

Rivista di diritto amministrativo

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Diretta da
Gennaro Terracciano, Piero Bontadini, Stefano Toschei,
Mauro Orefice e Domenico Mutino

Direttore Responsabile
Marco Cardilli

Coordinamento
Valerio Sarcone

FASCICOLO N. 7-8/2014

estratto

Registrata nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

eurilink

Comitato scientifico

Bonfiglio Salvatore, Carloni Enrico, Castiello Francesco, Cittadino Caterina, D'Alessio Gianfranco, Di Pace Ruggiero, Gagliarducci Francesca, Gardini Gianluca, Gattamelata Stefano, Greco Maurizio, Laurini Giancarlo, Liccardo Gaetano, Mari Angelo, Marini Francesco, Mastrandrea Gerardo, Matera Pierluigi, Merloni Francesco, Nobile Riccardo, Palamara Luca, Palma Giuseppe, Panzironi Germana, Pasqua Simonetta, Patroni Griffi Filippo, Piazza Angelo, Pioggia Alessandra, Puliat Helene, Realfonzo Umberto, Schioppa Vincenzo, Sciascia Michel, Sestini Raffaello, Spagnoletti Leonardo, Staglianò Giuseppe, Storto Alfredo, Titomanlio Federico, Tomassetti Alessandro, Uricchio Antonio, Volpe Italo.

Comitato editoriale

Laura Albano, Daniela Bolognino, Caterina Bova, Silvia Carosini, Sergio Contessa, Marco Coviello, Ambrogio De Siano, Luigi Ferrara, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Concetta Giunta, Filippo Lacava, Masimo Pellingra, Carlo Rizzo, Francesco Rota, Stenio Salzano, Ferruccio Sbarbaro, Francesco Soluri, Marco Tartaglione, Stefania Terracciano, Angelo Vitale, Virginio Vitullo.

amministrativamente
Rivista di diritto amministrativo

Le forniture sanitarie tramite le centrali di committenza

di Leonello Marraccini

Sommario

1.Premessa - 2. Definizione di centrale di committenza - 3. Il sistema Consip - 4. I modelli regionali - 4.1 La Società Regionale Sanità S.p.a. istituita dalla Regione Campania - 4.2 La Toscana e gli Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta - 4.3 La centralizzazione degli acquisti in Emilia-Romagna - 4.4 Le aree Vaste ed il Centro Regionale Acquisti per la Sanità della Regione Veneto - 4.5 Il modello regionale di centralizzazione degli acquisti della Regione Sicilia - 5.Analisi dei benefici e delle criticità dei sistemi di acquisto centralizzato – 6. Considerazioni conclusive.

1.Premessa

Il settore sanitario rappresenta una delle voci che incidono in maniera preminente sul bilancio pubblico ma, contemporaneamente, questo è anche uno dei settori nei quali avvengono con maggiore frequenza fenomeni corruttivi distorsivi della concorrenza.

Il nostro ordinamento attribuisce primaria importanza al corretto svolgimento dei processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi garantiti dal Sistema Sanitario Regionale, ma interessi di operatori economici privati lontani dagli interessi pubblici hanno causato un aumento inaudito dei costi dei servizi sanitari. Il lavoro ha l'obiettivo di indicare uno strumento di acquisto delle forniture sanitarie che permetta di concludere degli accordi quadro o di acquistare direttamente forniture seguendo delle procedure più trasparenti ed a prezzi inferiori.

L'acquisto delle forniture tramite le centrali di committenza, infatti, permette l'espletamento di procedure di evidenza pubblica in maniera centralizzata a livello nazionale, di Area Vasta o aziendale, non soggette agli interessi locali e conseguentemente non sottoposte all'influenza di privati che intendono speculare sulla spesa pubblica.

Sostanzialmente due sono le modalità con le quali si può procedere con l'acquisto delle forniture sanitarie: il sistema decentrato ed il sistema centralizzato. Il primo sistema permette alle singole aziende di procedere con acquisti che meglio rispondono alle specificità della struttura, sebbene comportino una maggiore spesa, dato che l'azienda non avrà un potere contrattuale tale da poter conseguire un risparmio effettivo; con il sistema di acquisti centralizzato, al contrario, sarà possibile registrare un notevole risparmio economico,

sebbene attraverso un'inevitabile standardizzazione dei prodotti da acquistare.

2. Definizione di centrale di committenza.

Nell'ambito della Sanità, le stazioni appaltanti che possono indire un bando per individuare un operatore economico idoneo per la conclusione di un contratto, possono individuarsi nel Ministero della Salute, nelle Regioni, nelle Aziende Sanitarie Locali, nelle Aziende ospedaliere o nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nelle Case di cura o di riposo. Per l'espletamento di tali procedure le stazioni appaltanti seguono le normative previste dal Codice dei Contratti Pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE le quali, al fine di unificare la disciplina degli appalti e concessione di lavori, servizi e forniture, contemplano nuovi strumenti contrattuali e mezzi di modernizzazione, quali le centrali di committenza.

