporti tra pubblica amministrazione e fornitori. Lo stesso ricorso al MEPA ha comportato una riduzione degli oneri di gestione delle gare, una significativa riduzione dei tempi di contrattazione, l'accessibilità a una base potenzialmente maggiore di fornitori abilitati, tale da permettere una migliore individuazione di fornitori più competitivi; una maggiore

facilità di confronto dei prodotti e trasparenza informativa, grazie all'utilizzo di cataloghi on line. Il consolidamento dell'esperienza Consip ha permesso, negli ultimi anni, di superare alcune criticità, legate, soprattutto nel settore sanitario, alla limitata gamma delle convenzioni, in passato limitate prevalentemente a prodotti fortemente standardizzabili. Negli ultimi anni le convenzioni Consip si sono arricchite ed ampliate, offrendo anche maggiore flessibilità e personalizzazione degli acquisti effettuati dalle AS. Di seguito ci sarà un excursus sull'evoluzione delle soluzioni di acquisto specifico per ogni regione italiana, al fine di mettere in evidenza l'eterogeneità delle scelte effettuate da ogni singola regione.

Abruzzo

Nonostante la necessità di un coordinamento regionale degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario sia stata riconosciuta fin dal 2004, con la previsione di un «Ufficio unico degli acquisti» e sia stata richiamata nei Piani di Rientro, di fatto tale struttura non è stata mai resa operativa, demandando alle AS alcune funzioni di coordinamento, attraverso unioni di acquisto. La normativa nazionale in merito ai SS.AA. ha costituito, quindi, un forte impulso per la revisione ed il rafforzamento del modello organizzativo ed operativo. Al momento, in qualità di Soggetto Aggregatore, è stato indicato l'Ufficio Stazione Unica Appaltante Vigilanza ed Osservatorio dei Contratti Pubblici, incardinato nel Servizio del Genio Civile del Dipartimento Opere Pubbliche Governo del Territorio e Politiche della Regione, struttura che già nel 2014 era stata indicata per la gestione, in maniera aggregata, di tutte le procedure ad evidenza pubblica della Regione Abruzzo, compresi i Comuni, le AS e tutti gli enti regionali presenti sul territorio.

Si tratta, in realtà, di una attribuzione transitoria, in attesa del completamento del processo di riforma dell'Agenzia regionale per l'informatica e la Telematica (ARIT), che, con il nuovo nome di ARIC (Agenzia regionale per l'informatica e la Committenza), assumerà anche le funzioni definitive in materia di Centrale Unica di Committenza regionale, Stazione Unica Appaltante e Soggetto Aggregatore. La regione ha previsto un modello basato su 3 livelli di aggregazione: regionale, sovra-aziendale e aziendale.

Basilicata

Nel 2008 è stato attribuito al Dipartimento Salute della Regione un ruolo di indirizzo, monitoraggio e sorveglianza tramite l'Osservatorio Regionale dei Prezzi, dei Servizi e delle Tecnologie nel Settore della Sanità (OPT) ed alle AS un ruolo operativo e gestionale delle procedure di gara (con la promozione di acquisti aggregati con Unioni Regionali d'Acquisto interaziendali – URA – con una Azienda capofila). Nel 2012, è stato istituito il Dipartimento interaziendale del SSR, quale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale del SSR e centrale di committenza. Nel 2014, la Regione ha provveduto ad istituire la SUA, come organo di supporto alla Presidenza, per l'affidamento di lavori, servizi e forniture per importi superiori a quelli relativi agli acquisti in economia e come Centrale di Committenza per le Aziende del SSR. La SUA, per procedure di importo superiore a quello delle acquisizioni in economia, svolge le funzioni di: Stazione unica appaltante per conto della singola azienda o dell'ente sanitario regionale; Centrale di committenza, per conto delle aziende o enti del servizio sanitario regionale; Soggetto Aggregatore iscritto nell'elenco ANAC.

Calabria

Nel 2007 la Regione Calabria ha istituito la SUA; con riferimento al settore sanitario, la SUA ha la finalità di supportare lo svolgimento di gare aggregate per le AS, che hanno l'obbligo di aderire. Generalmente, la SUA si occupa di tutte le fasi procedurali, dalla stesura del bando e capitolato alla nomina delle Commissioni di gara.

Campania

So.Re.Sa. Spa – Società Regionale per la Sanità – è una società strumentale costituita dalla Regione Campania nel 2004 per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale, anche attraverso il ruolo di centrale acquisti per le aziende del sistema sanitario regionale. Le AS sono obbligate a ricorrere ai contratti stipulati da So.Re.Sa., potendo effettuare in via autonoma solo acquisti di importo pari o inferiore a 50.000 euro per beni e servizi non ricompresi in contratto So.Re.Sa. ed al di sotto di 209.000 euro per l'acquisto e/o il noleggio di apparecchiature sanitarie. Le Aziende, inoltre, sono obbligate a: 1) trasmettere, entro il 30/09 di ogni anno il proprio fabbisogno annuale alla So.re.sa; 2) redigere e trasmettere a So.Re.Sa un piano triennale relativo alle esigenze di beni e servizi, con il relativo fabbisogno finanziario, da aggiornare annualmente nel corso del triennio; 3) nominare, per ciascuna AS, un referente in qualità di Responsabile Comunicazioni Acquisti Centralizzati, al fine di garantire il puntuale e corretto invio dei dati alla So.Re.Sa. Dal 2014, il ruolo di So.Re.Sa. è stato ulteriormente rafforzato attribuendole il ruolo di Soggetto Aggregatore ed estendendo la sua operatività a tutti gli enti pubblici regionali. Inoltre, è stata prevista l'estensione del ruolo di centrale unica per l'esecuzione dei pagamenti, dovuti per l'esercizio del servizio sanitario e

dei debiti regolarmente accertati delle AS. Il caso So.Re.Sa. sarà trattato in maniera più approfondita nel quarto capitolo.

Emilia Romagna

Il processo di aggregazione degli acquisti in Emilia-Romagna ha avuto inizio sulla spinta del PSR 1999-2001. A partire da allora, la Regione ha incentivato lo sviluppo di forme di aggregazione interaziendale a livello di tre macro aree territoriali, le «Aree Vaste» Emilia Nord (AVEN), Centro Emilia (AVEC) e Romagna (AUSL), per la gestione dei processi di approvvigionamento di beni e di servizi economici e sanitari, lasciando loro autonomia nella definizione del modello organizzativo che si ritenesse più funzionale. Le tre Aree Vaste costituiscono, ad oggi, la dimensione strategico-organizzativa ed operativa identificata dalla regione come ottimale per l'attività di programmazione dei servizi e la gestione aggregata di specifiche attività amministrative, tecniche, sanitarie ed assistenziali. In tale contesto restano comunque inalterate la responsabilità decisionale propria delle AS e dei loro organi, intesi come autonomia del governo territoriale della sanità e nell'organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini dell'autosufficienza territoriale. A partire dal 2014, anche sulla spinta dell'evoluzione del contesto normativo nazionale, la Regione ha rafforzato le procedure di acquisto centralizzate e introdotto forme di controllo sempre più stringenti sugli acquisti a livello aziendale. In questo contesto, l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici (Intercent-ER), ha assunto un ruolo centrale, essa opera tramite la stipula di convenzioni quadro, attivate sulla base di una programmazione triennale concordata con le strutture di acquisto o i Dipartimenti Interaziendali Acquisti di Area Vasta, che sono funzionalmente dipendenti da Intercent-ER. In dettaglio Intercent-ER ricopre i ruoli di Centrale di

Committenza per le Pubbliche Amministrazioni del territorio regionale, stazione appaltante per la Regione e gli altri Enti con cui è stipulato un accordo, Soggetto Aggregatore.

Friuli Venezia Giulia

La Regione Friuli Venezia Giulia, fin dal 2004, ha attivato soluzioni organizzative per la gestione a livello centralizzato dei servizi tecnico-amministrativi di supporto alla funzione sanitaria, inclusi gli acquisti. Dal 2015 è istituito l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS). A livello regionale, è stata istituita una Centrale unica di committenza (CUC) qualificata come Soggetto Aggregatore dalla L.R. n.26/2014. L'EGAS, dotato di personalità giuridica e di proprio personale, svolge, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di acquisto di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrativo e gestionale per gli enti del SSR.

Lazio

La Regione Lazio nel 2013 ha istituito la Direzione Regionale Centrale Acquisti. Essa opera come Centrale di committenza in favore delle AS e degli Enti del SSR, della Regione e degli Enti Regionali. È inoltre Soggetto Aggregatore ai sensi del D.L. n.66/2014. Per le AS, tale Direzione si pone l'obiettivo di supportare l'intero processo di centralizzazione degli acquisti, dalla raccolta dei fabbisogni, alla gestione delle procedure e monitoraggio dei consumi, autorizzando l'espletamento di eventuali autonome gare d'appalto. In particolare, l'autorizzazione è concessa qualora le AS siano in grado di ottenere un risparmio di almeno il 10% rispetto alla spesa storica e qualora si tratti di una categoria merceologica per cui non sia prevista l'indizione di gara centralizzata nei successivi 12-18 mesi.

Liguria

La Liguria ha istituito la Centrale Regionale di Acquisto nel 2007, quale centrale di committenza, sotto forma di Consorzio senza scopo di lucro tra tutti gli Enti sanitari liguri e la Regione Liguria. In seguito, nel 2012, il Consorzio è stato sciolto e le sue funzioni sono state trasferite all'area denominata «Centrale Regionale di Acquisto per il Servizio Sanitario Regionale (CRA)» dell'Agenzia Regionale Sanitaria. Al fine di ottimizzare il processo degli acquisti, la Centrale si occupa di predisporre le strategie di gara, effettuare le gare e stipulare le convenzioni; sviluppare processi dinamici di acquisizione interamente elettronici; offrire agli enti sanitari servizi tecnici e professionali nel campo degli acquisti per la gestione di gare telematiche; gestire l'osservatorio dei prezzi dei beni e servizi. Gli strumenti di cui si avvale la Centrale sono gare telematiche e convenzioni, cui degli Enti e delle AS del SSR sono obbligati ad aderire. Allo stesso tempo, nell'ambito della Centrale di committenza che opera all'interno del settore Amministrazione generale della Regione Liguria, è stata istituita la Stazione unica appaltante regionale (SUAR), per garantire un monitoraggio completo di tutte le gare d'appalto per l'acquisizione di beni e servizi da parte della Regione, degli enti locali e delle società a partecipazione regionale. La SUAR è stata individuata quale Soggetto Aggregatore.

Lombardia

Dal 2007, la Regione Lombardia ha previsto forme di aggregazione interaziendali tra AS per l'acquisizione di beni e servizi. Inoltre, nello stesso anno, all'interno di Lombardia Informatica Spa (una società partecipata regionale) è stata istituita una Centrale Regionale Acquisti per la gestione diretta e/o per il supporto degli acquisti di beni e servizi dell'intero sistema regionale, inclusi gli enti del SSR. Per rafforzare

gli obiettivi regionali di ottimizzazione e innovazione nei processi di spesa pubblica, nel 2012 la Centrale Acquisti è stata trasformata in un soggetto autonomo e nel 2014 in ARCA Spa, l'Azienda Regionale Centrale Acquisti. ARCA opera come Centrale di committenza regionale, gestendo ed aggiudicando gare d'appalto centralizzate finalizzate alla stipula di convenzioni per la fornitura di beni e servizi e come Stazione Unica Appaltante, svolgendo gare in nome e per conto di singoli o di aggregazioni di Enti. Inoltre, dal 2015, ARCA è stata riconosciuta dall'ANAC come Soggetto Aggregatore della Regione Lombardia. Nonostante ARCA fornisca il suo supporto a tutti gli enti pubblici del territorio regionale, il settore sanitario ricopre un peso rilevante nella sua attività complessiva.

Marche

Il processo di centralizzazione inizia nel 2003 con la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica regionale (ASUR), poi nel 2011, al fine di ottimizzare la gestione dei servizi, la programmazione integrata ed il coordinamento tra gli ambiti territoriali regionali, anche rispetto agli approvvigionamenti, sono state istituite cinque Aree Vaste. A livello regionale, nel 2012, è stata istituita la Stazione Unica Appaltante della Regione Marche (SUAM), divenuta, nel 2014, Centrale d'acquisto e, nel 2015, Soggetto Aggregatore. Con riferimento al comparto sanitario, gli enti del SSR hanno l'obbligo di avvalersi della SUAM per lavori pubblici di importo superiore a 1 milione di euro ed all'acquisizione di beni e servizi di importo superiore a 100.000 euro. A livello operativo, la programmazione degli acquisti è di competenza del Servizio Sanità della Regione, in collaborazione con gli enti del SSR. In particolare, il Servizio Sanità della Regione ha il compito di individuare i beni e servizi che devono essere acquisiti mediante procedure contrattuali gestite dalla SUAM,

valutando, mediante un Gruppo di Lavoro, caratteristiche tecniche e costi parametrici di riferimento. Lo svolgimento di tutta la procedura di gara, dall'avvio all'aggiudicazione, è attribuito alla SUAM. Gli enti del SSR si occupano invece della stipula e dell'esecuzione del contratto.

Molise

Nel 2005 si ha la costituzione di (ASREM) Azienda Sanitaria Regionale del Molise, tra i cui compiti rientrava anche la gestione centralizzata di tutti gli acquisti sul territorio. A livello regionale, nel 2015 è stata istituita la Centrale Unica di Committenza (CUC) Regionale al fine rafforzare il controllo e la razionalizzazione della spesa per beni e servizi della Regione, in particolare in ambito sanitario. La CUC è stata inoltre designata quale Soggetto Aggregatore per la Regione. La CUC è responsabile delle fasi procedurali di gara comprese tra la pubblicazione del bando e l'aggiudicazione definitiva della gara. La stessa, inoltre, coordina il processo di programmazione annuale e pianificazione triennale delle procedure di gara. Gli enti del sistema regionale, inclusi gli enti del SSR, sono obbligati ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalla CUC regionale e alle procedure stipulate dalla CUC in qualità di Soggetto Aggregatore.

Piemonte

La Regione Piemonte ha avviato il processo di centralizzazione degli acquisti a partire dal 2001 attraverso il modello delle Convenzioni. Negli anni si è assistito all'avvio di una serie di iniziative volte a promuovere l'accentramento a livello regionale e sovra-zonale, sia degli acquisti, che di altre attività amministrative di supporto. Nel 2007, è stata costituita la Società di Committenza Regione Piemonte S.p.A. (SCR), attiva per tutti gli Enti e le Amministrazioni regionali, inclusi gli Enti

del SSR. Ad oggi, SCR ricopre quindi il ruolo di Centrale di committenza regionale, di Stazione Unica appaltante e di Soggetto Aggregatore. Le attività della SCR si concentrano sulla stipula di convenzioni, sulla predisposizione, gestione e sviluppo di procedure telematiche a supporto delle procedure di acquisto e, più generale, sullo svolgimento del ruolo di stazione appaltante per conto dei soggetti destinatari.

Puglia

Dal 2006 le Aziende e gli Istituti del SSR potevano partecipare ad unioni d'acquisto, per prodotti sanitari ed economici il cui fabbisogno fosse standardizzabile. A livello regionale, il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto, svolgeva un ruolo di coordinamento, pianificazione, promozione e sviluppo di protocolli d'intesa per tali unioni d'acquisto. Dal 2015 InnovaPuglia S.p.a. (una società partecipata dalla Regione Puglia impegnata in attività a supporto della programmazione strategica regionale a sostegno dell'Innovazione Digitale) è stata designata come soggetto aggregatore regionale, con funzioni di Stazione Unica Appaltante e Centrale di Committenza. A livello organizzativo, InnovaPuglia ha istituito un'unità organizzativa, SarPulia, per lo svolgimento della stipula convenzioni ed accordi quadro; per la gestione di sistemi dinamici di acquisto; per la gestione dell'albo fornitori on-line;

Sardegna

Nel 2007 è stata istituita la Centrale di Acquisto Territoriale (CAT). Nel 2012, la CAT si trasforma e consolida nella Centrale Regionale di committenza (SardegnaCAT) e designata come Soggetto Aggregatore per la Regione. È articolata in due stazioni uniche appaltanti, una relativa ai contratti pubblici di beni e servizi, l'altra relativa ai contratti pubblici di lavori e servizi di ingegneria e architettura. La

centrale, attraverso la propria piattaforma di e-procurement, gestisce procedure di gara telematiche, mercato elettronico, sistemi dinamici di acquisizione e convenzioni-accordi quadro cui le AS sono obbligate ad aderire.

Sicilia

A partire dal Piano di Rientro 2007-09, la Regione Sicilia ha avviato una serie di iniziative volte alla creazione di un modello di centralizzazione degli acquisti. In seguito, con L.R. n.5/2009, è stato disposto il riordino del SSR con interventi mirati ad accorpate le aziende sanitarie locali, le AO e le AO Universitarie, ridotte da 29 a 17, e a costituire due bacini regionali (Sicilia occidentale ed orientale), con il fine di realizzare una migliore programmazione interaziendale. In tal senso, le procedure di acquisto di beni e servizi sono state aggregate e gestite a tre livelli, secondo le indicazioni fornite dalla Cabina di regia «Acquisizione di beni e servizi» interna all'Assessorato, con funzioni di pianificazione, controllo e valutazione. L'attività di rilevazione dei fabbisogni avviene a livello di singola AS, mentre l'attività di aggregazione di detti fabbisogni è in capo all'Azienda individuata come capofila, dalla Cabina di regia regionale.

La successiva fase di stipula del contratto e pagamento delle fatture, torna, invece, nelle competenze delle singole Aziende interessate. In seguito, con L.R. n.9/2015, è stata prevista, nell'ambito dell'assessorato regionale dell'economia, l'istituzione della «Centrale unica di committenza per l'acquisizione di beni e servizi», unico Soggetto Aggregatore. La Centrale di committenza, a tal proposito, provvede, di concerto con la Cabina di regia regionale e in maniera integrata con il sistema preesistente, agli acquisti di beni e servizi oltre che per i diversi rami dell'Amministrazione regionale anche per gli enti e le aziende del SSR.

Toscana

La Toscana vanta dal 2000 una significativa esperienza nella gestione degli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari a livello sovra-aziendale. Dopo un positivo periodo di sperimentazione con i CAV (Consorzio di Area Vasta), nel 2005 la regione ha istituito tre ESTAV (Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta), finalizzati alla gestione sovra-aziendale di alcune funzioni tecnico-amministrative, tra cui gli acquisti. I positivi risultati raggiunti da tale modello organizzativo hanno portato all'istituzione di un unico ente regionale, l'ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale), operativo dal gennaio 2015. L'ESTAR è dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica. Rispetto alla funzione acquisti, ESTAR opera in qualità di: 1) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie; 2) centrale unica di acquisto per i settori dei magazzini e logistica distributiva, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione e delle tecnologie sanitarie. 3) Soggetto Aggregatore per la Regione Toscana. Inoltre, svolge procedure di gara per l'affidamento dei servizi socio-sanitari su richiesta delle aziende sanitarie locali, previa intesa fra quest'ultime e tutti gli enti locali direttamente interessati e stipula convenzioni ed accordi quadro, oltre a gestire sistemi dinamici di acquisto.

