

La centralizzazione degli acquisti
permette di spendere “meglio” nel
settore sanitario?

di Roberto Miccù

Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico
Sapienza – Università di Roma

e Valentina Guerrieri

Dottoranda di ricerca in Diritto pubblico, comparato e internazionale
Sapienza – Università di Roma



La centralizzazione degli acquisti permette di spendere “meglio” nel settore sanitario?*

di Roberto Miccù

Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico
Sapienza – Università di Roma

e Valentina Guerrieri

Dottoranda di ricerca in Diritto pubblico, comparato e internazionale
Sapienza – Università di Roma

Sommario: Premessa. **1.** Linee evolutive e *ratio* dell’aggregazione degli acquisti: dal modello Consip ... [segue]. **2.** [segue]... al sistema dei soggetti aggregatori. **3.** Il settore sanitario tra aggregazione delle committenze e *spending review*. **4.** Conclusioni

Premessa

Al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) è imputabile un volume di spesa per i consumi intermedi che si aggira sui 30 milioni di euro¹, di cui la maggior parte gestita in forma aggregata². Quest’ultimo dato dimostra che, negli anni più recenti, in campo sanitario ha assunto un ruolo di preminente importanza la tematica delle ricadute di natura organizzativa e gestionale delle procedure degli acquisti di beni e servizi derivanti dai processi di centralizzazione, nonché dalle politiche di *spending review*.

Il volume degli acquisti di questo settore nel 2016 è stato, infatti, stimato nel 28,1% della spesa complessiva³ - con un incremento significativo rispetto all’incidenza del 2000 (18,7%)⁴ – dunque, la necessità di contenere i costi, senza intaccare la qualità delle prestazioni o, meglio, cercando di migliorarle, è maggiormente avvertita e deve essere temperata con la necessità di garantire il diritto fondamentale alla salute (art. 32 Cost.).

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ La spesa nel 2016 si assesta a 31.586 milioni di euro, in crescita rispetto al 2015 del 4,3%. La dinamica complessiva dell’aggregato è essenzialmente determinata dal tasso di crescita della spesa per l’acquisto dei prodotti farmaceutici che registra un aumento di poco superiore all’8%. Cfr. Ministero dell’Economia e delle Finanze, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Roma, luglio 2017, 46.

² Si segnala che 22 miliardi di euro sono gestiti da Consip. Cfr. Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Temi dell’attività parlamentare, Commissioni V Bilancio e XII Affari sociali, *La spending review sanitaria, Acquisto di beni e servizi*, 24.01.2018, in www.camera.it.

³ Per una approfondita disamina delle misure di *spending review* nel settore sanitario si veda Camera dei Deputati, XVIII Legislatura, Servizio Studi, *La spending review sanitaria*, 30.06.2018.

⁴ Tale voce di spesa, pur presentando una progressiva riduzione della dinamica di crescita nel tempo, mantiene tuttavia un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore alle altre componenti della spesa pubblica. In particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del quinquennio 2006-2010 e al 2,4% del periodo 2011-2016. Si segnala che negli ultimi sei anni, la significativa riduzione del valore dell’aggregato sconta le vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi. Cfr. Ministero dell’Economia e delle Finanze, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Roma, luglio 2017, 39-40

Invero, negli anni più recenti è emersa l'esigenza di arginare l'esplosione del livello di spesa per l'approvvigionamento dei beni e servizi, imputabile quasi integralmente alle amministrazioni locali, ovvero gli enti sanitari locali che spendono soprattutto per prestazioni ospedaliere e ambulatoriali⁵.

La vertiginosa crescita dei costi degli acquisti di beni e servizi necessari per la sanità ha, quindi, spinto il legislatore a perseguire politiche pubbliche contraddistinte dall'obiettivo di individuare modalità di aggregazione della spesa efficaci ed efficienti che - mediante *benchmark* di riferimento- garantiscano, da un lato, la medesima qualità e prezzo dei beni e servizi sul tutto il territorio nazionale e, dall'altro, permettano di ottenere risparmi di spesa⁶.