La centrale di committenza, ai sensi dell'art. 3, comma 34 del Codice dei Contratti Pubblici, è "*un amministrazione aggiudicatrice che:*

- *acquista forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori;*
- *aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici o altri enti aggiudicatori".*

Due sono le motivazioni per le quali è stato istituito lo strumento in questione.

In primo luogo le centrali di committenza rispondono ad esigenze di natura squisitamente economico-finanziaria, dato che la centralizzazione degli acquisti permette la realizzazione di grandi economie di scala.

In secondo luogo, al fine di attenuare il dislivello informativo che sussiste nel rapporto con l'impresa aggiudicatrice, che può essere considerato secondo le teorie di *law and economics*, un rapporto di agenzia, nel quale la stazione appaltante rappresenta il soggetto "principale" che, per la realizzazione di un'operazione o attività economica dietro un corrispettivo, si affida ad un soggetto detto "agente", al quale spetta il potere decisionale, mentre al soggetto "principale" spetta il potere di controllo.

La circostanza che il potere decisionale sia sotto la sfera dell'agente determina a suo favore un vantaggio informativo circa la qualità e le caratteristiche del bene da appaltare rispetto al principale. Questa teoria, che si basa sulla teoria dei contratti incompleti[1] e parzialmente sulla teoria dei diritti di proprietà[2], individua oltre ai *behaviour based contract* (contratti basati sul comportamento), che presuppongono che vi sia un accordo delle parti relativo ai comportamenti dell'agente, gli *outcome based contract* (contratti basati sul risultato), che vengono conclusi quando non è possibile un controllo diretto da parte del soggetto "principale".

Il rischio degli *outcome based contract* è l'opportunismo dell'agente, ossia il comportamento finalizzato al proprio vantaggio a discapito dell'interesse del principale, fornendo delle informazioni incomplete o inesatte sui propri elementi caratteristici per il fine di farsi assumere (*adverse selection*), ovvero eseguendo in maniera scorretta le obbligazioni contrattuali (*moral hazard*).

La centralizzazione degli acquisti permette di attenuare il dislivello informativo in questione in quanto la stessa centrale è un soggetto altamente specializzato nell'espletamento delle procedure di gara ed, inoltre, esegue controlli particolarmente rigorosi sull'adempimento delle obbligazioni contrattuali, non essendo sottoposta all'influenza di soggetti economici privati che a livello locale assoggettano le

[1] Holmstram e Tirole, 1989; Tirole, 1991; Hart, 1988.
[2] Jensen e Meckling, 1976

amministrazioni alle logiche conservative locali, che favoriscono il verificarsi di procedure di evidenza pubblica corrotte.

3. Il sistema Consip

Il primo esempio di centrale di committenza in Italia è rappresentato da Consip S.p.A.- Concessionaria Servizi Informatici Pubblici.[3]

La Consip è un "*organismo a struttura societaria, con unica ed esclusiva funzione di servizio per lo Stato, che opera secondo indirizzi strategici stabiliti dall'amministrazione*"[4], è sottoposta al controllo del Ministero dell'economia non solo per le questioni civilistico-societarie (attraverso l'esercizio dei diritti derivanti dal fatto di essere l'unico azionista), ma anche per le questioni amministrativo gestionali, in forza di quanto previsto dalla convenzione sottoscritta il 9 agosto 1999.

La normativa di riferimento riguardante Consip[5] prevede una serie di aggiornamenti normativi legati alla "s*pending review*", ripresi ed inseriti nella tabella elaborata da Consip con il Ministero dell'economia.[6]

La Consip stipula accordi quadro con fornitori che si impegnano a garantire le loro prestazioni a favore delle stazioni appaltanti che decideranno di ricorrervi, e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale hanno l'obbligo di ricorrere alle convenzioni delle centrali di acquisto territoriali di riferimento o, in mancanza, della Consip; tuttavia, nel caso in cui non vi fossero delle convenzioni concluse da Consip o dalla centrale acquisti territoriali di riferimento, gli stessi devono comunque ricorrere agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip o dalla centrale di riferimento.

4. I modelli di centralizzazione regionali

Il legislatore, sia a livello nazionale che a livello regionale, in virtù dei vincoli normativi di natura interna e comunitaria, ha dovuto ridefinire la disciplina degli approvvigionamenti di beni e servizi per il servizio sanitario, essendo questo uno dei settori più problematici, considerata la difficile conciliabilità dell'esigenza di garantire il diritto alla salute con i numerosi condizionamenti di natura finanziaria.