Umbria

A partire dal 2005, la Regione Umbria ha avviato una politica di progressiva centralizzazione degli acquisti. Nel 2014, alla società Umbria salute (società consortile in house della Regione) è stata attribuita la funzione di Centrale regionale di acquisto per la sanità (CRAS). La CRAS, si occupa di definire le procedure di gara per la fornitura di beni e servizi, curandone il relativo svolgimento in coerenza con

gli obiettivi individuati dalla programmazione regionale. La CRAS è organizzata in 4 funzioni di acquisto (farmacie diagnostici; dispositivi medici; servizi sanitari e non sanitari; attrezzature tecnologiche sanitarie e beni economici) e due aree di Staff (supporto legale e amministrativo; supporto tecnologico). Le commissioni di gara sono composte da membri designati dalle AS coinvolte nei procedimenti di acquisto, al fine di collaborare con i rispettivi responsabili del procedimento di CRAS.

Valle d'Aosta

Dal 2014, è stata attribuita all'IN.VA. Spa (società in house della Regione, del Comune di Aosta e dell'Azienda USL Valle d'Aosta operante nel settore ICT) la funzione di Centrale unica di committenza (CUC) regionale per l'acquisizione di servizi e forniture ed è anche soggetto aggregatore.

La CUC è incaricata di svolgere le procedure di gara mediante la stipula di convenzioni-quadro per l'approvvigionamento di servizi e forniture con caratteristiche standardizzabili sulla base del fabbisogno raccolto annualmente.

Veneto

Dal 2001, la Regione Veneto ha promosso il ricorso ad acquisti centralizzati per le AS attraverso il modello delle Unioni di Acquisto, basato sulla stipula di convenzioni e del modello operativo dell'azienda capofila. Nel 2006 sono state istituite cinque Aree Vaste, senza personalità giuridica, con ciascuna un'azienda capofila, cui affidare la gestione sovra-aziendale di procedure d'acquisto e dei processi logistici. Di lì a poco tempo, tale modello è stato a sua volta ritenuto «non ottimale» per la gestione degli approvvigionamenti. Infatti, nel 2008 si delinea l'attuato assetto che prevede il livello Aziendale quale livello ordinario di acquisto. Al livello aziendale,

si affianca il CRAS (Centro Regionale Acquisti per la Sanità, poi rinominato in Coordinamento regionale acquisti per la sanità) quale Centrale di committenza, con compiti di pianificazione dei fabbisogni, programmazione delle procedure di gara o di affidamento, espletamento delle procedure di gara. Il modello prevede che a livello regionale vengano effettuati acquisti centralizzati di beni omogenei e standardizzabili, per i quali vi sia idonea concorrenzialità in termini di numero di fornitori potenziali, nonché per acquisti strategici finalizzati al raggiungimento di obiettivi regionali rilevanti. Inoltre, il CRAS deve predisporre capitolati prestazionali e/o prezzari di riferimento per prestazioni standardizzate o comunque comparabili per gli acquisti effettuati a livello aziendale. Infine, nel 2014, è stata istituita una Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto (CRAV), presso il Dipartimento Affari Generali, Demanio, Patrimonio, riconosciuta dall'ANAC come Soggetto Aggregatore della Regione Veneto. Al fine di garantire il coordinamento tra il CRAV (che come Soggetto Aggregatore potrebbe avere competenza esclusiva per l'approvvigionamento di determinate categorie merceologiche di natura sanitaria) ed il CRAS (che continuerà a svolgere funzioni di centrale di committenza relativamente agli acquisti di beni e servizi in materia sanitaria a favore delle AS) è stata istituita una «CabinadiRegia».



Fig. n.2. Fonte Rapporto Osservatorio Masan 2018.

In questo capitolo si è analizzato il quadro attuale, a livello nazionale e regionale, nella gestione degli acquisti in sanità, con particolare attenzione alle strategie di accentramento. La Figura n.2 mostra l'andamento temporale dell'avvio delle diverse iniziative regionali di centralizzazione degli acquisti in sanità. In molti casi, e sono queste le esperienze di maggior successo, le iniziative sono nate agli inizi degli anni 2000, con la finalità di una razionalizzazione della spesa e degli assetti organizzativi legati alla funzione acquisti. Ci si riferisce soprattutto ai modelli della Toscana, del Veneto, dell'Emilia Romagna. Una seconda fase, intorno al 2004-2007, l'impulso alla centralizzazione è dovuto ai piani di Rientro, che hanno imposto manovre di centralizzazione degli acquisti, finalizzate prevalentemente al contenimento dei costi dei fattori produttivi: rientrano in questa seconda categoria numerose esperienze, dalla Campania alla Calabria, alla Sardegna, alla Sicilia. Solo di recente, grazie soprattutto all'impulso normativo (le diverse manovre di razionalizzazione della spesa richiamate in precedenza), anche le altre regioni hanno adottato modelli di

centralizzazione degli acquisti (Puglia, Abruzzo, Molise, Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta). Confrontando il panorama odierno con la situazione relativa a 10 anni fa (Brusoni e Marsilio, 2007)¹¹⁵ emerge una significativa evoluzione in favore di un progressivo accentramento e rafforzamento del livello regionale di acquisto. In questo scenario, è possibile riscontrare alcune differenze sostanziali nei modelli organizzativi ed operativi adottati. In alcune regioni (in particolare Abruzzo, Basilicata, Molise, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta), l'attivazione di una Centrale Acquisti è stata effettuata solo recentemente, in adempimento agli obblighi normativi. In questi casi, la CUC è stata strutturata come una nuova unità organizzativa regionale o in alcuni casi come unità organizzativa di Agenzie regionali pre-esistenti, con lo scopo di supportare tutti gli enti pubblici regionali. Solo l'Umbria ha promosso una nuova centrale che ha come *target* di gestione solo gli acquisti in sanità. Vi sono poi regioni (in particolare Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto) che hanno consolidato negli anni soluzioni e processi per la gestione accentrata degli acquisti. Per tutte queste, la normativa nazionale ha agito come spinta verso un ulteriore rafforzamento del livello regionale a fronte di acquisti gestiti a livelli intermedi, con unioni di acquisto volontarie o aree vaste istituzionalizzate. Nella maggior parte dei casi, si è proceduto a rafforzare gli enti che già operavano a supporto (esclusivo o prevalente) degli acquisti centralizzati del SSR ed ai quali è stata riconosciuta la qualifica di Soggetto Aggregatore. In altri casi (Sicilia, Basilicata, Calabria, Molise, Valle d'Aosta), invece, a livello regionale si è optato per la costituzione di una nuova centrale acquisti a favore di tutti gli enti pubblici regionali. In presenza di quest'ultima situazione, le strutture pre-esistenti con competenze esclusive sulla

115 Cit.n.87

sanità supportano le nuove centrali, soprattutto per le categorie sanitarie del DCPM; organizzativamente, esse sono state integrate funzionalmente nella nuova centrale (Liguria, Trento, Bolzano), o operano per conto della nuova centrale attraverso l'istituto dell'avvalimento (Trento, Friuli Venezia Giulia); il Veneto ha istituito una cabina di regia *ad hoc* tra CRAS e CRAV. La differente motivazione alla base della scelta di centralizzazione, ha portato ad una profonda differenziazione tra i modelli regionali, in termini di:

- Assetto istituzionale della stazione unica appaltante o della centrale di committenza (struttura organizzativa regionale; ente regionale con personalità giuridica autonoma; azienda pubblica; agenzia regionale);
- Funzioni esercitate dalla stazione appaltante (acquisti; gestione ICT; gestione del debito; programmazione investimenti; funzioni tecnico-amministrative);
- Ambiti di azione della stazione appaltante (regionale, sanità ed enti pubblici; solo sanità; regionale, con focus su sanità).

Alla luce dell'analisi effettuata, è possibile un confronto tra le iniziative mappate nel 2006 (Brusoni e Marsilio, 2007)¹¹⁶ e nel 2016. L'analisi comparata 2006-2016 evidenzia una profonda evoluzione nel corso di questi anni. Nelle figure n. 3 e 4 sono sintetizzati i differenti stati di evoluzione dei modelli di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi nel settore sanitario. Le regioni sono rappresentate secondo tre stati:

- Centrale strutturata, se è previsto un modello strutturato di centralizzazione degli acquisti nel settore sanitario, attraverso Centrali di Committenza specifiche (società,

116 Cit.n.87

consorzi, aree vaste, agenzie regionali), attraverso il modello della AS unica, che provvede agli acquisti per tutte le strutture sanitarie della regione;

- Accordi/iniziative di gare consorziate, se il modello si basa su iniziative spontanee da parte delle singole AS, oppure indirizzate e guidate dalla regione o da altre strutture;

- Linee di indirizzo, se la regione si è limitata a fornire linee di indirizzo generiche (a volte presenti nei Piani di Rientro) per promuovere forme di acquisto consorziate.

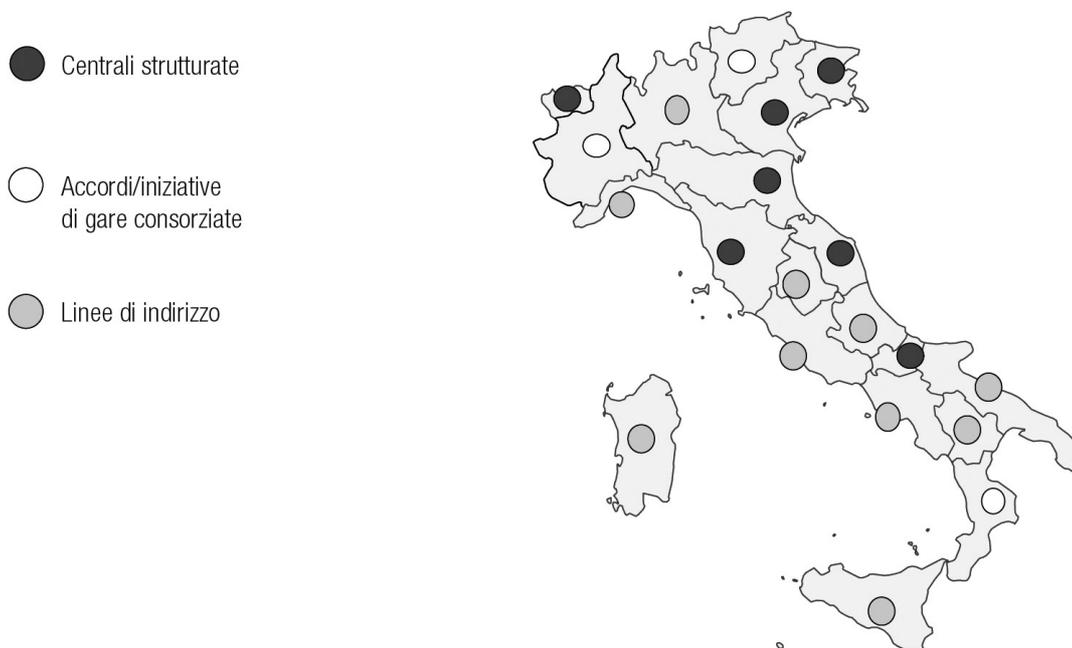


Fig.n.3.Iniziative di centralizzazione al 2006. Fonte: CERGAS

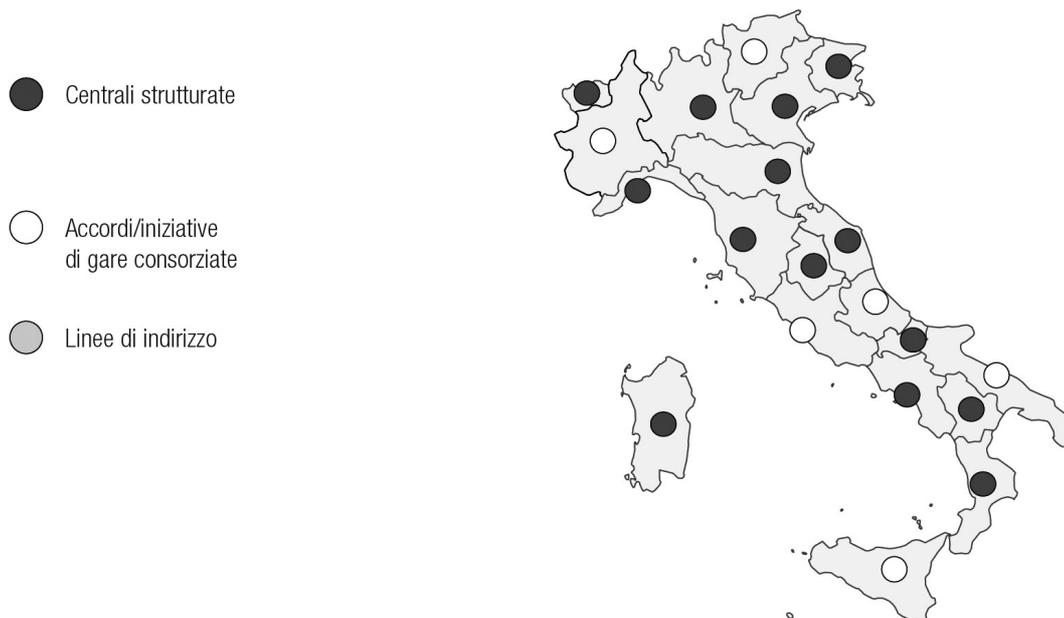


Fig.n. 4. Iniziative di centralizzazione al 2016. Fonte: CERGAS

Come si evince dalle figure, nei dieci anni tra il 2006 ed il 2016 l'evoluzione è stata profonda. Nel 2006 gran parte delle regioni non avevano iniziative consolidate di centralizzazione degli acquisti, spesso lasciate allo spontaneismo aziendale; solo poche esperienze risultavano consolidate e strutturate in forma organizzata e continua. Nel 2016, invece, su input soprattutto delle norme richiamate in precedenza, tutte le regioni hanno attivato forme più o meno strutturate di centralizzazione degli acquisti, spesso indirizzate da Cabine di Regia o agenzie regionali¹¹⁷.

3.3 Analisi delle trasformazioni nei processi regionali d'acquisto

Le variabili proposte e utilizzate per una prima analisi delle trasformazioni nei processi di acquisto del SSN hanno come livello di osservazione la Regione, intesa

¹¹⁷Marsilio, M., Amatucci, F. M., & Callea, G. (2016). La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa.

come sistema unitario e coordinato di governo delle istituzioni sanitarie territoriali (Osservatorio MASAN,2017). Pertanto, per avere una visione completa del fenomeno in letteratura si sono considerati quattro aspetti: istituzionale, organizzativo e gestionale, riguardante la performance ed impatti socio-economici¹¹⁸.

Gli Assetti istituzionali riguardano i modelli di governance e di coordinamento relativi alle varie istituzioni regionali, intermedie e locali; loro modelli di funzionamento con riferimento alla programmazione dei fabbisogni, gestione delle procedure di acquisto, gestione e governo dei consumi, logistica di beni e servizi.

Quelli organizzativi e gestionali si focalizzano su strutture organizzative della funzione acquisti nelle singole istituzioni, persone e competenze coinvolte e relativi modelli gestionali e operativi: modalità di aggregazione della domanda, di confronto con il mercato e di acquisto, tipologie contrattuali, meccanismi di analisi delle performance e di gestione e controllo dei fornitori, logistica dei beni¹¹⁹.

Le Performance concernono i risultati multidimensionali dei processi di acquisto, in termini di riduzione della variabilità non motivata, di aderenza alla programmazione, di tempi di risposta ai fabbisogni, di soddisfazione dei clienti interni, oltre alle dimensioni economico-finanziarie (quali ad esempio il valore totale e medio dei lotti e delle convenzioni aggiudicate, risparmi conseguiti, % di copertura degli acquisti centralizzati sul totale della spesa).

Ed infine, gli impatti socio-economici, ovvero impatti dei processi di acquisto sanitari sugli assetti competitivi dei mercati di riferimento e sulla sostenibilità del

118 Cusumano, N., Amatucci, F., Brusoni, M., Longo, F., Vecchi, V., & Callea, G. (2017). La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance.

119 Marsilio, M., Amatucci, F. M., & Callea, G. (2016). La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa.

sistema. I primi sono stati osservati sia rispetto alla capacità di innescare processi di innovazione e sofisticazione dei prodotti, sia rispetto al livello di concorrenza nel mercato. Gli assetti istituzionali e assetti organizzativi, sono considerati come variabili indipendenti dei sistemi regionali, cioè leve di policy e management manovrabili dai decisori. L'obiettivo è comprendere, anche sulla scorta di modelli di centrali d'acquisto identificati nella letteratura (Schotanus e Telgen 2007; Schotanus et al. 2010; Walker et al.2013)¹²⁰, quali sono le caratteristiche dei principali modelli utilizzati nei SSN.

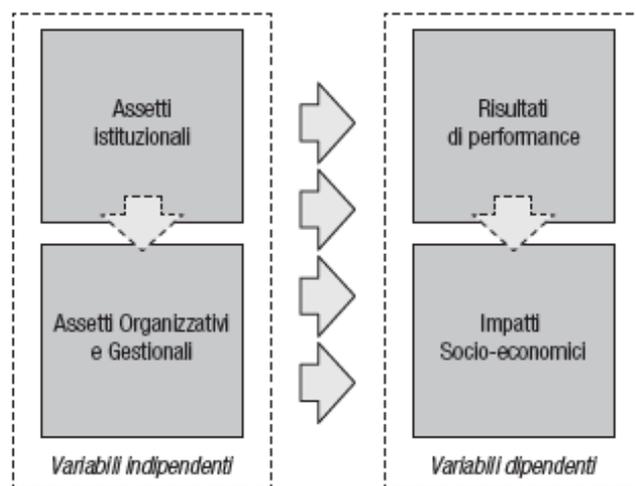


Fig.n.5. Dimensioni di indagine. Fonte: adattamento da Cusumano et al.,2017.

Le dimensioni si influenzano non soltanto orizzontalmente, ma anche verticalmente: dagli assetti istituzionali dipendono le scelte organizzative e dai risultati di performance gli impatti socio-economici.

La relazione tra dimensioni non è meccanica e automatica, ma mediata dai contesti regionali di riferimento, dal loro capitale istituzionale, amministrativo e sociale

¹²⁰ Cit.n.84-87

disponibile, dalle dimensioni e caratteristiche della singola regione. In particolare, la capacità di impatto delle centrali di acquisto è sicuramente influenzata anche dalle aziende dei SSR che rappresentano il cliente interno e sono i soggetti a cui pertiene la responsabilità sulla fase di esecuzione dei contratti. L'obiettivo non è identificare le migliori soluzioni, adottabili da tutti i sistemi regionali, ma quelle più adatte e coerenti con i singoli contesti, per massimizzare i risultati relativi, realisticamente implementabili nei diversi scenari di riferimento.