1. Linee evolutive e *ratio* dell'aggregazione degli acquisti: dal modello Consip ... [segue]

Le modalità di centralizzazione degli acquisti che coinvolgono il settore sanitario si inseriscono nell'ambito di un più ampio sistema di aggregazione della domanda pubblica, che è il risultato di una lunga stratificazione normativa⁷ iniziata nel 1998 con l'avvio al c.d. sistema Consip⁸ introdotto dalla legge finanziaria per il 2000⁹. Il richiamato sistema¹⁰ può essere schematizzato nei seguenti passaggi: la società Consip S.p.A.¹¹ conclude per conto delle amministrazioni convenzioni quadro con i fornitori di beni e

⁵ Ufficio Parlamentare di Bilancio, *I consumi intermedi delle Amministrazioni pubbliche*, Focus tematico 3, 20 marzo 2017, 10.

⁶ Istituto per l'etica in Sanità (ISPE), *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, 19 settembre 2014, in www.ispe-sanita.it

⁷ Il modello previgente degli acquisti pubblici basato sul Provveditorato generale dello Stato divenuto con decreto luogotenenziale 18 gennaio 1923, n. 94 acquirente e distributore di beni e servizi per ogni ramo dell'Amministrazione. Il servizio del Provveditorato Generale dello Stato è stato soppresso dall'art. 1 del D.P.R. 147/2001. Per un approfondimento si veda G. Borgia, *Il Provveditorato generale dello stato: uno strumento da rivitalizzare*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 1997, 6, 590.

⁸ S. Cassese, L. Fiorentino, A. Sandulli, *Casi e materiali di diritto amministrativo*, Bologna, 2000, 167 e ss; S. Zuccolotto, L. Minganti, *Evoluzione storica del processo di acquisto della pubblica amministrazione*, in L. Fiorentino (a cura di), *Lo Stato compratore. L'acquisto di beni e servizi nelle pubbliche amministrazioni*, Bologna, 2007, 47 e ss.; D. Colaccino, *L'approvvigionamento di beni e servizi tra modello Consip e centrali d'acquisto locali* in L. Fiorentino e B.G. Mattarella (a cura di), *L'esternalizzazione delle gestioni amministrative nelle pubbliche amministrazioni*, Rimini, 2007; 105 e ss; D. Broggi, *Consip: il significato di un'esperienza. Teoria e pratica tra e-Procurement e e-Government: Teoria e pratica tra e-Procurement e e-Government*, Milano, 2008, 67 e ss.

⁹ Cfr. art. 26 l. n. 488/1999: "Il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, nel rispetto della vigente normativa in materia di scelta del contraente, stipula, anche avvalendosi di società di consulenza specializzate, selezionate anche in deroga alla normativa di contabilità pubblica, con procedure competitive tra primarie società nazionali ed estere, convenzioni con le quali l'impresa prescelta si impegna ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima complessiva stabilita dalla convenzione ed ai prezzi e condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura deliberati dalle amministrazioni dello Stato. I contratti conclusi con l'accettazione di tali ordinativi non sono sottoposti al parere di congruità economica". S. Giacchetti, *La finanziaria 2000 apre la caccia ai contratti pubblici*, in *Consiglio di Stato*, 2000, II, 789 e ss.

¹⁰ D. Boggi, *Consip: una novità nella pubblica amministrazione*, Milano, 2006, 33 e ss.