Al fine di razionalizzare la spesa, le regioni possono costituire delle centrali di committenza[7] in favore delle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del servizio sanitario nazionale e delle pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

Tuttavia non è possibile intravvedere un modello "ideale" di centralizzazione degli acquisti nei sistemi sanitari regionali, poiché ciascuna regione ha delle specificità territoriali e storiche che hanno comportato l'istituzione di modelli di centralizzazione anche radicalmente differenti, a causa dello stadio di avanzamento del processo di centralizzazione, ma anche a

[3] Istituita con il d.m. 24 febbraio 2000, in esecuzione dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488.

[4] Art.1, comma 2, d.lgs. 414/1997

[5] L. 22 dicembre 2011, n. 214, di conversione del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201 (c.d. Decreto Salva Italia)

[6] La Corte dei conti ha effettuato dei controlli riguardo all'affidamento alla Consip della gestione delle procedure per la conclusione di convenzioni ex art. 26 della legge n. 488/1999, sotto il profilo dell'applicazione delle norme comunitarie sulla tutela della concorrenza e del mercato ritenendo che sia possibile questo tipo di affidamento, qualora la gestione non sia stata attribuita allo Stato. La sezione di controllo sugli Enti della Corte dei Conti, con determinazione n. 19 dell'8 maggio 2001, pag. 6, indica due problematiche da affrontare:

1. l'opportunità per l'Amministrazione di dotarsi delle necessarie misure tecniche interne per la progettazione di massima e di committenza;

2. l'opportunità di operare la scelta del contraente, anche per i servizi di portata generale e strumentali rispetto all'attività amministrativa, attraverso le procedure concorsuali previste dalla normativa europea, qualora sia ancora necessario il ricorso a convenzioni di servizio.

[7] Ai sensi dell'art. 33 del d. lgs. 163/2006.

causa dei peculiari assetti dei diversi sistemi sanitari regionali.

Per la centralizzazione delle procedure di acquisto vengono istituiti soggetti di varia natura a seconda delle scelte effettuate dall'amministrazione regionale, la quale può prevedere:

1. l'istituzione di un ente pubblico, dotato di personalità giuridica e di autonomia gestionale, che realizza la centralizzazione degli acquisti attraverso un soggetto unico, preposto ad operare nel solo settore sanitario;
2. il ricorso ad un ufficio interno dell'amministrazione regionale, che procede in nome e per conto delle aziende sanitarie ed ospedaliere;
3. la costituzione di società per azioni, titolari della funzione acquisti o di compiti di supporto a favore delle aziende sanitarie socie;
4. l'istituzione di un'azienda sanitaria unica, nel caso in cui le aziende sanitarie locali scelgano di aggregarsi in un'unica azienda che sia di riferimento nel territorio per i processi di acquisto;
5. la costituzione di forme ibride di centralizzazione degli acquisti, nelle quali si persegue l'obiettivo della razionalizzazione della spesa diversificando le modalità di approvvigionamento centralizzato;
6. la conclusione di convenzioni ai sensi dell'art.15, l. n. 241/1990, una modalità di acquisto in forma congiunta per la quale le aziende sanitarie concludono un accordo con la Regione o con altre aziende sanitarie per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

Le centrali di committenza, a prescindere dalla forma prescelta, possono operare seguendo differenti modelli, ossia:

- il modello di "centrali di acquisto", che stipulano contratti per l'acquisto di forniture e servizi per le amministrazioni terze, che vi aderiscono al fine di effettuare le ordinazioni alle condizioni fissate;
- la centrale di committenza intesa come "gestore di procedure di gara", nel quale la centrale gestisce le procedure di gara e procede con l'aggiudicazione di prestazioni, a beneficio di amministrazioni che le affidano queste funzioni;
- il "gestore di accordi quadro", conclusi sempre dalla centrale per amministrazioni terze.

Le regioni hanno provveduto ad istituire differenti modelli di centralizzazione degli acquisti, sia per quanto riguarda l'assetto istituzionale ed organizzativo, sia dal punto di vista delle soluzioni operative adottate.

La situazione italiana a tal proposito è sensibilmente eterogenea. Ogni modello è il frutto di analisi delle caratteristiche specifiche del territorio dove la centrale deve inserirsi, di conseguenza vi è una grande varietà di soluzioni organizzative ed istituzionali: sono stati previsti modelli di acquisto per singole gare su base sovra-provinciale o regionale, ma si è anche proceduto con la costituzione di vere e proprie Aree vaste sub-regionali, sia con personalità giuridica che senza, ma si sono previsti anche sistemi basati su un nuovo soggetto con personalità giuridica autonoma o la costituzione di un'unica ASL provinciale o regionale.