<p style="text-align: center;">ASSETTI ISTITUZIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assetto giuridico 2. Estensione dell'ambito di intervento della centrale (istituzionale, funzionale, merceologico, geografico) 3. Risorse disponibili (umane ed economiche) 4. Modalità di coordinamento interistituzionale 	<p style="text-align: center;">RISULTATI DI PERFORMANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidenza delle attività centralizzate sul totale delle attività 2. Razionalizzazione del portfolio prodotti e fornitori 3. Risparmi economici 4. Concorrenzialità delle gare 5. Continuità della fornitura 6. Qualità delle forniture 7. Ricorsi
<p style="text-align: center;">ASSETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Processo di acquisto: modalità di gestione delle attività di programmazione, analisi del fabbisogno, istruttoria, selezione del fornitore, valutazione del fornitore 2. Strategia di gara in termini di durata, numero di lotti, valore medio, elemento qualitativo dell'offerta 	<p style="text-align: center;">IMPATTI SOCIO-ECONOMICI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso al mercato da parte delle PMI, imprese locali, nazionali e estere 2. Contendibilità del mercato, ricambio dei fornitori 3. Aggregazione del mercato

Fig.n.6. Variabili delle dimensioni. Fonte: Osservatorio MASAN 2017.

Ogni dimensione si compone di più variabili, considerando tali dimensioni, nel breve periodo si è cercato di condurre una analisi qualitativa, per l'elaborazione di considerazioni desunte dall'analisi del caso oggetto di studio. Nello studio effettuato si proceduto a una prima raccolta in modalità desk dalle informazioni, online sui siti delle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali attivi negli acquisti in sanità.



Fig.n.7. Assetti istituzionali delle centrali d'acquisto. Fonte: Osservatorio MASAN 2017.

Le scelte operate dalle Regioni sono ascrivibili, al di là della forma giuridica specifica, a quattro assetti istituzionali (vedi Figura n.7):

1. Centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: un'unità o una direzione della Regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante;
2. Centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è parte del SSR, ad esempio come società consortile partecipata dalle Aziende Sanitarie (AS), oppure come ente specializzato e finanziato dal SSR (es. ESTAR o EGAS), oppure una funzione dell'AS regionale (es. Azienda 0 o Alisa);
3. Centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata (es. Arca) o un'agenzia della regione, o una S.p.A. (So.Re.Sa);
4. Centrale acquisti come funzione di una società *in house* regionale: all'interno di una società *in house* esistente è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza (es. Inva o InnovaPuglia).

Pertanto si possono individuare cinque cluster relativi a esperienze regionali con modelli istituzionali di centralizzazione dal meno "forte" al più "forte":

- 1) Il cluster delle Regioni che adottano il modello leggero della Cooperazione inter-istituzionale (Sardegna, Basilicata, Lazio, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia).
- 2) Il cluster delle Regioni che adottano il modello leggero delle Aree Vaste (Marche e Veneto).
- 3) Il cluster delle Regioni che adottano il modello di cooperazione basato sulla creazione di un'Associazione (il caso AVEN dell'Emilia-Romagna).
- 4) Il cluster delle Regioni che adottano il modello forte dell'Agenzia pubblica (la Regione Toscana con gli ESTAV, il Friuli-Venezia Giulia con il CSC e l'Emilia-Romagna con Intercent- ER).
- 5) Il cluster delle Regioni che adottano il modello forte della Società per Azioni pubblica (Campania).

La dimensione utilizzata per la classificazione è rappresentata, quindi, dal grado di strutturazione e autonomia giuridica della centrale di committenza o stazione appaltante, debole nel caso di semplici unioni di acquisto, forte nel caso di Enti appositamente costituiti dotati di autonomia giuridica e organizzativa. Nel primo cluster sono, pertanto, raggruppate le esperienze “leggere” di “cooperazione inter-istituzionale”, che nascono dall’aggregazione dal basso dei fabbisogni; nel secondo cluster ricadono le esperienze delle Aree Vaste che potremmo definire “non strutturate”; nel terzo cluster troviamo l’esperienza “intermedia” delle Aree Vaste della Regione Emilia- Romagna che rappresentano un passaggio ulteriore rispetto alle unioni di acquisto e alle Aree Vaste di Marche e Veneto, poiché sono associazioni volontarie. Queste ultime, pur prive di personalità giuridica, si configurano come Enti strumentali delle Aziende Sanitarie contraenti, e dispongono

di autonomia strategica e operativa. Nel quarto cluster sono raggruppate le esperienze che rappresentano il modello più sofisticato e strutturato dal punto di vista organizzativo: gli ESTAV in Toscana, il Centro Servizi Condivisi in Friuli-Venezia Giulia e Intercent-ER in Emilia-Romagna. Ciò che accomuna queste esperienze è la natura di Ente pubblico con personalità giuridica e autonomia gestionale e organizzativa (Agenzia pubblica). Questi Enti hanno un modello di governance articolato, che consente alle Regioni di dettare le linee di indirizzo e alle Aziende Sanitarie “clienti” di essere coinvolte nella pianificazione; hanno una missione non limitata alla centralizzazione degli approvvigionamenti (configurandosi come centrali per i servizi amministrativi) e dispongono di personale assegnato stabilmente, per quanto proveniente dalle Aziende Sanitarie.

Modelli “deboli” verso modelli “forti”



Fig. n 8. Fonte: Rapporto FIASO.

La scelta dell’assetto ha un impatto non soltanto organizzativo, ma anche in termini di accountability e riconoscibilità delle centrali all’interno del sistema istituzionale. Un soggetto specializzato consente di tracciare in modo semplice la responsabilità e la capacità di creazione di valore, anche attraverso la lettura dei dati contabili. Quando, invece opera in funzione di un altro soggetto, come ad esempio l’ente regione, sarebbe necessario che l’organizzazione predisponesse strumenti informativi adeguati per garantire la trasparenza. Troppo spesso dall’analisi dei siti

istituzionali risulta che, oltre i documenti di gara e altre informazioni con obbligo di pubblicazione per legge, manchi una vera accountability sui risultati ottenuti.

Pertanto si può sintetizzare nella figura seguente il quadro evolutivo:

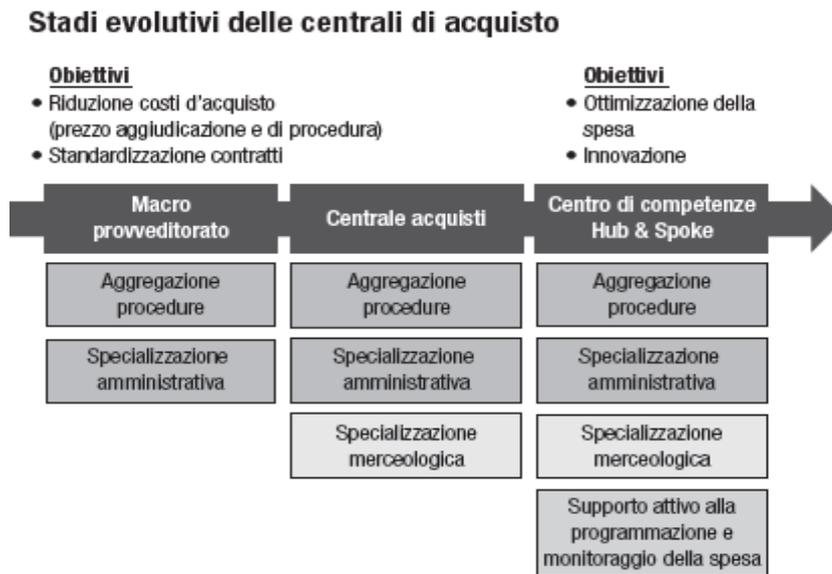


Fig.n.9. Stadi evolutivi delle centrali di acquisto. Fonte: Osservatorio MASAN 2017.

Nel primo modello, definito macro provveditorato, la centrale si fa carico di coordinare l'attività amministrativa di acquisto delle AS. In questa configurazione, che riproduce su scala regionale le attività di un singolo provveditorato aziendale, che si osserva tipicamente nelle centrali all'interno dell'ente regione, la gestione delle procedure centralizzate può essere delegata in avvalimento a singole AS, in funzione di scelte contingenti. Il modello consente, se vi sono le competenze necessarie, di raggiungere una specializzazione in particolari ambiti merceologici, senza tuttavia intaccare le scelte individuali, in quanto l'aggregazione avviene soprattutto in termini amministrativi/procedurali - ponendo l'obiettivo di razionalizzazione della domanda e dei costi in secondo piano. Per questo motivo questo modello viene completamente superato in un contesto in cui si è attuato un

processo di fusione delle aziende sanitarie o in cui le aziende si consorziano nella gestione di procedure d'acquisto. Nel secondo modello, denominato centrale acquisti, la centrale è dotata di una propria struttura tecnico-gestionale, creata con l'obiettivo di offrire un servizio aggregato, non necessariamente solo legato alla funzione acquisti, ma che può riguardare anche altre funzioni tecnico-amministrative. In questa configurazione la funzione acquisti è demandata alla centrale, che raggiunge quindi un forte grado di specializzazione amministrativa nella gestione delle procedure di costruzione delle gare e selezione del fornitore. La centrale è, tuttavia, soggetto passivo rispetto alle AS, che continuano a esprimere in modo autonomo i fabbisogni.

L'ultimo modello, chiamato centro di competenze hub & spoke, è quello che possiamo definire di centrale di competenza e aggregatore della domanda. Secondo questa impostazione la gestione delle singole procedure può tornare in parte di competenza delle singole aziende, ad esempio attraverso l'uso di accordi quadro e sistemi dinamici di acquisizione, o attraverso gare gestite in modo autonomo, anche con ruolo di capofila, nell'ambito delle quali la centrale agisce con ruolo di supporto metodologico e di competenza. La centrale, lavorando con e coordinando le AS, definisce in modo proattivo e strategico il perimetro delle forniture, specie quelle più strategiche.

Questo processo consente di analizzare in modo puntuale i consumi e, quindi, di individuare in modo più specifico i fabbisogni; inoltre, consente di definire, anche mediante una triangolazione con il mercato, specifiche funzionali, requisiti soggettivi e valori economici più puntuali e sfidanti. Questo modello è quello che potenzialmente consente di guidare in modo strategico la funzione acquisti, con il

conseguimento di migliori risultati di performance e maggiori impatti sul sistema sanitario e sul mercato. non sarà più lo svolgimento di una procedura aggregata tra più aziende, quanto la riqualificazione delle centrali verso ruoli più strategici. È evidente, che optare per un modello base di mero soggetto coordinatore rispetto a un modello evoluto di «centrale di competenza» non può avvenire semplicemente con un cambiamento di statuto. La scelta del modello deve essere effettuata in modo coerente con lo stadio di maturità del sistema e impone un forte *commitment* politico, da cui devono derivare opportune azioni di management. Nessun cambiamento può generare i risultati programmati senza un chiaro investimento in competenze. In un sistema pubblico in cui il turn over delle professionalità è bloccato, il rischio è quello di creare un design istituzionale ottimale che non è in grado di conseguire i risultati per carenze manageriali.

3.3 Elementi di successo delle iniziative di centralizzazione

L'accentramento degli acquisti nel settore pubblico è ormai un trend in forte consolidamento tanto nel nostro Paese quanto in altri Paesi europei. Tale processo deve essere accompagnato e supportato da azioni finalizzate a superare potenziali incoerenze tra i nuovi assetti istituzionali e le modalità di funzionamento preesistenti nelle aziende coinvolte, promuovendo la revisione dei processi interni (rifocalizzazione del personale da attività di acquisto ad attività di monitoraggio e controllo, una maggior attenzione all'analisi del fabbisogno e la ricerca di strumenti di standardizzazione), nella tutela dell'autonomia gestionale delle AS. È necessario attivare strumenti e processi di monitoraggio e di valutazione degli impatti raggiunti, non solo in termini di minori costi per il singolo bene/ servizio acquisito. È già stato

evidenziato nel presente lavoro, in altri contributi (CEIS, 2010; Martino, 2011)¹²¹, come la riduzione del prezzo di acquisto e dei costi di transazione attesi come principali benefici dell'accentramento non sia un effetto scontato. Variabili come le caratteristiche e complessità del mercato di fornitura, la strategicità del bene/servizio acquistato, la differenziazione dei fabbisogni e delle procedure tra gli enti coinvolti, il rapporto tra dimensione della gara e grado di concentrazione/frammentazione del mercato di riferimento possono influenzare la capacità di raggiungerli. Inoltre, il rischio che i vantaggi conseguiti nel breve periodo non si mantengano proporzionali nel medio periodo è concreto e correlato da un lato alla possibile riduzione del grado di concorrenza generato da una posizione dominante dal lato dell'offerta, dall'altro alla possibile opportunità strategica da parte dei fornitori. Il modello adottato dal legislatore italiano richiede, pertanto, un maggiore coordinamento e raccordo tra i processi di centralizzazione degli acquisti e le politiche di sviluppo economico, anche per allinearsi maggiormente alle indicazioni della Direttiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo, che propone un modello di centralizzazione moderata degli acquisti. La Direttiva, infatti, sottolinea come i processi di centralizzazione consentano economie di scala, il miglioramento e la professionalizzazione nella gestione delle procedure di acquisto, la semplificazione dei processi organizzativi, ma comportano inevitabilmente anche rischi di eccessiva concentrazione del potere di acquisto, di collusione, di pericoli per la trasparenza e, soprattutto, riduzione della concorrenza e difficoltà di accesso al mercato delle piccole e medie imprese. La questione è particolarmente rilevante in paesi, come quello italiano, caratterizzati da

121 CEIS – Università di Roma Tor Vergata, Risultati dal laboratorio di Ricerca FIASO – *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, Milano, AboutPharma, 2010. Martino A., *L'esperienza della Centrale Acquisti in Regione Lombardia: il modello, il cambiamento e le nuove soluzioni di acquisto pubbliche*, atti del Seminario sul Regolamento di esecuzione del codice dei contratti, strategie di acquisto delle centrali regionali e impatto sulle imprese del nuovo processo amministrativo, F.A.R.E., Firenze, 2011.

un sistema imprenditoriale basato prevalentemente sulla piccola e media impresa. A fronte di questo scenario, emergono alcuni elementi di attenzione, a cui è legato il successo delle iniziative di centralizzazione degli acquisti. Un primo elemento è relativo all'equilibrio tra le economie di scala ottenibili dalle Centrali di Committenza e le caratteristiche del mercato dei fornitori: la concentrazione della domanda in un'unica stazione appaltante comporta una riduzione della concorrenza come conseguenza dell'aumento dei volumi di gara, portando a una competizione tra i soli operatori economici di grandi dimensioni. La ricaduta principale di questo fenomeno si avrebbe soprattutto sul mercato dei fornitori locali, poiché le piccole e medie imprese non sono in grado di far fronte alla domanda e quindi, per sopravvivere, sono costrette a ripensare la propria strategia verso la costituzione di aggregazioni o accorpamenti.

Un secondo elemento è relativo al rapporto tra centrale di acquisto e singole aziende sanitarie, sotto il profilo dei ruoli e delle responsabilità assegnate ai vari attori. La condivisione delle principali scelte strategiche con i professionisti all'interno delle aziende sanitarie è un elemento imprescindibile per ottenere i vantaggi prospettati dalle politiche di centralizzazione e per cercare di superare le resistenze «ambientali» e le logiche conservative locali. L'analisi delle modalità operative delle diverse Centrali di Committenza ha mostrato come spesso il processo di analisi del fabbisogno, la stesura del capitolato (con relativa uniformazione delle richieste provenienti dalle differenti AS), le procedure di gara siano accentrati presso la Centrale di Committenza, con conseguente riduzione dell'autonomia delle singole AS e dei professionisti sanitari. La riduzione della variabilità dei fabbisogni e la necessaria standardizzazione dei beni acquistati rappresentano uno degli elementi più critici del processo di centralizzazione, a cui sono legate le maggiori possibilità di

risparmio. Alla base del processo di centralizzazione deve necessariamente registrarsi un cambiamento non solo nelle strategie di acquisto, ma soprattutto nell'approccio culturale tra le diverse professionalità coinvolte, in un'ottica di profonda collaborazione. L'introduzione di innovazioni culturali, organizzative e procedurali nel modello gestionale è facilitato soprattutto da un forte commitment sia da parte delle professionalità del mondo amministrativo, che devono essere in grado di adeguare le proprie procedure in un'ottica di apertura, sia da parte delle professionalità del mondo clinico. Anche dal punto di vista procedurale, la centrale si sostituisce all'ente appaltante nella fase di esecuzione della gara, ma non nella successiva gestione del contratto; può solo fungere da stimolo ad 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. Un terzo elemento è relativo 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 ed omogenea, 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).

Una riflessione finale riguarda lo sviluppo di una cultura di coordinamento e di governance delle aziende sanitarie orientata verso problematiche sovra-aziendali. La centralizzazione permette di superare le profonde diversità organizzative, gestionali e procedurali, a volte con vere e proprie trasformazioni dei modelli istituzionali,

gestionali ed economici delle aziende stesse. Tuttavia, il successo del modello è legato al raggiungimento di punti di equilibrio dinamico tra esigenze a volte divergenti:

- 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 sui destinatari, AS, fornitori. I vantaggi ottenuti dalla centralizzazione non si devono riferire esclusivamente ai risultati economici, ma anche al clima di collaborazione che si crea fra le centrali di acquisto e le aziende sanitarie e, all'interno delle aziende, fra le diverse figure professionali coinvolte.

La centralizzazione degli acquisti da sola non basta, infatti non genera valore aggiunto in assenza di un adeguato processo di raccolta dei fabbisogni, valutati non soltanto in termini di consumo storico, ma anche di evoluzione futura della domanda, di capacità di adozione dell'innovazione e di outcome. La capacità di coniugare l'esigenza di controllo della spesa e dei consumi e la capacità del sistema di garantire l'appropriatezza delle cure e l'autonomia determinerà il successo o l'insuccesso delle politiche di centralizzazione. L'interazione tra queste dimensioni non deve essere vista come trade-off, ma deve essere lo stimolo per ripensare i processi di acquisto e la relazione pubblico-privato, in cui anche le imprese fornitrici diventano parte delle soluzioni(partnership) e non soltanto voci di costo. In una tale ottica, in cui i processi di acquisto si configurano come un sistema a rete, occorre definire le modalità di interazione tra i nodi della rete, tra centro e territorio, tra funzione acquisti centralizzata e destinatari finali dei beni e servizi acquistati. Affinchè il sistema operi in maniera efficace, occorre lavorare non soltanto sulla definizione dei meccanismi di governance e sistemi informativi di supporto, ma nel rafforzamento generale delle competenze che può fornire il collante tra i nodi della rete in un'ottica di capacity building.