¹¹ La Consip è società a totale partecipazione pubblica del Ministero dell'Economia e Finanze. Originariamente operante nel settore della gestione dell'informatica del Ministero. Con la legge finanziaria del 2000 è divenuta fulcro del sistema degli acquisti da parte delle pubbliche amministrazioni. La particolarità del modello risiede nell'utilizzo di una s.p.a. quale centrale di committenza. In un'ottica comparata si segnala che il ruolo assunto da Consip nel panorama italiano è coerente con modelli nazionali europei (Svezia, Finlandia, Regno Unito, Austria, Danimarca).

servizi. Questi ultimi, a seguito della convenzione, si impegnano ad accettare - fino alla concorrenza della quantità massima prevista e a prezzi e condizioni già determinati - gli ordinativi di fornitura deliberati dalle amministrazioni che hanno aderito alla convenzione medesima.

In altri termini, il meccanismo appena delineato si articola in due diversi momenti. Si procede, preventivamente, alla conclusione di convenzioni con operatori economici selezionati mediante procedure di evidenza pubblica che definiscono le condizioni generali del contratto di fornitura. Mentre, il contratto relativo a beni ovvero servizi convenzionati viene stipulato solo a seguito del relativo ordine delle singole amministrazioni¹².

I successivi aggiustamenti del predetto modello¹³ - operati soprattutto mediante le annuali leggi finanziarie e, oggi, di bilancio e caratterizzati dalla continua oscillazione tra il ricorso obbligatorio e facoltativo alle convenzioni Consip - mostrano la volontà del legislatore di ampliare il più possibile l'area degli acquisti centralizzati¹⁴.

In via di estrema sintesi, i notevoli interventi normativi susseguitesi in questa materia hanno comportato l'aumento dei soggetti pubblici chiamati a far ricorso a tali meccanismi di approvvigionamento. Vengono, infatti coinvolte le amministrazioni centrali, le regioni, le autonomie territoriali, gli enti del settore sanitario e via via tutte le amministrazioni pubbliche, fino a ricomprendere anche le società a partecipazione pubblica.

Dal punto di vista oggettivo, invece, è stato implementato il mercato elettronico per gli acquisti e sono state incrementate le categorie merceologiche per le quali è stato previsto l'obbligo di acquisto in forma aggregata, ovvero la possibilità di procedere in via autonoma attraverso i sistemi telematici di negoziazione¹⁵.

Per un approfondimento del tema si veda Albano G.L., Nicholas C., *The Law and Economics of Framework Agreements*, Cambridge, 2016.

¹² L. Fiorentino, *Gli acquisti delle pubbliche amministrazioni. Il modello organizzativo in La nuova disciplina dei contratti pubblici: le regole, i controlli, il processo*, Paper ASTRID a cura di Alessandro Pajno e Luisa Torchia, ottobre 2015, 6 e ss.

¹³ E. D'Alterio, *Acquisti delle pubbliche amministrazioni e Consip S.p.A.: luci e ombre*, Paper Astrid Rassegna, 2010 in www.astrid.it, R. Colangelo, *Spend management e procurement management. La gestione della domanda interna e degli acquisti per migliorare i risultati aziendali*, Milano, 2005, 275 e ss.

¹⁴ B. G. Mattarella, *Burocrazia e riforme. L'innovazione nella pubblica amministrazione*, Bologna, 2017, 222; L. Fiorentino, *Le spese di funzionamento delle pubbliche amministrazioni*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2013, 4, 352 e ss.

¹⁵ L. Fiorentino, *La razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2007, 3, 254-255.

Tuttavia, il modello tradizionale degli acquisti pubblici¹⁶ - e più in generale l'intero comparto della Pubblica Amministrazione - è stato fortemente inciso, a partire dal 2012, da processi di *spending review*¹⁷ che hanno ridotto la mole di risorse destinate ai costi di gestione delle strutture amministrative.

Più nel dettaglio, nel settore degli approvvigionamenti delle amministrazioni, il contenimento della spesa è stato perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione e centralizzazione¹⁸, nonché mediante l'applicazione alle procedure di *procurement* del sistema di *performance management*¹⁹.