Generalmente la centralizzazione degli acquisti è regolata con legge regionale, ma solo dopo una prima fase di sperimentazione, avviata con atti quali delibere della Giunta regionale.

La legge regionale, quindi, viene emanata solo nel momento in cui si reputi necessario formalizzare un sistema di acquisti regionali o inquadrare dal punto di vista legislativo le diverse modalità di aggregazione della domanda previste.

La facoltà di ricorrere alle convenzioni statali in

via sussidiaria o cumulativa rispetto alla possibilità di esperire soluzioni differenziate, è testimonianza della progressiva espansione del ruolo delle regioni, cui è corrisposto un ridimensionamento del ruolo statale, così che la scelta delle regioni di disciplinare la materia è sintomo di una tendenza ad attrarre la materia degli approvvigionamenti nel quadro delle competenze regionali, sempre nel rispetto dei principi di coordinamento della finanza pubblica posti dallo Stato.
Varie sono le soluzioni organizzative ed istituzionali prescelte dalle amministrazioni regionali, potendosi così individuare da un lato dei sistemi di centralizzazione degli acquisti che ancora devono essere sottoposti ad una strutturazione adeguata, dall'altro vi sono sistemi molto evoluti, quali i sistemi adottati dalle regioni Campania, Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, Sicilia.

4.1. La Società Regionale Sanità S.p.a. Istituita dalla Regione Campania

In Campania è stata istituita la Società Regionale Sanità (So.Re.Sa) S.p.a.[8]
La Società, che vede come unico azionista la Regione Campania[9] [10], ha due possibili livelli per l'approvvigionamento di beni e servizi: il livello regionale, in cui So.Re.Sa ha il compito di gestire tutte le procedure d'acquisto di attrezzature sanitarie per le aziende sanitarie della regione, qualora superino i 200.000 euro, e il livello aziendale, autorizzato solo in casi di urgenza e per eventi non imputabili alle aziende sanitarie.

4.2. La Toscana e gli Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta

La Regione Toscana con l.r. n. 40 del 2005 ha deciso di trasformare i Comitati di Area Vasta (CAV) in Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV)[11], affidando agli stessi sei principali funzioni:

1. approvvigionamento di beni e servizi;
2. gestione dei magazzini e della logistica;
3. gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
4. gestione del patrimonio relativamente alla manutenzione, agli appalti ed alle alienazioni;
5. organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
6. gestione delle procedure concorsuali e selettive in materia di personale.

Gli Estav sono enti dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.
Ciascuna azienda sanitaria individua i propri fabbisogni di beni e servizi, per poi comunicarli al responsabile della sezione aziendale

[8] DGRC n. 361 del 27.2.2004, in attuazione dell'art. 6, della L.R. n. 28 del 6/12/2003.

[9] Il socio unico può chiedere in ogni momento informazioni sulle operazioni in corso, sull'attuazione del programma e sull'organizzazione della società, effettua un'operazione di controllo e vigilanza sul bilancio, determinando le linee di indirizzo strategiche e di politica aziendale, essendo di sua competenza anche le nomine degli organi di verrtice della Società; non vi è alcuna previsione di apertura al capitale privato. (www.soresa.it)

[10] La Regione Campania verifica il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'attuazione delle strategie e l'organizzazione della Società, autorizza le operazioni e gli atti di carattere straordinario. (www.soresa.it)

[11] Gli Estav hanno per bacino di riferimento quello costituito dalle Aziende Sanitarie comprese nella corrispondente area vasta, configurandosi in tal modo: Estav Nord Ovest (Azienda USL 1 di Massa-Carrara, Azienda USL 2 di Lucca, Azienda USL 5 di Pisa, Azienda USL 6 di Livorno, Azienda USL 12 della Versilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana), Estav Centro Toscana (Azienda USL 3 di Pistoia, Azienda USL 4 di Prato, Azienda USL 10 di Firenza, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda Ospedaliero -Universitaria "Careggi" di Firenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Meyer" di Firenze), Estav Sud Est Toscana (Azienda USL 7 di Siena, Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 9 di Grosseto, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Le Scotte" di Siena). (www.estavnordovest.toscana.it)

specializzata; la sezione delegata dell'Estav effettua le procedure di acquisto, essendo questo un sistema che si basa sulla specializzazione delle funzioni attribuite alle singole sezioni aziendali, così che ciascuna di esse di specializza su determinate categorie di beni e servizi che possono essere oggetto di acquisizione da parte delle aziende sanitarie.