CAPITOLO 4 L'INDAGINE ESPLORATIVA: IL CASO SO.RE.SA.

4.1 L'approccio metodologico utilizzato per la ricerca

La presente ricerca, che ha come obiettivo lo studio delle dinamiche e dei modelli di acquisto di beni e servizi in sanità, utilizza una metodologia di natura esplorativa e descrittiva, sulla base di quelle che sono le dimensioni più significative emerse dall'analisi della letteratura.

Come metodologia di analisi empirica è stata impiegata la tecnica del case study (Yin 1994)¹²². Tale tecnica, già riconosciuta in letteratura come il metodo più coerente per studi economico-aziendali sperimentali, risulta particolarmente adatta per la natura della presente ricerca, poiché consente di studiare i processi concreti sottostanti la realizzazione degli interventi oggetto di indagine (accentramento), individuando alcuni elementi di peculiari delle esperienze, senza adottare tuttavia l'approccio puramente induttivo di altre tecniche di ricerca sociale. Per la selezione del caso, si è optato per l'individuazione dell'unica soluzione istituzionale ed organizzativa di centralizzazione "forte", che ritroviamo in Regione Campania, rappresentata da So. Re. Sa..

Il percorso seguito in questa parte empirica ricalca l'approccio metodologico del *Case Study* proposto da Yin (1993)¹²³: quest'indagine empirica pone fenomeni reali al centro dell'analisi, tentando di osservarli "*nella loro unicità, come parte di un particolare scenario e delle sue interazioni*" (Patton, 1980)¹²⁴, in relazione alla difficoltà di distinguere "*i confini del fenomeno dal contesto in cui esso si sviluppa*

122 Yin, R. K. (1993). Case study research design and methods applied. *Social Research Methods Series*, 5.

123 Cit.n.119

124 Patton, M. Q. (1980). Qualitative evaluation methods.

ed agisce". Esso rappresenta una tipica forma di indagine qualitativa finalizzata a cercare il "significato" della realtà nel vissuto esperienziale delle persone. Per questo, rappresenta la metodologia preferita quando le domande della ricerca sono "how?" (in che modo?) e "why?" (perché?), il ricercatore ha scarso controllo su eventi e comportamenti e si vogliono esaminare fenomeni contemporanei attraverso la loro osservazione diretta, le interviste alle persone coinvolte negli eventi stessi e le analisi documentali o di altro materiale. Yin (1993)¹²⁵ propone uno schema secondo il quale l'utilizzo di ogni strategia di ricerca dipende da tre condizioni. La prima e più importante di queste condizioni per identificare la strategia di ricerca da utilizzare è il tipo di domanda che il ricercatore si pone: *chi?*, *cosa?*, *dove?*, *come?* e *perché?* Se le domande della ricerca si concentrano principalmente sul "cosa?", la strategia da adottare è più di tipo esplorativo (*sondaggi, analisi dei documenti di archivio*); le domande "come?", "perché?", invece, favoriscono l'utilizzo delle metodologie del *case history, del case study* e degli esperimenti. Nel *case study*, il caso rappresenta il "punto di osservazione privilegiato" che ha come unico scopo quello di "facilitare la comprensione di qualcos'altro" (Stake, 1994)¹²⁶. In tale metodologia, il problema oggetto dell'indagine mantiene, quindi, tutta la sua importanza riguardo la rilevanza delle singole dimensioni riscontrate e descritte, le quali sono rappresentate da configurazioni complesse di variabili, tali da rendere del tutto astratta l'idea di una descrizione che possa essere scevra dall'analisi delle relazioni tra le variabili stesse.

A seconda del numero di casi analizzati e della finalità della ricerca, Yin (1993)¹²⁷ individua quattro diversi tipi di studio da poter implementare. Il *Single Case Study* è,

125 Cit.n.119

126 Stake, R. E. (1994). Identification of the case. *Handbook of qualitative research*, 236-247.

127 Cit.n.119

di solito, utilizzato nell'osservazione e nell'analisi di eventi particolari ed unici e può essere *esplorativo* o *descrittivo*: è esplorativo se anticipa uno studio reale e mira a chiarire alcuni aspetti chiave del disegno di ricerca, che viene sviluppato immediatamente dopo; è *descrittivo* se il caso è scelto per esaminare il campo e la profondità dell'oggetto di indagine. Sulla base delle descrizioni fornite, si è considerato più opportuna l'adozione della metodologia del single *Case Study* con una finalità di studio di tipo descrittivo, avendo la ricerca come obiettivo la formulazione di determinate conclusioni come conseguenza dell'osservazione e dello studio della realtà. Il *Case Study* (sia nella variante di studio di caso singolo, sia in quella di casi multipli), come ogni strategia di ricerca, presenta vantaggi e svantaggi legati al suo utilizzo. I principali vantaggi sono riconducibili al tipo di analisi che con tale strategia è possibile effettuare (Orum et al, 1991)¹²⁸: in primo luogo, tale metodologia consente di analizzare da vicino azioni e strutture sociali nel loro contesto naturale permettendo al ricercatore di rendere il fenomeno sociale osservato in modo molto simile a come questo è percepito dall'attore stesso. Inoltre, implicando l'accumulo di informazioni da più fonti di dati, permette di effettuare uno studio più olistico di fenomeni sociali complessi. Infine, definendo il limite temporale dell'analisi, spinge il ricercatore ad osservare con continuità gli eventi che si perpetuano nel fenomeno esaminato e di cogliere e spiegare i cambiamenti che si manifestano incoraggiando, altresì, innovazioni e generalizzazioni teoretiche.

Dall'altra parte, però, la metodologia del *Case Study* ha attirato varie critiche connesse a due aspetti specifici (Yin,1993)¹²⁹: la mancanza di rigore nel suo svolgimento e il fatto di fornire una base limitata per la generalizzazione scientifica.

128 Feagin, J. R., Orum, A. M., & Sjoberg, G. (Eds.). (1991). *A case for the case study*. UNC Press Books.

129 Cit.n.119

Stando a tali considerazioni, nella presente ricerca, la scelta del metodo del *Single Case study* è stata dettata dalle caratteristiche proprie del fenomeno oggetto di studio. Tale metodo, infatti, ben si adatta allo studio delle dinamiche inerenti la realizzazione dei processi di acquisto ed erogazione di servizi in sanità e all'analisi dei contesti in cui questi si manifestano. In altro modo sarebbe stato, infatti, difficile cogliere le dinamiche evolutive interne al fenomeno così come quelle esterne per raggiungere una più organica completezza alle informazioni ricercate e di conoscere in maniera maggiormente approfondita i contesti di studio.

Definite la struttura del modello d'indagine e le informazioni da ricercare occorre definire gli strumenti di raccolta da utilizzare tra quelli, di solito, disponibili per le analisi qualitative: l'osservazione diretta, le interviste alle persone presenti nelle organizzazioni e le analisi documentali o di altro materiale. In applicazione del principio di triangolazione (Yin, 1993)¹³⁰, secondo cui tanto più il ricercatore ottiene dati diversi su uno stesso fenomeno, tanto più ricca sarà la sua interpretazione, sono stati delineati due diversi canali per la raccolta delle informazioni: le interviste dirette in So.Re.Sa e la consultazione di documenti e di materiale sito-grafico per il reperimento dei dati secondari, al fine di assicurare una maggiore completezza e un miglior livello qualitativo alla ricerca. L'intervista, nell'analisi qualitativa, più che una semplice tecnica per la raccolta delle informazioni rappresenta “un vero e proprio processo di interazione” (Corbetta, 1999)¹³¹ tra l'intervistato e l'intervistatore. Essa può configurarsi come intervista strutturata, semi-strutturata e non strutturata a seconda del suo grado di flessibilità.

130 Cit.n.119.

131 Corbetta, P. (1999). Metodologia e tecniche della ricerca sociale.

La scelta del tipo di intervista da utilizzare dipende principalmente dallo scopo dell'indagine da effettuare. L'intervista strutturata è quella più rigida tra le tre tipologie e ben si adatta a studi in cui il numero di soggetti da sentire diviene elevato (Corbetta, 1999, 2003)¹³². Essa prevede un insieme fisso ed ordinato di domande aperte che vengono sottoposte a tutti gli intervistati rispettandone, ogni volta, formulazione e sequenza. Nell'intervista non strutturata, infatti, l'unico elemento stabilito è il tema generale dell'indagine ma il contenuto delle domande varia da soggetto a soggetto (Corbetta, 2003)¹³³.

L'intervista semi strutturata, invece, viene utilizzata quando il numero di individui da intervistare inizia a diminuire. Essa prevede una traccia fissa e comune per tutti i soggetti con gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati durante l'intervista. La materiale conduzione dell'intervista, però, potrà variare a discrezione dell'intervistatore sulla base delle risposte date dall'intervistato e sulla base di ogni singola situazione. L'intervista non strutturata ben si adatta ai casi in cui si vuole effettuare uno studio più in profondità solo su pochi individui. Questa è la tipologia di intervista utilizzata nel presente studio. L'analisi documentale e sito-grafica è principalmente tesa all'ottenimento di dati secondari a completamento dell'indagine. Tali dati si distinguono in interni ed esterni a seconda che siano stati raccolti dal soggetto studiato o da operatori esterni. Lo scopo dell'intervista qualitativa è quello di capire come i soggetti studiati vedono il mondo, di apprendere la loro terminologia ed il loro modo di giudicare, di catturare la complessità delle loro individuali percezioni ed esperienze. L'obiettivo prioritario dell'intervista qualitativa è quello di fornire una cornice entro la quale gli intervistati possano esprimere il loro proprio

132 Corbetta, P. (2003). *Social research: Theory, methods and techniques*. Sage.

133 Cit.n.128.

modo di sentire con le loro stesse parole (Patton 1990)¹³⁴. Gli intervistati sono conoscitori ed esperti del fenomeno, oppure persone che occupano una posizione particolare nella popolazione studiata. Spesso si ricorre agli osservatori privilegiati nella fase preliminare della ricerca per definire meglio i contorni dell'oggetto di studio. La definizione del disegno della ricerca, che serve a delineare con precisione il piano d'azione di un ricercatore, è iniziata con la descrizione dello scopo dell'indagine (il problema della ricerca) e con l'analisi dei contributi teorici (il framework teorico) in cui esso si inserisce, dai quali si sono dedotti i quesiti della ricerca (le ipotesi della ricerca) e che hanno guidato l'individuazione delle unità di analisi (la fase di selezione dei casi).

Sulla base degli elementi appena descritti la ricerca si focalizza proprio sullo studio riguardante l'evoluzione ed innovazione delle dinamiche e dei modelli di acquisto di beni e servizi in sanità. Il framework teorico di riferimento è stato individuato prendendo in considerazione, dopo un'attenta analisi della letteratura, quegli approcci che meglio si legano all'analisi dei punti di forza e criticità attraverso le quattro dimensioni del framework sulla centralizzazione degli acquisti. In particolare, sono stati considerati i seguenti approcci teorici: la *Transaction Cost Theory* (Coase, 1937; Williamson, 1979, 1985)¹³⁵, che cerca dispiegare il perché esistono tante forme organizzative diverse che interagiscono col mercato e di dare una valenza economica al problema organizzativo, è stata analizzata alla luce dei problemi che generano i cosiddetti costi di transazione (Williamson, 1979)¹³⁶, ossia: la *razionalità limitata* e l'*asimmetria informativa* degli attori coinvolti nello scambio; l'*opportunismo*, legato

134 Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

135 Cit.n. 53/55.

136 Cit.n.55.

all'inclinazione dei contraenti di perseguire il proprio interesse a qualsiasi costo; e la *specificità degli investimenti* realizzati dai contraenti nella particolare transazione (Williamson,1979)¹³⁷. La *Teoria dell'Agenzia* che affronta il problema del coordinamento organizzativo prevedendo lo sviluppo di modelli di autorità decisionale differente, particolarmente adatti all'analisi e all'interpretazione in situazioni di carenze informative e relazionali. La relazione di agenzia si sviluppa infatti nel momento in cui uno dei due soggetti (principale) delega all'altro (agente) lo svolgimento di un compito, che l'agente, avvalendosi delle abilità specifiche di cui dispone e con la delega di autorità necessaria per raggiungere gli obiettivi prefissati, deve portare a compimento, per conto del principale e nell'interesse del principale, cui rimane, in qualità di delegante, il potere di controllo. La teoria dell'agenzia formalizza il problema derivante dall'interazione tra soggetti che devono relazionarsi, cercando di descrivere tale relazione attraverso la metafora del contratto (Jensen, Meckling, 1976)¹³⁸. I teorici dell'agenzia affermano che le imprese sono strutturate in modo da minimizzare i costi per far sì che alcuni partecipanti (gli agenti) facciano ciò che altre persone (i principali) desiderano. In accordo con Corbetta (2003)¹³⁹, il passaggio dalla teoria alle ipotesi è avvenuto attraverso un processo di deduzione: l'analisi della letteratura e la centralità dei temi riguardanti i modelli di acquisto di beni e servizi in sanità hanno fornito la base per la definizione delle ipotesi della ricerca che regolano lo sviluppo delle successive fasi del progetto. Per la formulazione delle ipotesi della ricerca si è ritenuto utile formalizzare il problema sotto forma di quesiti, in modo da riuscire a focalizzare, con maggiore analiticità, le tematiche principali su cui concentrare gli sforzi della ricerca.

137 Cit.n.55.

138 Cit.n.53/55.

139 Corbetta, P. (2003). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche* (Vol. 3). Il mulino.

- 1) Quale è stato il processo evolutivo che ha portato a modelli di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in sanità?
- 2) Quali modelli innovativi di acquisto sono stati adottati dalle varie regioni italiane?
- 3) Quali sono i punti di forza e le criticità derivanti dall'utilizzo di un modello di acquisto centralizzato?

Emerso che vi è un gap in letteratura sul tema della analisi degli acquisti centralizzati in sanità, si è provveduto ad impostare un'analisi esplorativa atta ad esaminare un caso concreto. In particolare, il focus delle interviste è stato sulle evoluzioni che hanno portato al modello utilizzato per gli approvvigionamenti, sulle innovazioni introdotte e sulle criticità ed i benefici ottenuti; oltre ad aver posto domande sulle peculiarità dei quattro assetti individuati nel terzo capitolo. La raccolta delle informazioni è avvenuta con tempistiche e modalità differenti. In primis sono stati raccolti dati e informazioni sul sito web istituzionale di So.Re.Sa., in particolare analizzando la documentazione che conteneva informazioni circa le domande di ricerca. Poi si è proceduto alla effettuazione delle interviste, condotte face to face a partire dal mese di marzo 2019 fino a settembre 2019, che hanno cercato il più possibile di coinvolgere le figure professionali chiave a diversi livelli implicate nel processo di acquisto di beni e servizi sanitari in So.Re.Sa.. La numerosità e le funzioni dei soggetti intervistati sono riportate nella tabella seguente. Il canovaccio alla base delle interviste è riportato in Appendice.

Persona intervistata	Ruolo	Modalità
1	Presidente CdA	face- to- face
2	Consigliere del CdA	face- to- face
3	Consigliere del Cda	face- to- face
4	Direttore committenza spesa	face- to- face

	comune	
5	Direttore committenza sanità	face- to- face
6	Direttore Junior ufficio monitoraggio e fabbisogni	face- to- face
7	Direttore Junior Autorizzazioni e programmazione	face- to- face
8	Direttore junior farmaci	face- to- face
9	Direttore junior dispositivi medici	face- to- face
10	Direttore junior servizi e beni non sanitari	face- to- face
11	Direttore Junior biomedicali ed HTA	face- to- face
12	Direttore committenza spesa comune	face- to- face
13	Direttore categorie DPCM	face- to- face
14	Consigliere Regione Campania/ vicepresidente commissione bilancio	face- to- face

4.2 Introduzione, storia, attività e mission di So.Re.Sa. S.p.a.

Nel 2005 la Regione Campania ha introdotto la centralizzazione degli acquisti per gli enti del SSR. Con la L.r. n. 24 del 2005 si stabilisce che “ la So.Re.Sa. è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto dei beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e AA.OO. A tal fine elabora annualmente un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate, al livello regionale, per l’acquisto e la fornitura di beni e attrezzature sanitarie e previa deliberazione della Giunta Regionale dei suddetti piani e procedure, espleta, in coordinamento con le AA.SS.LL. e AA.OO. le procedure acquisitive in essi stabiliti ”.

So.Re.Sa. S.p.A. è una società istituita nel 2003, a totale capitale pubblico, che opera maggiormente con personale in comando, e secondo quanto previsto dalla normativa, le attività di So.Re.Sa sono riconducibili a due principali aree di intervento, la prima finalizzata alla riduzione dell’indebitamento già accumulato dalla regione, attraverso

operazioni di cartolarizzazione; la seconda sempre finalizzata alla riduzione della spesa sanitaria agisce sulla modalità di acquisizione dei beni e servizi da parte delle aziende sanitarie della regione. La funzione di centrale di acquisto regionale è stata poi con il tempo estesa ad un insieme di beni e servizi sempre più ampio ed anche a quelli non sanitari, tramite la stipula di convenzioni quadro cui le aziende sanitarie devono aderire di volta in volta, tramite l'emissione di un ordinativo attraverso la piattaforma informativa. Le disposizioni contenute nel Piano di Rientro della Regione prevedevano l'obbligo per le aziende sanitarie di aderire ai contratti stipulati da So.Re.Sa. ed il divieto di indire nuove gare in riferimento alle seguenti categorie merceologiche: agenti chimici, presidi chirurgici e materiale sanitario, materiale diagnostico e dispositivi medici, macchinari ed attrezzature di valore unitario superiore a 750.000 euro. Con il decreto n.58 del 18/07/2011 la Regione ha stabilito che le aziende del SSR :

- sono obbligate a trasmettere a So.Re.Sa. entro il 30 settembre di ogni anno, il proprio fabbisogno annuale;
- sono obbligate a redigere un piano triennale del fabbisogno di beni e servizi;
- sono obbligate a nominare un referente aziendale in qualità di Responsabile Comunicazioni Acquisti Centralizzati;
- possono ottenere da So.Re.Sa. l'autorizzazione ad espletare le procedure in autonomia, qualora ricorrano le seguenti condizioni: ragioni di urgenza; necessità di acquisire beni o servizi, rispetto ai quali So.Re.Sa. non abbia già individuato l'operatore economico che andrà ad eseguire la specifica prestazione o avviato le procedure di selezione; non sia possibile aderire ad una convenzione Consip.

Nell'espletamento di tali gare, le Aziende possono fare riferimento, circa i parametri prezzo-qualità, ai risparmi medi dei contratti già stipulati da So.Re.Sa.