L'attenzione prestata agli strumenti di aggregazione delle committenze è anche il frutto delle sollecitazioni provenienti dalla normativa europea²⁰ ed è, altresì, ribadita chiaramente - e in maniera più pregnante rispetto al passato²¹ - nelle "nuove" direttive del 2014 in materia di appalti e concessioni²².

Infatti, sulla scia degli obiettivi delineati nel Libro Verde del 2011²³, le direttive del 2014 considerano gli appalti pubblici lo strumento che presenta le maggiori potenzialità²⁴ per "realizzare gli obiettivi della strategia Europa 2020 per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. In tale contesto, è opportuno ricordare che gli appalti pubblici sono essenziali per promuovere l'innovazione, che è di primaria importanza per la futura crescita in Europa"²⁵.

Il recepimento delle direttive europee in materia di appalti e concessioni nei settori ordinari e speciali²⁶ ha rappresentato, dunque, un'ulteriore occasione per riorganizzare e rimodellare l'intera materia di

¹⁶ M. P. Guerra, *Dalla spending review a un "sistema" del public procurement? La qualificazione delle stazioni appaltanti tra centralizzazione e policentrismo*, in www.astridonline.it, Astrid Rassegna, 2016, 20.

¹⁷ M. Macrì, *Il nuovo sistema di acquisti di beni e servizi*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2012, 12, 1167 e ss; L. Fiorentino, *Il decreto "spending review". Oltre la straridarietà*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2012, 12, 1161 e ss.

¹⁸ *Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione e sulle ipotesi di modifica della nuova disciplina sui contratti pubblici*, audizione Consip, 7 settembre, 2016 in Commissione 8^a (Lavori pubblici) del Senato e Commissione VIII (Lavori Pubblici e Ambiente) della Camera in www.camera.it.

¹⁹ L. Hinna, M. Marcantoni, *Spending review. È possibile tagliare la spesa pubblica italiana senza farsi male*, Roma, 2012, XV e ss; R. Parlangei, D. Pellerano, *Tecniche di performance management per migliorare la PA*, Bologna, 2012, VI.

²⁰ M. Urbani, *L'efficienza della committenza pubblica e il mercato unico*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2014, 12, 1150 e ss.; H. Caroli Casavola, *Le regole e gli obiettivi strategici per le politiche UE 2020*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2014, 12, 1135 e ss.

²¹ Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE.

²² M. E. Comba, *Aggregazione di contratti e centrali di committenza: la disciplina italiana e il modello europeo*, in *Urbanistica e appalti*, 2016, 10, 1053 e ss.

²³ Commissione Europea, *Libro Verde sulla modernizzazione della politica dell'UE in materia di appalti pubblici e per una maggiore efficienza del mercato europeo degli appalti*, Bruxelles, 2011.

²⁴ Per un apprendimento sulle potenzialità in tema di politiche pubbliche offerte dal *public procurement* si veda A.H. Glas, M. Schaupp, M. Essig, *An organizational perspective on the implementation of strategic goals in public procurement*, *Journal of Public Procurement*, 2017, 17, 4; Graells A.S., *Public Procurement and the EU Competition Rules*, Oxford, 2015; M. Martens, S. De Margerie, *The Link to the Subject-Matter of the Contract in Green and Social Procurement*, in *European Procurement & Public Private Partnership Law Review*, 2013; G. M. Racca, *Professional Buying Organisations, Sustainability and Competition in Public Procurement Performance*, Paper discusso alla IV International Public Procurement Conference, Corea, 2010.

²⁵ Cfr. considerando n. 95, direttiva 2014/24/UE.

²⁶ Cfr. Direttiva 2014/24/UE sugli appalti pubblici nei settori ordinari; direttiva 2014/25/UE sulle procedure d'appalto nei settori speciali e direttiva 2014/23/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione.

contratti pubblici avviando un processo di responsabilizzazione e professionalizzazione dei soggetti preposti agli acquisti, al quale si accompagna una più generale semplificazione normativa, amministrativa ed organizzativa dell'intero settore degli approvvigionamenti pubblici²⁷.