4.3. La centralizzazione degli acquisti in Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna è stata istituita l'Agenzia Regionale per lo sviluppo dei mercati telematici, la Intercent-ER[12], che gestisce gli acquisti di beni e servizi a livello regionale, per tutte le aziende sanitarie della Regione, attraverso la promozione del mercato telematico.

Sono tre i livelli di aggregazione dei processi di approvvigionamento:

– un livello regionale (con adesione obbligatoria), che prevede l'acquisto di beni e servizi per tutte le aziende sanitarie della Regione, attraverso il portale Intercent-ER;

– un livello di Area Vasta, che prevede l'acquisto dei beni e servizi non ricompresi all'interno delle competenze Intercent-ER, per le aziende sanitarie appartenenti alla medesima Area Vasta;

– un livello aziendale, nel quale le singole aziende sanitarie procedono autonomamente con l'espletamento delle gare, previa autorizzazione rilasciata solo in particolari circostanze, dettate per esempio dalle condizioni di mercato, da ragioni di convenienza economica, da fattori strategici etc.

A livello regionale, le singole Aree Vaste definiscono il fabbisogno per quanto riguarda la loro area e lo trasmettono ad Intercent-ER

[12] L.r. 24.5.2004 n.11.

4.4. Le aree Vaste ed il Centro Regionale Acquisti per la Sanità della Regione Veneto

Nel 2008 la Regione Veneto ha istituito il Centro Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS)[13], presso la Segreteria Regionale Sanità e Sociale, con l'obiettivo di gestire le gare per l'approvvigionamento dei beni a livello regionale. Mentre il sistema precedente si basava su "Unioni d'Acquisto", individuando di volta in volta l'azienda capofila cui affidare l'espletamento di una gara, ad oggi è la Regione che indice le gare attraverso il CRA, che si occupa dell'acquisto di beni omogenei e acquisti strategici, secondo una logica di costante interazione con le aziende sanitarie regionali per la definizione dei fabbisogni e delle specifiche tecniche o contrattuali.

L'istituzione del Centro Regionale Acquisti per la Sanità ha fatto sì che venissero istituiti tre livelli di aggregazione:

1. un livello regionale, nel quale il CRA gestisce le gare, rendendo più funzionale, razionale ed adeguato l'espletamento dell'intero processo di scelta del contraente nelle procedure di gara;
2. il livello di Area Vasta[14], in cui si procede con gli acquisti di beni per tutte le aziende che operano nella stessa, le quali si accordano tra loro tramite convenzioni per la gestione dei servizi riconducibili al processo di approvvigionamento in tutte le sue fasi;
3. il livello aziendale, nel quale ogni singola azienda sanitaria procede con l'acquisto dei beni, consentito solo per gli acquisti in economia, acquisti di talune particolari tipologie di apparecchiature ed acquisti

[13] DGRV n.4206/2008.

[14] Le Aree Vaste sono cinque: Area Vasta di Vicenza, con capofila ULSS n. 6 di Vicenza; 2. Area Vasta di Treviso e Belluno, con capofila ULSS n. 9 di Treviso; 3. Area Vasta di Venezia e Rovigo, con capofila ULSS n. 12 di Venezia; 4. Area Vasta di Padova, con capofila ULSS n. 16 di Padova; 5. Area Vasta di Verona, con capofila ULSS n. 20 di Verona.

specificamente necessari per l'azienda sanitaria.[15]

4.5. Il modello regionale di centralizzazione degli acquisti della Regione Sicilia

La Regione Sicilia ha intrapreso un progetto[16] che intende non solo accorpare le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliero universitarie, ma anche costituire due bacini regionali[17] per l'attuazione della programmazione interaziendale.

Le procedure di gara vengono espletate da un'azienda sanitaria capofila appositamente individuata, per tutte le Aziende Sanitarie Provinciali, Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliero-Universitarie del bacino di appartenenza. L'azienda capofila viene individuata seguendo una logica di specializzazione su specifiche macro – categorie di prodotti da individuare in precedenza attraverso l'analisi delle diverse realtà aziendali.