- possono espletare procedure autonome per acquisti di importo inferiore a 50.000 euro attraverso il MEPA (limite non applicato a farmaci salvavita o oncologici).

Il modello di centralizzazione adottato dalla Regione Campania, prevede due possibili livelli di approvvigionamento di beni e servizi:

- il livello regionale, con adesione obbligatoria, in cui So.Re.Sa. ha il compito di gestire tutte le procedure di acquisto per le aziende sanitarie della regione;

- il livello aziendale, autorizzato nelle condizioni esplicitate sopra.

L'iter procedurale per l'approvvigionamento a livello regionale si differenzia per beni e servizi sanitari e non, in entrambi i casi le aziende internamente individuano il fabbisogno annuale e lo comunicano a So.Re.Sa. Per i beni e servizi sanitari So.Re.Sa. predispone ogni anno un documento contenente la programmazione annuale delle gare, rispetto al quale, le aziende dopo aver codificato i fabbisogni secondo l'anagrafica dei beni unica a livello regionale, devono comunicare le quantità richieste tramite una piattaforma elettronica. Dopo aver raccolto i fabbisogni So.Re.Sa. procede all'espletamento delle procedure di gara, fino alla stipula dei contratti con i fornitori.

Per i beni e servizi non sanitari So.Re.Sa. espleta la procedura di gara e stipula una convenzione quadro con i fornitori, cui le aziende sanitarie hanno l'obbligo di aderire. Con le convenzioni quadro, le imprese fornitrici aggiudicatrici si impegnano ad accettare, a condizioni e prezzi stabiliti, adesioni alle convenzioni fino ad un

quantitativo predefinito. Le adesioni da parte delle aziende sanitarie alle convenzioni possono essere fatte online su piattaforma.

Quindi, So.Re.Sa. S.p.A. – Società Regionale per la Sanità – è una società strumentale costituita dalla Regione Campania per la realizzazione di azioni strategiche finalizzate alla razionalizzazione della spesa sanitaria regionale.

Per la realizzazione di questo obiettivo il socio unico Regione Campania ha affidato a So.Re.Sa. il ruolo di centrale acquisti dei prodotti destinati alle aziende del sistema sanitario regionale e la realizzazione del ripiano del debito maturato negli anni passati, attraverso operazioni ad hoc decise con provvedimenti regionali. Per la sua natura di ente strumentale, opera esclusivamente nell'interesse del socio pubblico e delle aziende del sistema sanitario regionale ed è sottoposta al controllo della Regione, pertanto:

- la Società redige periodicamente un budget preventivo che viene sottoposto alla Regione per l'approvazione;
- il Socio Regione esercita poteri di vigilanza e di controllo sul bilancio e determina le linee di indirizzo strategiche e di politica aziendale e nomina gli organi di vertice della Società;
- il Socio Unico partecipa alla vita della Società verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'attuazione delle strategie e l'organizzazione della Società, ed autorizza le operazioni e gli atti di carattere straordinario.

In aggiunta a tale ruolo, So.Re.Sa, con la L.R. n. 16 del 7 agosto 2014, è stata individuata come soggetto aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che aggiudica appalti

pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati non solo a favore delle ASL e AO della Regione Campania, alle società partecipate in misura totalitaria della Regione Campania ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., per gli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, per gli enti locali e per le altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

Gli organi sociali, ai sensi dell'art. 9 dello Statuto Sociale sono:

- l'Assemblea dei soci
- il Consiglio di Amministrazione
- l'Amministratore Delegato
- Il Direttore Generale
- Il Collegio Sindacale
- Il Revisore Contabile

Nel modello vigente al 31.12.2017 al Consiglio di Amministrazione spetta la funzione di indirizzo strategico e di monitoraggio dell'attività. il Presidente del Consiglio di Amministrazione riveste anche la funzione di Amministratore Delegato. I poteri delegati afferiscono la rappresentanza in giudizio e la nomina dei consulenti. La gestione della società è affidata al Direttore Generale, cui competono tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione, la firma dei contratti e di ogni impegno di spesa, la gestione del personale e l'organizzazione degli uffici.

Nell'assemblea dei soci del 06.02.2018 è stato disegnato un nuovo modello di Governance, caratterizzato da un Consiglio di Amministrazione senza deleghe

gestionali, con la conseguente soppressione della carica di Amministratore Delegato, i cui poteri sono stati riassorbiti dalla Direzione Generale.

Al Collegio Sindacale spetta il controllo sull'amministrazione della Società ed il suo concreto funzionamento ai sensi dell'art. 2403, comma 1 del cod. civ. Il Collegio vigila sull'osservanza delle norme di legge, dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni sociali, sulla corretta amministrazione, sull'adeguatezza degli assetti organizzativi e contabili della Società ed adempie a tutte le funzioni che gli sono demandate dalla legge. Il Collegio Sindacale vigila inoltre sull'adeguatezza e funzionalità del sistema dei controlli interni. In particolare, accerta l'efficacia e l'adeguato coordinamento di tutte le funzioni e strutture coinvolte nel sistema dei controlli interni, ivi compreso il soggetto incaricato del controllo contabile, promuovendo se del caso gli opportuni interventi correttivi.

Il controllo contabile è riservato dall'art. 25 dello Statuto ad una società di revisione legale nominata dal Presidente della Giunta Regionale con apposito decreto (art. 6 comma 2 L.R. 28/2003).

Nella figure seguenti troviamo l'organigramma di So.Re.Sa. e quello esploso della Direzione Committenza sanità e DPCM:

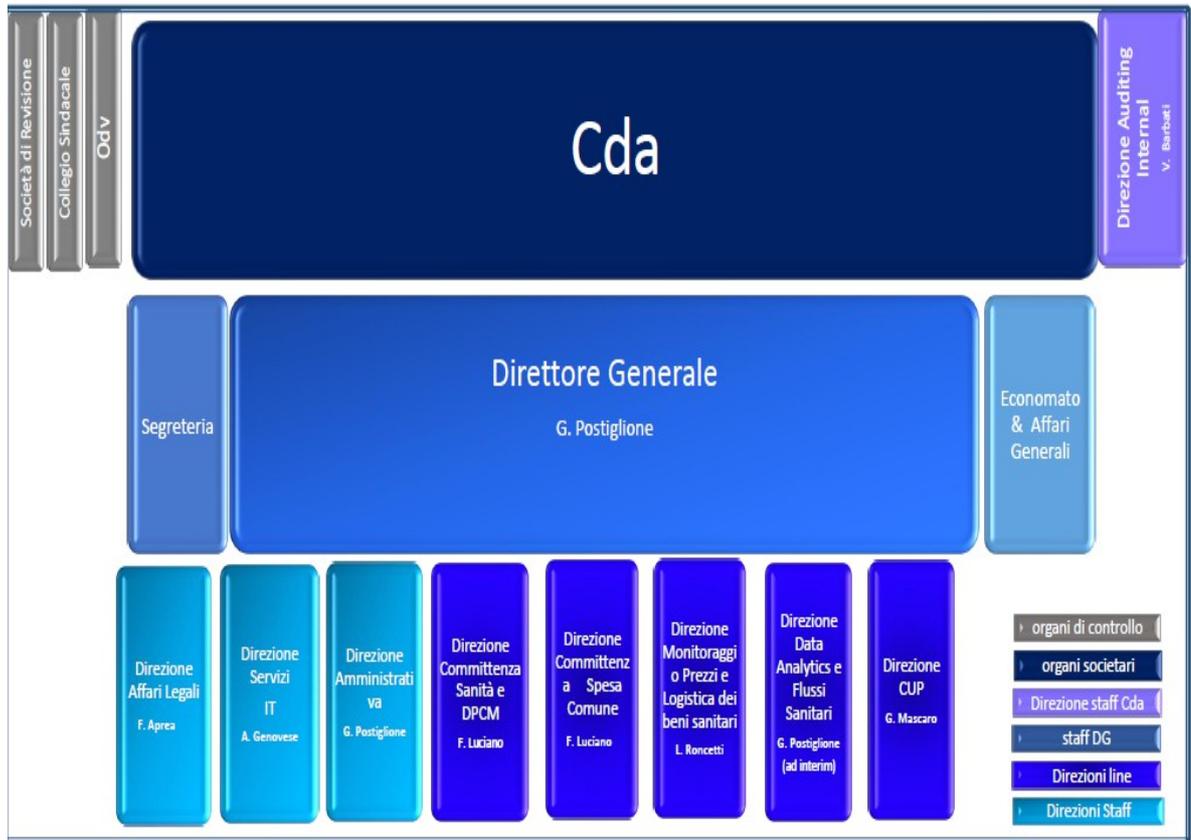


Fig n.10. Fonte: www.soresa.it

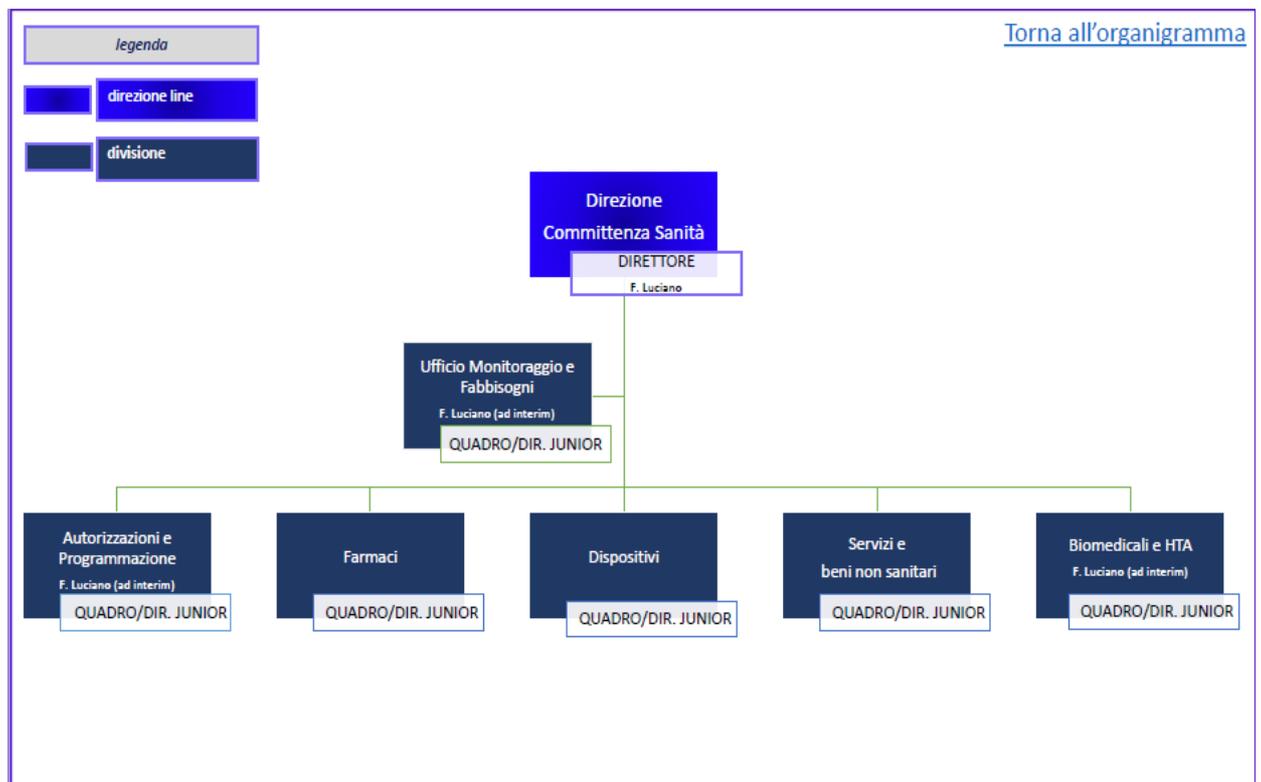


Fig.n.11 Fonte: www.soresa.it

La Governance vigente dal 2018 prevede una pianta organica così distinta:

- n. 9 Dirigenti (compreso il Direttore Generale)
- n. 109 Impiegati ripartiti su diversi livelli

Consiglio di amministrazione

Prof. Corrado Cuccurullo - Presidente

Avv. Giulia Abbate - Consigliere

Dott. Raffaele Longo - Consigliere

Collegio sindacale

Dott. Fabio Migliardi - presidente

Dott. Giovanni De Rosa - componente

Dott.ssa Dora Ruggiero - componente

Società di revisione legale

Ria Grant Thornton S.p.A.

I rapporti con la Regione, socio unico, sono disciplinati da un'apposita convenzione e da specifici atti che gli attribuiscono compiti e funzioni.

La mission della Società, come definita all'art. 4 dello Statuto, così come modificato dalla Delibera della Giunta Regionale n.236 del 31 maggio 2011 e approvato dall'Assemblea Straordinaria in data 27/6/2011, consiste nell'elaborare e gestire un articolato progetto finalizzato al "...compimento di operazioni di carattere patrimoniale, economico e finanziario, destinate ad integrarsi con gli interventi per il

consolidamento ed il risanamento della maturata debitoria del sistema sanitario regionale e per l'equilibrio della gestione corrente del debito della sanità; la società assiste e supporta gli enti del servizio sanitario regionale in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale".

Le attribuzioni tipiche di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito, sono state ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società, quali:

- a. Creazione Banca Dati Unificata
- b. Centrale Unica di Pagamento
- c. Supporto alla Regione nelle procedure di Accreditamento Istituzionale delle Strutture del SSR
- d. Supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle Strutture del SSR.

La L.R. n. 16 del 7 agosto 2014 "Interventi di rilancio e sviluppo dell'economia regionale nonché di carattere ordinamentale e organizzativo (collegato alla legge di stabilità regionale 2014)", all'art.1, comma 28, nel sostituire il comma 15 dell'art. 6 della L.R. n. 28 del 2003, ha disposto quanto segue: "(...) la So.Re.Sa. costituisce centrale di committenza regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 34 e dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE - Codice degli appalti) e soggetto aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale),

convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e AO, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., agli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

Viene quindi superata, per effetto della modifica apportata dalla L.R. n. 16/2014 all'art. 15 della L.R. n. 28/2003, la precedente esclusiva configurazione di So.Re.Sa. quale "centrale di committenza regionale che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi, destinati alle ASL e AO (...)"

Il comma 15-bis, comma aggiunto dall'art.1, comma 230 della L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 (Disposizione per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania) dispone che è comunque fatta salva, previa autorizzazione della So.Re.Sa., la possibilità delle ASL e delle AO di stipulare contratti di acquisto e di fornitura di beni e delle attrezzature sanitarie nonché dei servizi non sanitari, entro i parametri di prezzo e qualità adottati dalla So.Re.Sa., gli atti e i contratti di acquisto e fornitura stipulati dalle ASL e dalle AO in assenza di apposita autorizzazione sono nulli e costituiscono causa di responsabilità amministrativa".

La So.Re.Sa. ha dunque l'ulteriore funzione di autorizzare le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nell'acquisto di beni e attrezzature sanitarie e di servizi non sanitari.

In virtù di tale funzione, ai sensi del Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 18 luglio 2011 (Disposizioni urgenti in materia di centralizzazione degli acquisti), la So.Re.Sa. ha il compito di provvedere a fornire, qualora ricorrano specifiche

condizioni, apposita autorizzazione alle singole Aziende Sanitarie per l'espletamento di autonome procedure d'acquisto entro e non oltre il termine di 10 giorni dalla richiesta avanzata dalle Aziende stesse, trascorsi i quali, l'istanza si intende accolta.

Le suddette condizioni si riferiscono a ragioni di urgenza non imputabili alle singole Aziende Sanitarie, alla necessità di dover acquisire beni e servizi rispetto ai quali So.Re.Sa. non abbia già individuato l'operatore economico o avviato apposite procedure di selezione o, ancora, a ragioni legate alla impossibilità di aderire ad una convenzione Consip.

Nell'espletamento delle gare autorizzate da So.Re.Sa., le Aziende Sanitarie possono fare riferimento, con riguardo ai parametri prezzo-qualità previsti dall'art.6, comma 15 bis della L.R. n. 28 del 2003, introdotto dalla L.R. 4 del 2011, ai risparmi medi di contratti già aggiudicati da So.Re.Sa. e pubblicati sul sito istituzionale afferenti al settore merceologico di interesse. In assenza di contratti stipulati da So.Re.Sa., il parametro di riferimento deve essere quello delle convenzioni Consip.

Il Decreto di cui sopra stabilisce, inoltre, che la So.Re.Sa. ha la completa gestione delle gare centralizzate aventi ad oggetto l'acquisto e/o il noleggio di apparecchiature sanitarie di valore unitario superiore a € 200.000, acquisita preventiva valutazione di congruità in relazione al fabbisogno assistenziale ed alla riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali, previste dai Decreti del Commissario ad acta n. 49 del 2010 e n. 22 del 2011, rilasciata dalla Regione.

Il Decreto n. 58 del 2011 riduce dunque il limite superiore oltre il quale è vietato alle Aziende Sanitarie indire gare per l'acquisto di attrezzature sanitarie, precedentemente fissato a € 750.000 dalla DGRC n. 515 del 2007.

Il Decreto stabilisce inoltre che per gli acquisti di beni e servizi sanitari e non sanitari di importo pari o inferiore a € 50.000, le Aziende possono porre in essere autonome procedure di acquisto.

Pertanto alle Aziende sanitarie è fatto divieto di espletare autonome gare per l'acquisto di attrezzature, di beni e servizi di importi superiori alle soglie sopra definite.

Con il Decreto del Commissario ad acta n.11 del 2012 sono state apportate alcune modifiche ed integrazioni al Decreto n. 58 del 2011; in particolare il Decreto precisa:

- la possibilità per le Aziende Sanitarie di effettuare acquisti di beni, attrezzature e servizi sanitari di importo pari o inferiore ad € 50.000, limite non previsto per l'acquisto dei farmaci oncologici, riferito solo ai beni e servizi non ricompresi in contratto So.Re.Sa. S.p.A.; inoltre, precisa che l'importo di € 50.000, al di sotto del quale le Aziende sanitarie possano porre in essere autonome procedure d'acquisto, va inteso con riferimento al fabbisogno complessivo delle tipologie di bene o di servizio da acquistare dall'azienda sanitaria, evitando la possibilità di artificiosi frazionamenti;
- stabilisce, in ordine all'acquisto e/o noleggio di apparecchiature sanitarie per importi superiori ad € 200.000, che la valutazione di congruità in relazione al fabbisogno ed alla riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali previste dai Decreti del Commissario ad acta n. 49 del 2010 e n. 22 del 2011, alla luce delle valutazioni di HTA (Health Technology Assessment), debba essere sempre acquisita preventivamente dall'azienda sanitaria interessata alla

fornitura. Tale valutazione, per le attrezzature di particolare complessità, va effettuata, entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della relativa istanza, decorso il quale il parere si intende reso in senso favorevole e pertanto l'acquisizione dell'attrezzatura dovrà intendersi coerente con il fabbisogno regionale.

Il D.L. n. 66 del 2014, convertito dalla L. 89/2014, ha rafforzato il processo di razionalizzazione e aggregazione degli acquisti nel settore dei beni e servizi prevedendo, in particolare, l'istituzione di un Tavolo Tecnico nazionale dei soggetti aggregatori costituito, oltre che da Consip, dalle centrali di committenza regionali e dagli altri soggetti in possesso dei requisiti definiti con il DPCM dell'11 novembre 2014.

Lo stesso D.L. 66/2014 ha stabilito che le amministrazioni statali, le regioni, gli enti regionali, i loro consorzi e associazioni, e gli enti del servizio sanitario nazionale siano tenute ad acquistare tramite i Soggetti Aggregatori, oltre determinate soglie, i beni/servizi rientranti nelle categorie merceologiche individuate annualmente con un apposito DPCM.

L'elenco dei Soggetti Aggregatori, approvato dall'ANAC il 23 luglio 2015, è composto attualmente da 34 soggetti, tra i quali vi è So.Re.Sa. S.p.A., quale centrale di committenza della Regione Campania, come previsto dall'art. 6, co. 15, L.R. 28/2003, come modificata dalla L.R. 16/2014.

Il Tavolo Tecnico dei Soggetti Aggregatori ha il compito di individuare e proporre alla Presidenza del Consiglio le categorie merceologiche e le soglie di valore al di sopra delle quali è previsto l'obbligo di ricorrere ai Soggetti Aggregatori.

4.2.1 So.Re.Sa in qualità di centrale Acquisti: risultati 2017 e prospettive

La Centrale Acquisti rappresenta il “core business” in termini di volumi che trovano rappresentazione all’interno del Conto Economico aziendale, atteso che i volumi generati dalle Convenzioni e dagli Accordi Quadro stipulati in “*modalità Centrale di Committenza*” alimentano direttamente i conti economici degli Enti del SSN aderenti alle convenzioni in virtù di contratti autonomi, con le connesse obbligazioni.

Tale circostanza assume rilevanza in quanto su tutti gli acquisti effettuati in proprio So.Re.Sa. è chiamata a rispondere della intera gestione del ciclo passivo, dalla registrazione delle fatture e fino al pagamento. Nel 2017 la copertura regionale si attesta a circa il 90% del totale del farmaco acquistato in Regione, con tempi di pagamento “europei” che hanno di fatto azzerato gli interessi moratori ed il contenzioso, contribuendo in maniera determinante ad innalzare “credibilità” della sanità campana, attualmente la Campania è fuori dal Commissariamento durato 10 anni e dopo 12 anni di Piani di Rientro, ha risanato i suoi conti e So.Re.Sa paga in 38 gg una fattura ai fornitori, tempo più basso in tutta Italia.

Il comma 15-bis, comma aggiunto dall'art.1, comma 230 della L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 (Disposizione per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania) dispone che è comunque fatta salva, previa autorizzazione della So.Re.Sa., la possibilità delle ASL e delle AO di stipulare contratti di acquisto e di fornitura di beni e delle attrezzature sanitarie nonché dei servizi non sanitari, entro i parametri di prezzo e qualità adottati dalla So.Re.Sa., gli atti e i contratti di acquisto e fornitura stipulati dalle ASL e dalle AO in assenza di

apposita autorizzazione sono nulli e costituiscono causa di responsabilità amministrativa"

La So.Re.Sa. ha dunque l'ulteriore funzione di autorizzare le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nell'acquisto di beni e attrezzature sanitarie e di servizi non sanitari. In virtù di tale funzione, ai sensi del Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 18 luglio 2011 (Disposizioni urgenti in materia di centralizzazione degli acquisti), la So.Re.Sa. ha il compito di provvedere a fornire, qualora ricorrano specifiche condizioni, apposita autorizzazione alle singole Aziende Sanitarie per l'espletamento di autonome procedure d'acquisto. In aggiunta a tale ruolo, So.Re.Sa, con la L.R. n. 16 del 7 agosto 2014, è stata individuata come Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati non solo a favore delle ASL e AO della Regione Campania, alle società partecipate in misura totalitaria della Regione Campania ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., per gli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, per gli enti locali e per le altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

Le attribuzioni tipiche di So.Re.Sa. in materia di centralizzazione degli acquisti e di accertamento del debito, sono state ulteriormente ampliate attraverso nuove funzioni strategiche assegnate alla società, quali:

- Supporto al controllo di gestione e pianificazione aziendale delle Strutture del SSR
- Creazione Banca Dati Unificata

- Centrale Unica di Pagamento
- Supporto alla Regione nelle procedure di Accreditamento Istituzionale delle Strutture del SSR

Per la sua natura di ente strumentale, So.Re.Sa. opera esclusivamente nell'interesse del socio pubblico e delle aziende del sistema sanitario regionale ed è sottoposta dalla Regione a un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi; pertanto:

- la Società redige periodicamente un budget preventivo che viene sottoposto alla Regione per l'approvazione;
- il Socio Regione esercita poteri di vigilanza e di controllo sul bilancio e determina le linee di indirizzo strategiche e di politica aziendale e nomina gli organi di vertice della Società;
- il Socio Unico partecipa alla vita della Società verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'attuazione delle strategie e l'organizzazione della Società, ed autorizza le operazioni e gli atti di carattere straordinario. Nei grafici e nelle tabelle di seguito proposte i “*key numbers*” dell'esercizio 2017.

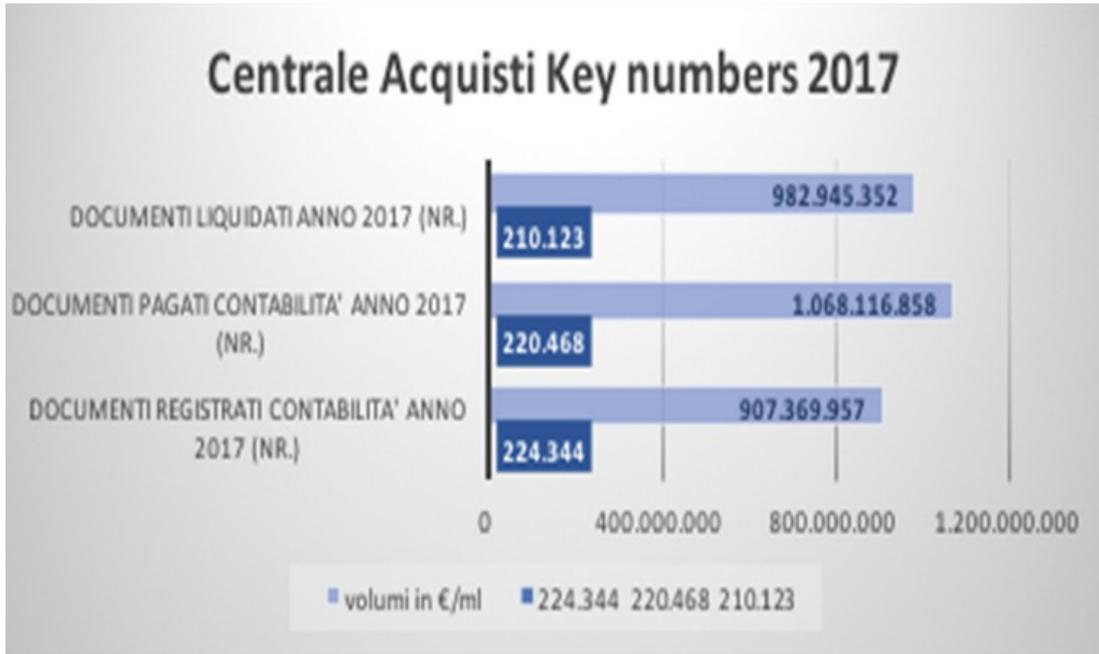


Fig n.9 Fonte: Bilancio 2017

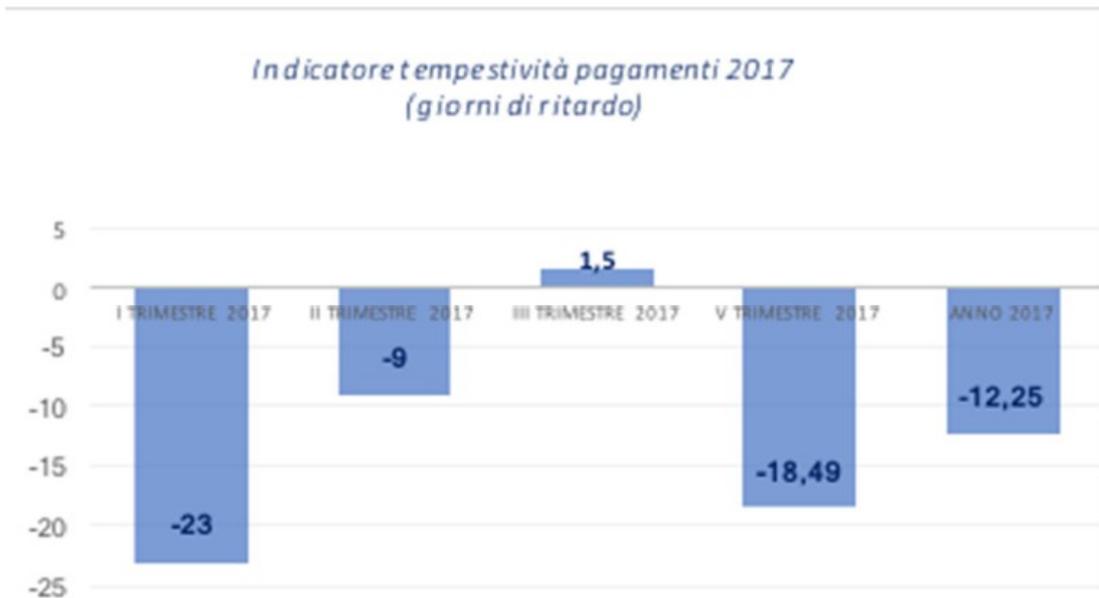


Fig. n. 10 Fonte: Bilancio 2017

Grazie alla completa integrazione del SIAC e del SURAFS con il Portale Enti e con lo SDI e la PCC So.Re.Sa. riesce a gestire circa 230.000 fatture passive all'anno garantendo pagamenti al di sotto dei 60 giorni. Le principali ricadute di tale performance riguardano l'assenza di contenzioso per interessi moratori ed il recupero

di credibilità della Sanità Campana, attualmente in regime di gestione ordinaria.

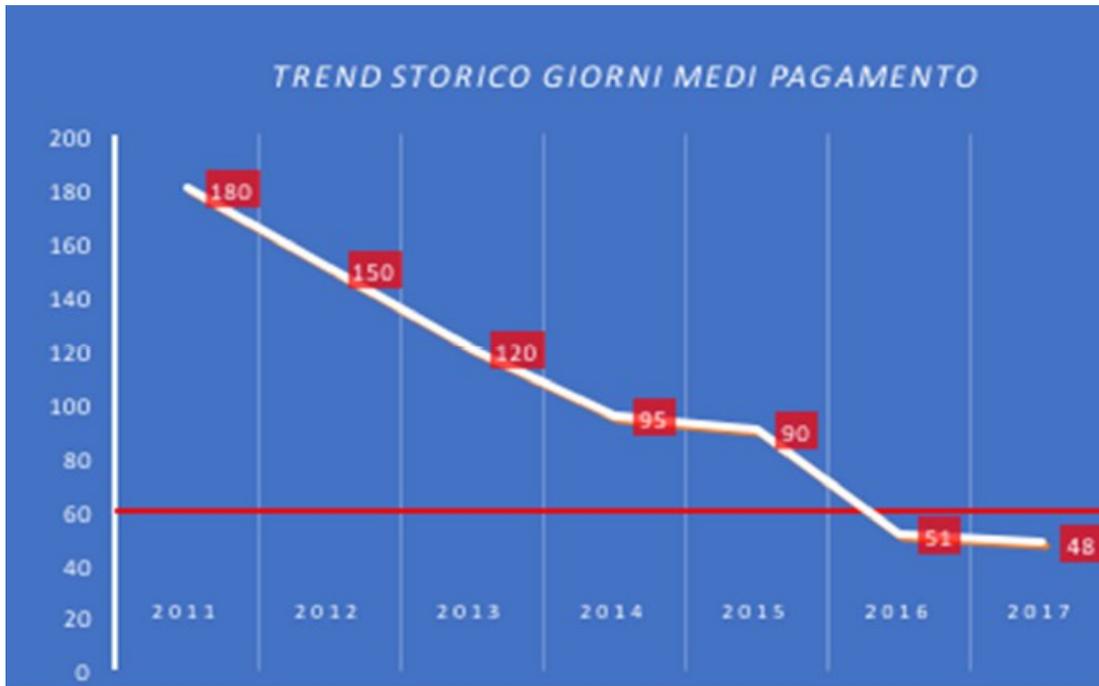


Fig n.11 Fonte: Bilancio 2017

A partire dal II trimestre 2017 i tempi medi di pagamento sono stati sotto i 60 giorni per l'effetto combinato della completa entrata a regime del SIAC e della revisione organizzativa e delle procedure di liquidazione, nel 2109 i tempi di pagamento si assestano a 38 giorni. Nel 2017 il modello della Centrale Acquisti si è definitivamente consolidato quale modello di eccellenza nazionale. La Centrale Acquisti So.Re.Sa. rappresenta l'unico modello "forte" di acquisto centralizzato, nello scenario nazionale, che contempra una piattaforma per spiccare ordini elettronici garantendo il dialogo con le fatture pervenute allo SDI e sulla PCC, e l'accoppiamento tra detti ordini e quelli del consegnato, fino a giungere al pagamento con ordinativo elettronico in formato SIOPE + e all'automatico riversamento dei dati inerenti il pagamento sulla PCC. Nel corso del 2018 So.Re.Sa. è inoltre entrata a far parte del gruppo di sperimentazione del NSO, nodo telematico nazionale per ordini

dematerializzati in standard Peppol creato dal MEF per realizzare, su base nazionale, il ciclo passivo dematerializzato nel comparto sanitario. La trasformazione da centrale acquisti a centrale di committenza regionale ha comportato il progressivo ridimensionamento del numero dei contratti per tutte le categorie merceologiche ad eccezione dei farmaci, destinati alle Aziende Sanitarie, ed il progressivo aumento del numero delle convezioni e degli accordi quadro stipulati sul modello committenza. La So.Re.Sa., in qualità di Soggetto Aggregatore Regionale (ai sensi del DL 66/2014) e Centrale di Committenza regionale (ai sensi della L.R. 16/2014) nel corso del 2017 ha realizzato le linee strategiche concentrandosi sul completamento delle categorie merceologiche individuate per il biennio 2016-2017 con D.P.C.M. del 24.12.2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 09/02/2016, nonché sulle categorie programmate per il 2017. Rispetto alle categorie merceologiche previste dal DPCM nel perimetro di competenza dei soggetti aggregatori del comma 1, ossia le Centrali di committenza regionali, alla fine del 2017 So.Re.Sa. aveva coperto tutte le iniziative obbligatorie da DPCM, ad eccezione dei servizi di pulizia coperti da apposita convenzione CONSIP. L'obiettivo, ovvero la copertura di tutte le categorie merceologiche in ambito sanitario previste dal D.P.C.M. del 2018 è stato pertanto raggiunto come da programma. La tabella che segue evidenzia le categorie merceologiche da DPCM:

#	Categorie di beni e servizi	Soglie (€)
1	Farmaci	40.000
2	Vaccini	40.000
3	Stent	Soglia di rilevanza comunitaria
4	Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	40.000
5	Protesi d'anca	Soglia di rilevanza comunitaria
6	Medicazioni generali	40.000
7	Defibrillatori	Soglia di rilevanza comunitaria
8	Pace-maker	Soglia di rilevanza comunitaria
9	Aghi e siringhe	40.000
10	Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali	40.000
11	Servizi di pulizia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale	40.000
12	Servizi di ristorazione per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale	40.000
13	Servizi di lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale	40.000
14	Servizi di smaltimento rifiuti sanitari	40.000
15	Vigilanza armata	40.000
16	Facility management immobili	Soglia di rilevanza comunitaria
17	Pulizia immobili	Soglia di rilevanza comunitaria
18	Guardiania	40.000
19	Manutenzione immobili e impianti	Soglia di rilevanza comunitaria

Tab.n.2 Fonte: Bilancio 2017

Le AS per i loro acquisti possono ricorrere a diversi strumenti gestiti da So.Re.Sa, tra i quali: le convenzioni e gli accordi quadro, stipulati con le procedure di Gara, e il Mercato elettronico.

Le Convenzioni e gli Accordi quadro sono stipulati da So.Re.Sa. nell'ambito delle sue funzioni di Centrale di committenza e di Soggetto Aggregatore, attribuite con L.R. n. 16/2014. So.Re.Sa, nell'espletamento di tali funzioni, aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e alle Aziende Ospedaliere della Regione Campania, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, agli enti anche strumentali della Regione, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nella Regione Campania.

Il Mercato elettronico è uno strumento telematico, istituito da So.Re.Sa. nell'ambito delle sue funzioni di Centrale di Committenza, attraverso il quale le PA possono effettuare acquisti di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria, ai sensi dell'art. 36 del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 50/2016). Tramite il Sito e la

piattaforma di e-procurement di So.Re.Sa. è possibile accedere al Mercato Elettronico ed alla relativa documentazione, che disciplina la partecipazione degli Operatori economici al Mercato Elettronico e il suo utilizzo da parte delle Amministrazioni Aggiudicatrici.

Le attività espletate dalla Direzione Centrale di Committenza nel corso del 2019 possono essere raggruppate nelle seguenti linee di attività:

- a) espletamento di gare centralizzate;
- b) sviluppo delle attività di monitoraggio delle Convenzioni attive;
- c) istituzione dell'albo fornitori
- d) gestione delle richieste di autorizzazione per procedure autonome di acquisto da parte delle ASL/AO;
- e) partecipazione a sotto-gruppi operativi di lavoro nell'ambito delle attività del Tavolo dei soggetti aggregatori.

Nella figura che segue si vede sintetizzato il "Business Model" di So.Re.Sa.