Anche il modello siciliano, quindi, prevede tre livelli di aggregazione per l'acquisto di beni e servizi:

1. un livello regionale, nel quale viene individuata un'azienda sanitaria capofila che gestisce le procedure di gara per tutte le aziende sanitarie della regione;
2. un livello di bacino, nel quale le procedure di gara per le aziende sanitarie del bacino vengono gestite da un'azienda sanitaria capofila;
3. un livello aziendale residuale, per gli acquisti svolti in maniera autonoma da ciascuna azienda sanitaria.[18] [19]

5. Analisi dei benefici e delle criticità dei sistemi di acquisto centralizzato

Le innovazioni nelle modalità di acquisto, quali il sistema Consip e, in particolare, le politiche di accentramento adottate da gran parte delle Regioni, hanno permesso il raggiungimento di obiettivi importanti, principalmente in relazione ai seguenti aspetti:

1. alla possibilità di realizzare delle

[15] Il modello di accentramento a tre livelli ha subito una sensibile revisione dalla DGR del 19 ottobre 2010, n. 2492, che ha previsto i soli livelli aziendale e regionale. La DGR n. 3270 del 29 dicembre 2011, inoltre, ha previsto l'assunzione da parte del CRA della funzione di Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità, assumendo in tal modo le funzioni di Centrale di Committenza regionale. Ruoli chiave all'interno del Centro Regionale Acquisti sono svolti dall'"Osservatorio Gare" che rileva i dati relativi alle gare bandite, e dall' "Osservatorio Prezzi", che verifica i risultati conseguiti dalle Aziende Sanitarie nelle procedure di acquisto e nelle gare centralizzate.

[16] L.r. n. 5 del 14 aprile 2009.

[17] Il "Bacino occidentale" è composto dalle aziende sanitarie ed ospedaliere ricadenti nelle province di Palermo, Agrigento, Caltanissetta e Trapani, nonché dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Palermo. Il "Bacino orientale" è costituito dalle aziende sanitarie provinciali ricadenti nelle province di Catania, Messina, Siracusa, Ragusa ed Enna, nonché dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Catania e Messina.

[18] Le modalità di approvvigionamento sono le medesime per il livello regionale e per il livello di bacino: l'acquisto prende avvio con la rilevazione del fabbisogno da parte delle singole aziende sanitarie che lo trasmettono in formato elettronico all'azienda capofila, la quale aggrega i bisogni e gestisce il procedimento di acquisto fino alla stipula del contratto ed il pagamento delle fatture a carico delle singole aziende sanitarie, per la rispettiva parte di convenienza. A livello regionale vengono acquistate le categorie di beni per le quali la Regione Sicilia ha già avviato delle gare regionali o quelle categorie per le quali, sulla base di studi effettuati su altre esperienze regionali, sia vantaggioso il ricorso a gare regionali; a livello di bacino vengono acquistati beni fungibili per i quali sia possibile programmare facilmente il fabbisogno. Il livello aziendale di acquisto, nel quale vi è una piena autonomia nella gestione delle procedure di gara, è permesso solo per casi eccezionali autorizzati, in considerazione dell'importo del bene o servizio da acquistare (spese inferiori ai 20.000 euro) o in presenza di fattori per i quali si ritiene non sia conveniente procedere con un acquisto centralizzato

[19] Anche in Sicilia è presente un "Osservatorio Prezzi", istituito in particolare per le specialità medicinali e per i dispositivi medici; questo controlla l'andamento dei prezzi di aggiudicazione delle forniture e le specifiche analisi di mercato, fornisce supporto alle aziende sanitarie della Regione.

importanti economie di scala degli acquisti, che consente di ottenere prezzi unitari inferiori;
2. alla contrazione dei costi di funzionamento, in seguito alla gestione accentrata delle gare;
3. al miglioramento dei livelli di servizio;
4. alla standardizzazione dei consumi;
5. alla diffusione di strumenti avanzati di acquisto, quali l'*e-commerce.*

Sebbene i vantaggi siano numerosi e quantomeno significativi, è doveroso menzionare taluni margini di miglioramento: le principali criticità si riscontrano spesso nella non ottimale qualità dei beni acquistati e nelle restrizioni di accesso al mercato, in particolar modo ai danni delle piccole e medie imprese che non riescono a soddisfare i requisiti richiesti per la partecipazione alle gare.

L'aumento del volume della domanda, derivante dalla centralizzazione degli acquisti, può avere come effetto l'incapacità per le piccole e medie imprese, di far fronte alla fornitura del bene o alla prestazione del servizio, causando in questo modo la riduzione del numero delle imprese fornitrici e conseguentemente del livello di competizione nel mercato. La costituzione di centrali di acquisto comporta, inevitabilmente, una riduzione del numero di gare; di conseguenza i fornitori sono posti davanti ad una concentrazione notevole delle potenzialità della domanda, in termini di gare espletate. Le gare, inoltre, richiederanno un volume di beni maggiore rispetto alle quantità che venivano richieste nelle procedure svolte dalle singole aziende sanitarie, così che i requisiti richiesti ai fornitori per la partecipazione alle gare saranno eccessivi e sproporzionati perchè correlati alla dimensione della gara.