Il "Business model" di SoReSa

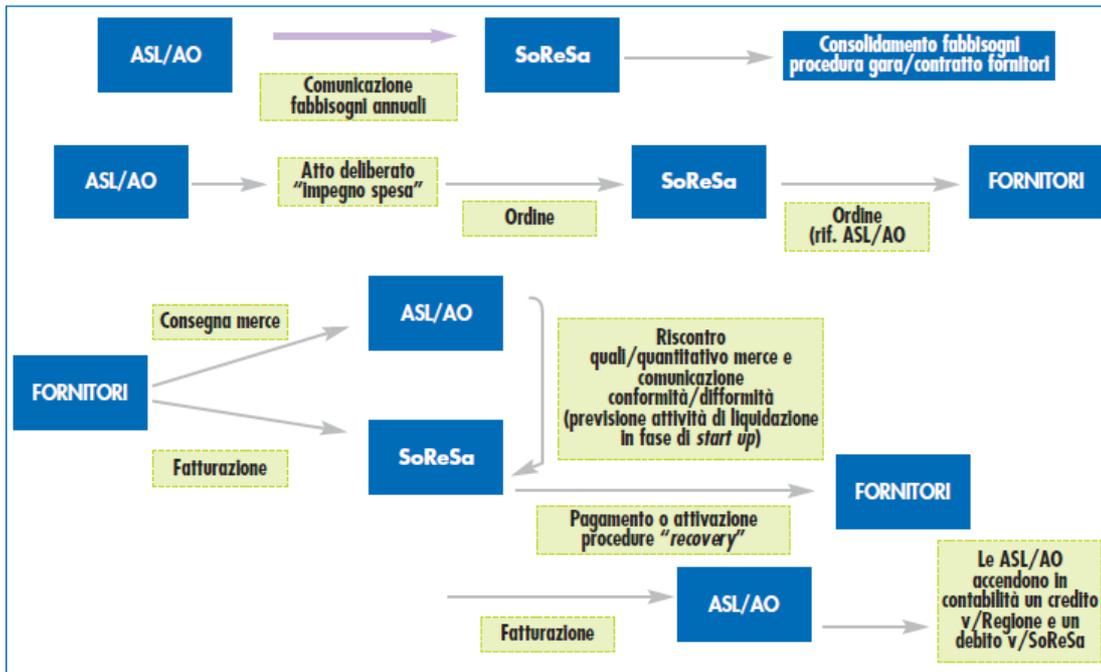


Fig n.12 Fonte: FIASO

4.3 Report delle interviste ed analisi dei risultati.

Dall'analisi delle interviste effettuate, si è sintetizzato attraverso la tabella che segue quali sono i punti di forza e le criticità evidenziati dalle esperienze personali degli intervistati. Inoltre sono state messe in evidenza le criticità del modello campano di centralizzazione degli acquisti e le direttrici di miglioramento.

Per ciò che concerne le criticità e le direttrici di miglioramento, si riportano dei brevi estratti delle interviste che evidenziano elementi sia confermativi ma anche integrativi rispetto alle analisi svolte in letteratura:

“Le maggiori difficoltà consistono nel poter contemperare le diverse esigenze a livello aziendale dal punto di vista sanitario con un’esigenza di armonizzazione ed efficientamento del processo d’acquisto. Le azioni che sono state poste in essere riguardano sia il coinvolgimento dei tecnici più qualificati nel processo di costruzione della gara per permettere di avere dei capitolati aderenti alle necessità aziendali e che possano prevedere l’introduzione corretta dei dispositivi più innovativi che una continua verifica con il mercato per poter garantire risparmi al Sistema Sanitario Regionale senza rovinare il tessuto produttivo”(Presidente CdA).

ed ancora *“le criticità maggiori relative alla fase di implementazione e sviluppo del sistema di centralizzazione, con cui si stanno ora confrontando molte altre regioni, nel nostro contesto sono già state affrontate e risolte. Possiamo quindi dire che oggi in Campania il sistema di gestione degli acquisti funziona bene e rappresenta un modello di riferimento, essendo già strutturato e ben consolidato in tutti i suoi aspetti, dalla programmazione, alla governance, dal know-how tecnico-amministrativo alla ripartizione delle competenze. Il nostro auspicio è comunque quello di non fermarci e dare un ulteriore impulso a quanto già implementato,*

estendendo il sistema di centralizzazione ad un numero sempre maggiore di procedure e di categorie merceologiche. In questo caso, l'ostacolo principale è rappresentato dalla carenza del personale assegnato alla centrale di acquisto e dai vincoli al turnover: confidiamo comunque di poter superare tali limitazioni di organico anche facendo ricorso alle somme appositamente destinate ai Soggetti Aggregatori con il DL 66/2014”(Direttore Direzione Commitenza Sanità). Il Consigliere regionale mette in evidenza che: “Le maggiori criticità sono dovute alle reazioni del mercato, ma anche delle singole aziende del SSR. Ovviamente il mercato in questo processo di accentramento ha visto una possibile ulteriore problematica alla loro politica commerciale, perdere infatti una procedura di gara per una Asl o per un'azienda ospedaliera è molto diverso che perdere una regione intera. La conseguenza è una litigiosità estrema con uno strascico consistente di controversie legali, ogni ricorso comporta un rallentamento nella procedura ed un aggravio di lavoro”. Il Dirigente Junior Dispositivi e Farmaci mette in evidenza le criticità connesse con la scelta dei beni da acquistare: “Le criticità principali risiedono nelle difficoltà insite nel processo di aggregazione e nella creazione del consenso tecnico/clinico sullo stesso; le criticità vengono superate a vario livello ed in diversi momenti, a partire dall'emanazione, nei casi clinicamente ed economicamente più significativi, di linee guida predisposte con il supporto diretto dei Clinici di riferimento; tali linee guida guidano la redazione dei capitolati tecnici. In ogni caso questi ultimi sono redatti da Collegi tecnici rappresentativi delle competenze professionali interessate, con il supporto di strutture di HTA, in maniera tale da conseguire un adeguato livello di consenso sui progetti di gara; altra criticità è la capacità e puntualità di programmazione da parte delle amministrazioni di riferimento(Aziende sanitarie). Risulta rilevante anche il quadro

normativo nazionale e regionale: *“Il quadro normativo nazionale ha subito negli ultimi anni numerose modifiche, non sempre coerenti. L’approvazione del nuovo codice degli appalti, in particolare, ha apportato significative modifiche al settore degli appalti, i cui impatti sono ancora da valutare. In questo momento occorre senz’altro che il quadro venga stabilizzato e non siano apportati ulteriori cambiamenti in modo da poter consolidare l’assetto del mercato delle pubbliche forniture e cogliere tutti i benefici”*. La normativa attuale, pur presentando dei limiti nella modalità di centralizzazione degli acquisti, sta rappresentando uno strumento sufficientemente efficace per contribuire alla sostenibilità del sistema assistenziale generando spesso un contenimento nei costi di approvvigionamento. Dal lato opposto, è necessario però sottoporre ad analisi gli effetti, nel lungo periodo, di un sistema di centralizzazione di approvvigionamento troppo spinto che rischia di generare posizioni oligopolistiche mantenendo in vita solo poche grandi aziende per ogni settore merceologico, con il concreto rischio che alla distanza, i costi possono riesplodere in maniera incontrollata”(Direttore Junior Autorizzazioni e Programmazione). I vantaggi conseguiti da un tale modello in termini di riduzione del prezzo destano delle perplessità: *“Nel breve/medio periodo la rigidità imposta dall’attuale normativa nazionale nelle modalità d’acquisto in sanità che tende ad una forte centralizzazione, porterà ad una riduzione dei prezzi adeguandoli verso i minimi di mercato. Nel medio/lungo periodo si ritiene che vi saranno degli effetti contrari con una concentrazione dell’offerta ed una difficoltà a mantenere tali prezzi”*(Membro del CdA). Altro importante elemento è la necessità di garantire la presenza delle piccole e medie imprese e la collaborazione tra So.Re.Sa. e le AS: *“La centralizzazione presenta le sue criticità: prima di tutto gli effetti distorsivi sul mercato che cerchiamo di ridurre suddividendo le gare in più lotti e frammentando*

così la domanda. Il secondo problema è dovuto alla resistenza del sistema al cambiamento, in questo caso l'approccio è decisivo, la novazione non deve essere imposta, stiamo invece cercando di creare dei gruppi di lavoro misti personale Asl e personale So.re.sa. che insieme collaborano realizzando vere e proprie sinergie”(Direttore ufficio Monitoraggio e Fabbisogni).

“La principale criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento riguarda la persistente difficoltà delle aziende sanitarie nella fase successiva all'adesione alla Convenzione, essenzialmente riferita alla fase amministrativa (registrazione, liquidazione e pagamento delle forniture) e della corretta esecuzione del contratto (al soggetto aggregatore è demandata esclusivamente la funzione di monitoraggio). Per ovviare a tale problematica So.Re.Sa. ha ottimizzato e centralizzato il ciclo passivo e finanziario in una piattaforma unica regionale in ambiente Sap. Dall'anno 2017 le 17 aziende si sono integrate all'interno della piattaforma unica, con l'obiettivo di certificare i bilanci di esercizio”(Direzione Commitenza Sanità).

Analizzando le risposte sul tema delle direttrici di miglioramento intraprese, il Presidente del CdA evidenzia che:

“L'esperienza pluriennale che la Campania vanta nel settore degli acquisti centralizzati in Sanità permette certamente di affermare che questo strumento può apportare significativi benefici, soprattutto nel breve e nel medio termine in termini di riduzione dei costi di acquisto. Le migliori performances nazionali si registrano laddove sono operanti le centrali di acquisto nazionali e regionali che, in pressoché tutti i settori merceologici di norma riescono ad ottenere prezzi che rappresentano il

riferimento nazionale o vi si accostano con scarti molto ridotti. L'esperienza, tuttavia, mostra anche che puntare solo sull'effetto del prezzo diretto di acquisto alla lunga può non essere più sufficiente. Il nuovo Codice degli Appalti, non a caso, nel recepire la direttiva europea punta molto sullo sviluppo di metodiche atte a valutare in maniera globale il costo totale dei beni/servizi, ivi compresa la corretta valutazione dell'impatto economico della qualità, nella consapevolezza che il costo appunto debba essere valutato con riferimento a tutti i possibili vantaggi che l'impiego di beni e servizi con un adeguato livello di qualità può determinare nel ciclo di utilizzo. In tal senso So.Re.Sa. sta progettando gare in cui questi nuovi strumenti di "pesatura" economica della qualità saranno introdotti e sperimentati. Infine non deve essere sottovalutato il potenziale derivante dalla possibilità, mediante le gare centralizzate, di definire profili appropriati di utilizzo dei beni/servizi ad alto impatto clinico. La centralizzazione in tal senso, rappresenta uno strumento efficace per uniformare i comportamenti clinici, favorire l'introduzione di logiche di HTA ed, in ultima analisi, di garantire la sostenibilità del sistema."

"Il Decreto legislativo 50 del 2016 inserisce alcuni elementi innovativi quali l'introduzione obbligatoria del criterio qualitativo piuttosto che il partenariato pubblico-privato che vanno nella direzione corretta ovvero: il risparmio nella spesa sanitaria non può avvenire a discapito del diritto alla salute del paziente che deve restare centrale. Allargare il raggio di azione dei soggetti aggregatori su scala extraregionale può avere un senso, ma solo su procedure che hanno costi elevati e non impattano in maniera diretta sui Lea (ad esempio: coperture assicurative, servizi di pulizia, ristorazione, lavanolo, global manutentivi)".

Un aspetto fondamentale, più volte rimarcato dagli intervistati è la scelta delle procedure e degli strumenti di affidamento più coerenti rispetto al fabbisogno definito. Il fatto che So.Re.Sa. operi anche come soggetto aggregatore è garanzia di un continuo miglioramento sia per la gestione della domanda sia per l'individuazione delle migliori modalità di acquisto oltre che del criterio di aggiudicazione dell'offerta, anche se si crea una separazione tra la centrale e gli utilizzatori del bene (ad esempio il medico) ed il destinatario (paziente). Il rischio è che se non si predispongono dei meccanismi efficaci di coordinamento, tale separazione può diventare un problema qualora gli acquisti non rispondano alle reali necessità:

“il recente DL 50/2016 prevede una serie di strumenti per enfatizzare l'aspetto qualitativo dei prodotti da acquistare (criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa) riservando un adeguato peso alla qualità”(Direttore Junior Biomedicali ed HTA).

Le decisioni di acquisto non sono, quindi, soltanto l'esito di una relazione deterministica basata sulla considerazione dei costi di transazione e sulle economie di scala, ma la conseguenza di capacità interne e di obiettivi strategici organizzativi. Lo scopo del processo di acquisto non è solo quello di minimizzare i costi, ma è soprattutto quello di massimizzare i benefici, la funzione di acquisto è strumentale alla acquisizione di tecnologie e di risorse e competenze complesse ed innovative utili a loro volta nella produzione ed erogazione dei servizi pubblici. Le soluzioni tecnologiche digitali per gli acquisti delle amministrazioni richiedono, però, capacità di gestione, di programmazione e coordinamento. Si tratta, quindi, di sviluppare competenze specifiche da considerarsi come input, a loro volta suddivisi tra una serie di prodotti ancora da produrre. Il nuovo sistema porterà dei vantaggi solo nel tempo,

quando l'amministrazione imparerà come utilizzarlo in modo corretto, perfezionando i propri metodi e adattando le proprie funzioni al fine di trarre pieno vantaggio dalla tecnologia.

Si evidenzia, quindi, la capacità delle Centrali di rispondere ai fabbisogni clinici ed aziendali in una logica di rete, dove tutte le parti sono rilevanti e dove diventa particolarmente cruciale e complesso definire ruoli e funzioni dei singoli ruoli e come questi vengono poi organizzati a livello infra-aziendali. In particolare, è fondamentale potenziare il sistema di raccolta di fabbisogni, che richiede una stretta interazione tra programmazione regionale, Aziende Sanitarie, Soggetti Aggregatori, Centrali di Committenza. Questo impone un forte investimento in competenze, sia a livello di hub (Regione/Centrale) sia spoke (Aziende Sanitarie). L'analisi condotta presenta ovviamente dei limiti, sicuramente i risultati evidenziati non sono generalizzabili per altri modelli regionali di acquisto, inoltre si potrebbe effettuare tali analisi aumentando il numero delle interviste, anche presso le Aziende Sanitarie ed i fornitori in modo da avere una visione completa di tutte le componenti che intervengono nel processo di acquisto di beni e servizi in sanità. Pertanto, tale lavoro potrà essere ampliato cogliendo prospettive diverse da quella analizzata.

Tab.n.3. Centralizzazione acquisti: punti di forza e criticità. Fonte: personale elaborazione.

<i>Punti di forza</i>	<i>Criticità</i>
Via migliore per ottenere risparmi di spesa	Richiede maggiore coordinamento tra processi di centralizzazione e politiche di sviluppo economico
Stimola la concorrenza sia sul prezzo che sulla qualità	Vuoto normativo: non è chiaro come si posiziona la Centrale tra Regione ed Aziende Sanitarie
DL 50/2016 (criterio offerta economica più vantaggiosa)	Maggiori rischi sul piano della definizione dei bisogni reali rispetto alle procedure di acquisto locali
Aggregazione e standardizzazione degli acquisti	Potrebbe portare ad acquisti inappropriati per il paziente
Risparmi dovuti alla riduzione del numero	Reazioni del mercato, rischi di eccessiva

di procedure e conseguenti costi	concentrazione del potere d'acquisto con conseguente difficoltà a mantenere i prezzi nel m/l periodo
<i>HTA</i> a livello regionale	Controversie legali/maggiore aggressività dei fornitori
Miglior governo dei flussi informativi/rendicontazione appropriata	Richiede maggiore capacità e puntualità di programmazione dei fabbisogni da parte delle AS
Maggiore competenza del personale/professionalizzazione nella gestione delle procedure di acquisto	Pericoli per la riduzione della concorrenza e difficoltà di accesso al mercato delle PMI
Innovazione tecnologica per la gestione degli ordini	Manca la definizione delle modalità di interazione tra i nodi della rete

CONCLUSIONI ED IMPLICAZIONI MANAGERIALI E DI POLICY

Il processo di governo della spesa pubblica sanitaria in Italia, relativamente all'acquisto di beni e servizi ha visto negli ultimi anni una ricerca dell'efficienza e dell'efficacia, adottando una serie di linee strategiche: l'introduzione di processi di acquisto centralizzati; portali di e-procurement; adozione di politiche di acquisto aggregate; indicazioni cogenti di procedure e comportamenti, come abbiamo visto nei precedenti capitoli. In generale, l'obiettivo finale di tale processo, analizzati i vari studi effettuati, è quello di costituire nuove forme di organizzazione nelle fasi di acquisto di beni e servizi in un'ottica di sostenibilità, nonché di stimolare la competitività e l'innovazione sui mercati di riferimento.

Questo passaggio, considerando anche le differenti caratteristiche degli attori operanti nelle Regioni, richiede una serie di condizioni istituzionali, tecniche e culturali, purtroppo disomogenee da realtà a realtà. Spesso, in un sistema quale quello italiano, dove non esiste una consolidata tradizione di sperimentazioni sul campo, si definiscono modelli che sulla base di assunti (spesso solo teorici), producano profondi cambiamenti istituzionali, senza aver messo ben a fuoco quelle difficoltà organizzative, normative e culturali correlate a tali cambiamenti. Probabilmente, come emerso dalle interviste effettuate, un percorso più fondato sulle sperimentazioni e su un dialogo con i diversi protagonisti, aiuterebbe a ridurre gli errori e le difficoltà. In un contesto nel quale il sistema pubblico necessita di implementare l'efficienza interna (mirando a minori costi attraverso un percorso di ridefinizione della domanda più puntuale, nonché l'ottimizzazione delle fasi gestionali dell'acquisto) e l'efficienza esterna dei mercati (salvaguardando il mercato con la presenza di più attori), l'analisi qualitativa svolta, ha avuto come obiettivo

quello di far emergere il percepito di alcune categorie di professionisti, che sono coinvolti nel processo di acquisto, nonché le principali criticità e punti di forza legati alla trasformazione del modello degli acquisti. È ben noto, infatti, che solo attraverso la consapevolezza del valore che una profonda trasformazione del modello implica si è in grado di comprendere come governare tali cambiamenti e trovare un proprio equilibrio. Inoltre, anche il sistema dell'offerta (ossia le aziende produttrici) necessita di capire quali percorsi tecnico-culturali deve esso stesso intraprendere per rispondere al meglio alle modifiche istituzionali.

Gli acquisti pubblici da mero strumento, sono visti sempre di più a livello europeo come una vera e propria policy. Secondo la Commissione Europea (2016), il settore pubblico esprime richieste di acquisto pari, in media tra il 2012 e il 2015, al 10% del PIL italiano. Le implicazioni di politica economica, specie nel settore sanitario, sono molto rilevanti. Pertanto, è auspicabile che le scelte relative ai modelli di acquisto in sanità vengano assunte non solo puntando la lente di ingrandimento sugli equilibri di bilancio sanitario di breve termine, ma prendendo in considerazione anche gli effetti che queste scelte possono avere sul sistema regionale e nazionale complessivo a medio lungo termine. Per questo motivo, sarebbe auspicabile che il legislatore nazionale creasse dei sistemi incentivanti affinché il procurement possa diventare una leva di reale sviluppo economico e sociale, così come peraltro delineato dalle recenti Direttive comunitarie nel 2014. Sulla scorta delle analisi condotte, appare utile iniziare a riflettere sulla bontà di alcuni assunti alla base delle politiche di centralizzazione degli acquisti fin qui perseguite.

La centralizzazione degli acquisti da sola non produce risparmi: se manca un processo adeguato di analisi dei fabbisogni e di traduzione degli stessi in documenti

di gara, redatti sulla base di approfonditi confronti con il cliente finale interno e il mercato, il rischio è quello di generare maggiori costi in termini di «*total cost of ownership*» e iniquità. Appare, quindi, urgente mettere a punto modelli di valutazione del «*total cost of ownership*», analizzando sia gli impatti sui bilanci aziendali, sia sui pazienti che sul sistema nel suo complesso, per comprendere i modelli più adeguati di approvvigionamento.

Le diverse soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni dimostrano come la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile. A livello di processo di acquisto la standardizzazione non deve essere l'obiettivo, ma casomai la conseguenza di una analisi dei fabbisogni e, comunque, essa non può interferire con l'appropriatezza e con l'autonomia clinica. Tra l'altro, una eccessiva standardizzazione in un contesto istituzionale in cui il controllo della spesa è inteso come riduzione dei prezzi di acquisto può deprimere il mercato e la sua capacità di innovazione. In funzione, come si è scritto sopra, degli assetti istituzionali e del grado di maturità del sistema è auspicabile una maggior consapevolezza negli obiettivi da assegnare alle centrali di committenza regionali. È proprio in questa direzione, anche facendo leva su analisi di tipo qualitativo, data la complessità dell'oggetto di indagine, che si sono evidenziati nella ricerca i punti di forza e criticità, utili a descrivere ed analizzare l'esperienza Campana di un modello di centralizzazione "forte" ed unico nel panorama italiano. La possibilità di rafforzare le competenze nei processi di acquisto del sistema sanitario è una delle principali ragioni per la centralizzazione della committenza. Un soggetto aggregatore opera come agente specializzato nella gestione dei processi di approvvigionamento e nella scelta dei fornitori. I maggiori volumi di acquisto consentono di sostenere

investimenti in persone e tecnologie che sarebbero difficili da ottenere se fatto da ogni singola azienda. Dall'analisi svolta risulta che all'interno della centrale vi è una forte conoscenza di norme e procedure ma una debolezza nelle capacità di lettura del fabbisogno e analisi dei dati e nella negoziazione con la componente clinica e con i fornitori, pertanto è necessaria una maggiore comunicazione tra gli attori del processo. Se gli attori presenti sul mercato, pubblici e privati, non si conoscono ed hanno difficoltà a dialogare, difficilmente possono instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione, che è un elemento necessario non soltanto per l'acquisto di beni e servizi altamente innovativi, ma anche per ri-orientare la spesa sanitaria verso soluzioni costo-efficaci. Con la centralizzazione sono necessarie nuove e diverse competenze dei buyer pubblici, non solo a livello delle centrali ma anche delle singole aziende sanitarie. In sintesi, un cambio di assetti istituzionali (centralizzazione), senza l'acquisizione di nuove e specifiche competenze per popolarle di contenuti innovativi, rischia di essere una operazione che porta come risultato il solo contenimento dei costi e non la generazione di valore.

Appendice

- 1) Qual è il suo ruolo in So.Re.Sa?
- 2) Come giudica il processo di business di So.Re.Sa?
- 3) Quali sono le caratteristiche principali dell'assetto istituzionale di So.Re.Sa.?
- 4) Qual è stato il processo evolutivo delle dinamiche di acquisto di beni e servizi in sanità della Campania?
- 5) Quali sono state, secondo lei, per ciò che concerne gli aspetti organizzativi e gestionali, le innovazioni più significative che hanno interessato il settore degli acquisti di beni e servizi in sanità negli ultimi anni?
- 6) Quali sono stati i vantaggi più importanti, ottenuti grazie al processo di centralizzazione avviato nel territorio di competenza di So.Re.Sa?
- 7) Quali sono i punti di forza del modello di centralizzazione sviluppato in So.Re.Sa. e le criticità ancora da superare?
- 8) Quali sono le direttrici di miglioramento nel campo degli acquisti centralizzati in Campania?

Bibliografia

- Amatucci F., Mele S. (2012), *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie: elementi di innovazione e modelli di accentramento*, Milano, Egea, seconda edizione.
- Aylesworth, M. (2003, May). Purchasing consortia in the public sector, models and methods for success. In International Supply Management Conference and Educational Exhibit.
- Baglieri, E., Biffi, A., Coffetti, E., Ondoli, C., Pecchiari, N., Pilati, M., ... & Sampietro, M. (2004). *Organizzare e gestire progetti*.
- Baldassarre, Fabrizio, and Annamaria S. Labroca(2013). *Public Procurement. Gli acquisti pubblici fra vincoli giuridici e opportunità gestionali*. Vol. 89. Franco Angeli.
- Barba M. (2016). *La Centralizzazione degli Acquisti Pubblici*, in Brusoni M. et al. (a cura di), *Gli Acquisti Pubblici Un Approccio Manageriale per la Gestione del Cambiamento*.
- Barney, J. (1991). Special theory forum the resource-based model of the firm: origins, implications, and prospects. *Journal of management*, 17(1), 97-98.
- Boscolo et al.,(2011). *Innovazione e performance nella gestione della Supply Chain in sanità: esempi nazionali ed internazionali a confronto*, in Cantù E. (a cura di), *Rapporto Oasi 2011*, Milano, Egea.
- Bovaird T., (2006). *Developing new form of partnership with the markets in the procurement of public service*, Public Administration.
- Bozeman, B., & Bretschneider, S. (1994). The “publicness puzzle” in organization theory: A test of alternative explanations of differences between public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 2, No. 4: pp. 197-224.
- Brammer, Stephen, e Walker, Helen. (2007). *Sustainable procurement practice in the public sector: An international comparative study* University of Bath School of Management: pp. 1-39.
- Brusoni M., Marsilio M. (2007). *La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali*. In: Annessi Pessina E., Cantù E., a cura di, *Rapporto OASI 2007. L’aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: EGEA.
- Brusoni, M., Cappellaro, G., & Marsilio, M. (2008). *Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto*.
- Burns, Lawton R., and J. Andrew Lee.(2008). *Hospital purchasing alliances: Utilization, services, and performance*. *Health Care Management Review*.

- Callea G. et. al. (2017), «The impact of HTA and procurement practices on the selection and prices of medical devices», *Social Science & Medicine*, 174, 89-95.
- Calvert, Philip, e Read, Marion.(2006). RFPs: a necessary evil or indispensable tool? *The Electronic Library* Vol. 24 No. 5: pp. 649-661.
- CEIS – Università di Roma Tor Vergata, Risultati dal laboratorio di Ricerca FIASO – *Analisi comparativa delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, Milano, AboutPharma, 2010.
- Cepiku, D., & Meneguzzo, M. (2004). Public sector networks: What can we learn from different approaches?.
- Clarkson, M. E. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of management review*, 20(1), 92-117.
- Cleverley W., e Nutt P. (1984), «The Effectiveness of Group-Purchasing Organizations», *Health Services Research*, 19 (1), pp. 65-81.
- Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *economica*, 4(16), 386-405.
- Coats, D., Passmore, E. (2008). *Public Value: The Next Steps in Public Service Reform*. London: The Work Foundation.
- Coda V. (1995), «*L'orientamento strategico dell'impresa*». UTET Università.
- COLACCINO, D. (2011). L'approvvigionamento di beni e servizi tra modello Consip e centrali d'acquisto locali le esternalizzazioni a cura di L.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*.
- Corbetta, P. (2003). *Social research: Theory, methods and techniques*. Sage.
- Cusumano, N., Amatucci, F., Brusoni, M., Longo, F., Vecchi, V., & Callea, G. (2017). La centralizzazione degli acquisti nel SSN: il framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in sanità (MASAN) di analisi dei modelli organizzativi e delle loro performance.
- Das, Samanta e Panel, G.N. (2014). Cost efficiency of pharmaceutical firms manufacturing drugs for specific diseases prevalent in India: A data envelopment analysis approach. *Journal of Medical Marketing*, Vol. 14: pp. 5–19.
- De Felice, Fabio, et al. (2015). Offshoring: Relocation of production processes towards low-cost countries through the project management & process reengineering performance model. *Business Process Management Journal*, Vol. 2, No. 21: pp. 379-402.
- De Pietro et al.,(2014). La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto, in *CERGAS Bocconi* (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea.

- Del Vecchio M. (2005). Il sistema di approvvigionamenti e distribuzione dei beni in sanità. Alcune considerazioni di sintesi. In Nuti S., a cura di, *Innovare in sanità. Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*. Pisa: Edizioni ETS.
- Edquist, Charles.(2011). Design of innovation policy through diagnostic analysis: identification of systemic problems (or failures). *Industrial and corporate change*: 1725-1753.
- Eriksson E., Westerberg M. (2011), «Effects of Cooperative Procurement Procedures on Construction Project Performance: A Conceptual Framework», *International Journal of Project Management*.
- Essig M. (2000), «Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of “consortium sourcing”». *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, pp.13-22.
- Essig, Michael, e Batran, Alexander. (2005). Public–private partnership—Development of long-term relationships in public procurement in Germany.*Journal of Purchasing & Supply Management*, 11: pp. 221-231.
- Feagin, J. R., Orum, A. M., & Sjoberg, G. (Eds.). (1991). *A case for the case study*. UNC Press Books.
- Freeman, R. E. (1999). Divergent stakeholder theory. *Academy of management review*, 24(2), 233-236.
- Gadde, Lars-Erik, and Patrik Jonsson. (2007).Outsourcing and Supply Network Performance-consequences of sourcing and producing in low cost countries." 23rd Industrial Marketing and Purchasing Group Conference. Exploiting the B2B Knowledge Network: New Perspectives and Core Concepts, Manchester.
- Gelderman, C. J. Et al. (2014). Dynamics of service definitions — An explorative case study of the purchasing process of professional ICT-services *Journal of Purchasing & Supply Management*: pp. 1 8.
- Gobbi C., Hsuan J. (2015). Collaborative Purchasing of Complex Technologies in Healthcare. *International Journal of Operations & Production Management*.
- Gregori, Gian Luca.(2001). L'evoluzione del processo di outsourcing nelle strategie di sviluppo delle imprese. G. Giappichelli.
- Hakansson H., Gadde L.E. (2002). *Supply Network Strategies*. London: John Wiley & Sons.
- Humphreys, P., McIvor, K.L.M, McIvor, R. (1998). Procurement. *Logistic Information Management*. Vol. 11. n. 1. pp. 28-37
- Johnson P.F. (1999), «The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia», *International Journal of Logistics: Research and Applications*, 2, (1), pp.57-73.

- Kakabadse K., Nada, Alexander Kouzmin, and Andrew Kakabadse.(2001) From tacit knowledge to knowledge management: leveraging invisible assets. *Knowledge and process management* 8.3: 137-154.
- Kakabadse, A., & Kakabadse, N. (2005). Outsourcing: current and future trends. *Thunderbird international business review*, 47(2), 183-204.
- Kauppi K., Van Raaij E.C. (2014). Opportunism and Honest Incompetence- Seeking Explanations for Noncompliance in Public Procurement. *Journal of Public Administration Research and Theory*.
- Kraljic, P. (1983). Purchasing must become supply management. *Harvard Business Review*. n. 61.
- Kristensen, Henrik, and Tommy Gärling.(1997) Determinants of buyers' aspiration and reservation price. *Journal of Economic Psychology* 18.5 (1997): 487-503.
- Luzzini, Davide, et al. (2012). Organizing IT purchases: Evidence from a global study *Journal of Purchasing & Supply Management*, 20: pp. 143-155.
- Marsilio M., Amatucci F., Callea G. (2016), «La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa», in *Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2016, Egea, Milano* 1-60.
- Martino A., *L'esperienza della Centrale Acquisti in Regione Lombardia: il modello, il cambiamento e le nuove soluzioni di acquisto pubbliche*, atti del Seminario sul Regolamento di esecuzione del codice dei contratti, strategie di acquisto delle centrali regionali e impatto sulle imprese del nuovo processo amministrativo, F.A.R.E., Firenze, 2011.
- McCue, Clifford, e Gianakis, Gerasimos. (2001). Public purchasing: who's minding the store. *Journal of Public Procurement*, vol. 1, issue 1: pp. 71-95.
- McKevit, D. M. et al. (2014). Public buying decisions: a framework for buyers and small firms *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 27, Iss 1: pp. 94 – 106.
- Meehan J., Ludbrook M.N., Mason C.J. (2016), «Collaborative Public Procurement: Institutional Explanations of Legitimised Resistance», *Journal of Purchasing and Supply Management*.
- Melander, Lisa.(2003). Supplier Involvement in New Product Development under Technological Uncertainty *Linköping Studies in Science and Technology*: pp. 1-134.
- Moe, C. E., Newman, Mike.(2014). The Public Procurement of IS - A Process View *47th Hawaii International Conference on System Science*: pp. 1.14.

- Momme J., Hvolby H.H. (2002). An Outsourcing Framework: Action Research in the Heavy Industry Sector, *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 8: 185-196.
- Muse & Associates(2000). The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System, Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA), Washington DC,.
- Nair, A., et al. (2015). Strategic purchasing participation, supplier selection, supplier evaluation and purchasing performance. *International Journal of Production Research*, Volume 53, Issue 20: pp. 6263 - 6278.
- Neef, D. (2001). *E-procurement: From Strategy to Implementation*, New Jersey: Prentice Hall.
- Nollet, J., & Beaulieu, M. (2003). The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9(1), 3-10.
- Nollet J., Beaulieu M. (2005), «Supply Chain Management: An International Journal Should an Organisation Join a Purchasing Group?», *Supply Chain Management: An International Journal*.
- Nudurupati, S. S. et al. (2015). Document Strategic sourcing with multi-stakeholders through value co-creation: An evidence from global health care company. *International Journal of Production Economics*, 166: PP. 248-257.
- Olsen, R. F., e Ellram, L. M. (1997). A Portfolio Approach to Supplier Relationships *Industrial Marketing Management* 26: pp. 101-113.
- Pagell M. (2004). Understanding the Factors That Enable and Inhibit the Integration of Operations, Purchasing and Logistics. *Journal of Operations Management* 22 (5): 459-87.
- Panero, Cinzia, et al.(2010). Esternalizzazione e centralizzazione dei processi di approvvigionamento: risultati e criticità dell'esperienza degli Estav nella sanità toscana. *Mercati e Competitività*.
- Patrucco, A. S., et al. (2015). Local Government Procurement: aligning procurement organization with desired performance *Journal of Purchasing and Supply Management*.
- Patrucco, Andrea Stefano, Davide Luzzini, and Stefano Ronchi.(2016). Evaluating the effectiveness of public procurement performance management systems in local governments. *Local Government Studies* 42.5: 739-761.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

- Petrick, Joseph A., and John F. Quinn.(2001). The challenge of leadership accountability for integrity capacity as a strategic asset. *Journal of Business Ethics* 34.3-4: 331-343.
- Prahalad, C., and G. Hamel.(1990). The core competencies of the organization *Harvard Business Review*.
- Qinn, Bj E. Hilmer.(1994). *FG Strategic Outsourcing*.
- R. Parlange - D. Pellerano,(2012). *Tecniche di performance management per migliorare la PA*, Bologna, Franco Angeli, p. VI.
- Randall P. S., e David C. W. (2003). The ski slope to prosperity: an analysis of the potential impact of reverse auctions in government procurement in five Southeast Asian nations. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, Vol. 3, Issue 15: pp. 3 – 19.
- Rice, J. B. Jr. et al.(2009). *Leading B2B in the US Public Sector* Politecnico di Milano School of Management: pp. 1-163.
- Richardson, G. B. (1972). The organisation of industry. *The economic journal*, 82(327), 883-896.
- Scarsi R. (2004). *Gli operatori logistici: caratteri strutturali e mercato*, Torino: Giappichelli Editore.
- Schapper, P.R., et al. (2006). An analytical framework for the management and reform of public procurement
- Schotanus F. (2005). Cooperative purchasing within the United Nations, *IPSERA Conference Proceedings*, Archamps (France), pp. 961-973, 2005.
- Schotanus, F., & Telgen, J. (2007). Developing a typology of organisational forms of cooperative purchasing. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 13(1), 53-68.
- Schotanus F., Telgen J., De Boer L.,(2009). Success factors for managing purchasing groups: an empirical survey, *Proceedings of the 17th IPSERA Conference*, Perth (Australia), 10-12 March 2008, IPSERA.
- Schotanus, F., Telgen, J., & de Boer, L. (2010). Critical success factors for managing purchasing groups. *Journal of purchasing and supply management*.
- Sidhartha, S. P., e Mohapatra, P. K. J. (2011). Detection of collusion in government procurement auctions. *Journal of Purchasing and Supply Management*, Vol. 17, Issue 4: pp. 207-221.
- Snider, K. F., e Walkner, M. F. (2001). Best practices and protests:toward effective use of past performance as a criterion in source selections. *Journal of Public Procurement*, Vol. 1, issue 1: pp. 96-122.

- Spekman R.E., Kamauff J.W., Salmond D.J. (1994). At Last Purchasing is becoming strategic, *Long Range Planning*, 27, 2: 76-84.
- Spina, Gianluca.(2012). *La gestione dell'impresa*. Etas.
- Stake, R. E. (1994). Identification of the case. *Handbook of qualitative research*, 236-247.
- Tayles, M., & Drury, C. (2001). Moving from make/buy to strategic sourcing: the outsource decision process. *Long range planning*, 34(5), 605-622.
- Tella E., Veli Matti V. (2005). Motives behind Purchasing Consortia. *International Journal of Production Economics* 93-94 (SPEC.ISS.): 161-68.
- Tella E., Virolainen V.M.(2005). Motives behind purchasing consortia, *International Journal of Production Economics*, Voll.
- Thai, K. V. (2008). *International handbook of public procurement* CRC Press.
- Thomas, S. P. et al. (2013). An experimental test of negotiation strategy effects on knowledge sharing intentions in buyer–supplier relationships *Journal of Supply Chain Management*, Volume 49, Numero 2: pp. 96-113.
- Tunisini A. (2003). *Supply chains e strategie di posizionamento*, Roma: Carocci Editore.
- Turner, R. W. (2011). *Supply Management and Procurement*. U.S.A.: J Ross Publishing Inc.
- Williamson, O. E. (1987). Transaction cost economics: The comparative contracting perspective. *Journal of economic behavior & organization*, 8(4), 617-625.
- Yin, R. K. (1993). Case study research design and methods applied. *Social Research Methods Series*, 5.
- Zeng, A. M.(2000). A synthetic study of sourcing strategies *Industrial Management & Data Systems*, 100/5: pp. 219-226.