Alla luce delle criticità individuate, la Commissione Europea ha elaborato un "*Codice Europeo di buone pratiche per facilitare l'accesso delle piccole e medie imprese agli appalti pubblici*"[20], al fine di fornire agli Stati membri alcune strategie da adottare per garantire condizioni paritarie a tutti gli operatori economici che decidono di partecipare a gare d'appalto pubbliche,

Il principio di fondo che muove la Commissione non è il cambiamento della legislazione comunitaria in materia di appalti pubblici, bensì la modifica della cultura delle autorità aggiudicatrici, presentando tra i punti principali il superamento delle difficoltà collegate all'entità degli appalti.[21]

A tal proposito la Commissione suggerisce di:

1. suddividere i contratti in lotti, facilitando l'accesso delle piccole e medie imprese, poiché i lotti saranno corrispondenti alle capacità produttive delle piccole e medie imprese;
2. sfruttare la possibilità degli operatori economici di raggrupparsi, facendo affidamento sulle capacità economiche e finanziarie e sulle competenze tecniche congiunte;
3. concludere accordi quadro con diversi operatori economici e non con un unico fornitore;
4. garantire una migliore pubblicità delle opportunità di subappalto.

Lo studio dei sistemi di centralizzazione per l'acquisto delle forniture sanitarie, inoltre, permette di rilevare in particolare una tendenza a privilegiare eccessivamente l'acquisto secondo il criterio del prezzo più basso, dovuta

[20] SEC (2008) 2193.

[21] Le altre problematiche affrontate dalla Commissione sono: la garanzia dell'accesso alle informazioni pertinenti; il miglioramento della qualità e la comprensione delle informazioni fornite; la fissazione di livelli di capacità e di requisiti finanziari proporzionati; l'alleggerimento degli oneri amministrativi; l'attenzione al rapporto qualità/prezzo piuttosto che al solo prezzo; predisposizione del tempo sufficiente per redigere le offerte; la garanzia che i pagamenti siano effettuati puntualmente.

all'attenzione della pubblica amministrazione per la trasparenza delle procedure e alla razionalizzazione della spesa, che ha permesso che si trascurasse il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Sebbene la logica del criterio del prezzo più basso comporti degli innegabili elementi positivi, non si può non considerare il fatto che il prezzo è solo uno degli elementi, e non sempre il principale, dell'offerta oggetto della valutazione della stazione appaltante, essendo questo solo una delle condizioni di scambio. La tendenza in questione è stata rilevata anche da Assobiomedica che, con nota di marzo 2010, ha sostenuto che l'effetto principale della centralizzazione degli acquisti è la standardizzazione dei prodotti, con conseguente approvvigionamento delle strutture sanitarie di forniture sub-ottimali sul piano qualitativo o rispetto ai bisogni e alle relative condizioni di contesto.

La questione relativa alla qualità dei beni acquistati attraverso le procedure di acquisto centralizzate è tutt'altro che di importanza secondaria, in quanto tale modalità di accentramento dovrebbe riuscire a comportare degli effetti positivi sul bilancio degli enti pubblici, senza in contemporanea trascurare le esigenze di qualità dei beni acquistati.

L'obiettivo di acquistare forniture di elevata qualità, senza incidere eccessivamente sui bilanci pubblici, potrebbe essere raggiunto attraverso l'accantonamento del criterio del prezzo più basso, a favore del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, divenendo pertanto determinanti nella scelta della pubblica amministrazione, oltre al prezzo, elementi quali la qualità, il radicamento territoriale, l'esperienza maturata, il merito tecnico, la natura imprenditoriale, le caratteristiche estetiche e funzionali, il servizio successivo alla vendita, l'assistenza tecnica, i termini di consegna, la continuità del rapporto, la garanzia generale, la garanzia del prodotto.

In Italia, negli ultimi anni si è diffusa la prassi dell'aggregazione della domanda di beni e servizi nell'ambito del settore sanitario, riscontrandosi una tendenza sempre più frequente al ricorso agli acquisti centralizzati per l'approvvigionamento di beni e servizi da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scenario è in continua evoluzione, sicchè accanto a modelli oggi molto avanzati, esistono modelli che hanno bisogno di ulteriori processi di miglioramento.

Nonostante il fatto che le regioni italiane perseguano i medesimi obiettivi, è innegabile che vi siano delle differenze sociali e, soprattutto, economiche che incidono in maniera profonda sulle scelte di carattere strategico, e ciò ha comportato una varietà molto ampia di modelli di accentramento.

Così come non è facile stabilire se esista un modello in assoluto migliore di altri, tantomeno è possibile individuare un livello ottimale per gli acquisti (aziendale, area vasta, regionale, nazionale), che incida sull'ampiezza e dimensione delle gare, sebbene si possano individuare degli elementi senza dubbio determinanti ai fini della scelta, tra cui in particolare:

- la tipologia del prodotto da acquistare: è importante verificare se il ricorso a gare consorziate sia adeguato per alcune tipologie di beni, dovendo considerare l'effettivo grado di standardizzabilità del prodotto;
- il bilanciamento tra i vantaggi economici e complessità delle gare, dato che alla riduzione dei prezzi si accompagnano delle procedure più lente;
- l'equilibrio tra economie di scala ottenibili dal mercato dei fornitori e le caratteristiche dello stesso, essendovi il pericolo di una riduzione della concorrenza dovuta all'aumento dei volumi di gara, che porta ad una competizione tra soli operatori

economici di grandi dimensioni.
Le regioni, nel momento in cui decidono di aderire ad un modello di centralizzazione degli acquisti, devono effettuare delle scelte sulla modalità giuridica ed organizzativa da seguire, in particolar modo se intendono istituire una centrale di committenza con una personalità giuridica autonoma o se intendano riconoscere personalità giuridica ad un'azienda capofila, o ancora se intendano rendere obbligatoria o meno l'adesione da parte delle aziende sanitarie.
A tal fine potrebbe essere opportuno un intervento del legislatore nazionale, affinché predisponga delle linee guida che possano essere di riferimento per le amministrazioni regionali che intendessero rendere più incisiva la politica di accentramento. Sebbene la possibilità di poter adeguare le caratteristiche dei sistemi di accentramento degli acquisti con le specifiche caratteristiche delle regioni presenti notevoli benefici, l'eccessiva disomogeneità di questi strumenti presenti su tutto il territorio nazionale causa importanti difficoltà per lo Stato che voglia coordinare o disciplinare in maniera coerente la materia in questione, anche al fine di risolvere le sopra accennate problematiche.

6. Considerazioni conclusive

I risultati conseguenti all'istituzione di sistemi di centralizzazione potranno essere veramente soddisfacenti solo quando i diversi attori che partecipano alle procedure di approvvigionamento nella Sanità opereranno all'unisono al fine di superare le logiche conservative locali, realizzando un flusso continuo di informazioni che permetta la condivisione delle principali scelte strategiche.
Elemento imprescindibile per ottenere vantaggi dalla centralizzazione degli acquisti, infatti, è la condivisione delle principali scelte strategiche con i professionisti che collaborano con le aziende sanitarie, al fine anche di superare delle resistenze derivanti da logiche conservative locali. Le istituzioni ed il mondo clinico devono pertanto realizzare un flusso continuo di informazioni, sebbene problematica si presenti la comunicazione tra i soggetti in questione, poiché gli stessi si percepiscono come attori indipendenti e non come soggetti che operano nello stesso processo e operano al fine di perseguire i medesimi obiettivi.
Solo quando sarà avvenuta una svolta culturale che permetterà alle amministrazioni pubbliche e alle imprese di non percepirsi vicendevolmente quali antagonisti, bensì come parti che collaborano per il fine di garantire un Sistema Sanitario Nazionale efficiente, si sarà data una risposta alle problematiche legate agli acquisti in forma centralizzata.

Bibliografia

AMATUCCI F. - MELE S., *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 2011.

AMATUCCI F. - MELE S., *I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie*, Milano, EGEA, 2012.

BARBIERO A. - OSIMO D. - SPAGNOLO L., *L'e-procurement nella pubblica amministrazione: guida pratica nell'acquisto on-line di beni e servizi*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli editore, 2001.

CARLOTTI G., *Manuale degli appalti di servizi e forniture*, Roma, Nel Diritto Editore, 2011.

CASTIELLO F. - TENORE V.,*Manuale di diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.

COSTA G. - NACAMULLI R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Torino, UTET Libreria, 1998.

FRANCHINI G. *I contratti di appalto pubblico*, in *Trattato dei contratti* diretto da P. Rescigno ed E. Gabrielli, Torino, Utet Giuridica, 2011.

NICITA A. - SCOPPA V., *Economia deicontratti*, Roma, Carocci Editore, 2005.

PROSPERETTI L.- MERINI M., *I contratti pubblici di lavori, servizi e forniture: una prospettiva economica*, in *Commentario al Codice dei contrati pubblici* a cura di M. Clarich, Torino, Giappichelli, 2010.

RACCA G.M., *La professionalità nei contratti pubblici della sanità: centrali di committenza e accordi quadro*, in *Foro amm. CDS*, 2010, 7-8, 1727.

ROMEO G., *Il contenimento della spesa nei servizi sanitari regionali: la razionalizzazione del sistema degli acquisti*, in *Le Regioni*, a. XXXVII, n. 3-4, giugno-agosto 2009.