È, infatti, proprio nella gestione delle procedure di acquisto che si sono manifestati i più evidenti problemi della spesa pubblica – non solo di carattere puramente economico - legati principalmente alla frammentazione dei centri decisionali, all'assenza di trasparenza e all'inidoneità degli strumenti di controllo²⁸.

Infatti, le piccole amministrazioni spesso sono carenti di personale dotato di adeguata professionalità e specializzazione, circostanza che si riverbera sulla qualità della prestazione e sull'adeguato utilizzo delle risorse pubbliche. I piccoli uffici, inoltre, a in molti casi non dispongono delle più moderne dotazioni informatiche necessari per lo svolgimento delle gare, attesi i costi fissi connessi all'acquisizione dei predetti strumenti. Ancora, l'eccessiva frammentazione nella gestione delle procedure di evidenza pubblica aumenta vertiginosamente i rischi di corruzione. Infine, modalità non aggregate di acquisto fanno aumentare il numero di soggetti sottoposti al controllo e non permettono un'adeguata implementazione della trasparenza nel settore degli approvvigionamenti pubblici²⁹.

Queste criticità hanno, dunque, rappresentato la leva per la maggior parte dei più recenti interventi in materia di *public procurement* diretti a favorire meccanismi di “accentramento degli acquisti” che, conseguentemente, comportano vantaggi in termini di un possibile risparmio dei risorse (stimato in più di sette miliardi di euro³⁰) e di snellimento delle procedure³¹.

²⁷ L. Donato, *La riforma della stazioni appaltanti. Ricerca della qualità e disciplina europea*, Quaderni di ricerca giuridica, Banca d'Italia, 2015, 80, 138-139, P. Mantini, *Nel cantiere dei nuovi appalti pubblici. Semplificazione, efficienza, concorrenza, anticorruzione*, Milano, 2015, 66 e ss; C. Franchini, F. Sciaudone. (a cura di), *Il recepimento in Italia delle nuove direttive appalti e concessioni. Elementi critici e opportunità*, Napoli, 2015.

²⁸ Di Lascio F., *La centralizzazione degli appalti, la spending review e l'autonomia organizzativa locale*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2014, 2.

²⁹ A. Botto, *Il codice dei contratti pubblici visto dalla prospettiva europea. Criticità e proposte*. Relazione al Convegno “Il diritto degli appalti pubblici all'alba delle nuove direttive comunitarie”, Camera dei deputati, Sala del Mappamondo, 15 novembre 2013, PwC, *Public procurement in Europe: Cost and Effectiveness*, a study for European Commission, 2011, 71 e ss.; G. M. Racca, *La prevenzione e il contrasto della corruzione nei contratti pubblici*, in B. G. Mattarella, M. Pelissero (a cura di), *La legge anticorruzione. Prevenzione e repressione della corruzione*, Torino, 2013, 125 e ss.

³⁰ C. Cottarelli, *La lista della spesa*, cit., 31 e ss; P. Mantini, *Nel cantiere dei nuovi appalti pubblici. Semplificazione, efficienza, concorrenza, anticorruzione*, cit., 64 e ss.

³¹ C. Contessa, D. Crocco, *Appalti e concessioni. Le nuove direttive europee*, Roma, 2015; E. Gallo (a cura di), *Autorità e consenso nei contratti pubblici alla luce delle direttive 2014*, Torino, 2014.

La centralizzazione³², infatti, consente alle amministrazioni di beneficiare di economie di scala, di ridurre il numero di intermediari, di ottenere a prezzi più bassi il medesimo bene o servizio³³. Inoltre, con la riduzione del numero delle procedure, conseguentemente, diminuiscono anche le spese per le stesse³⁴. In definitiva, le tecniche di aggregazione degli acquisti cui punta il legislatore nazionale (e quello europeo) “*possono contribuire, dato l’ampio volume degli acquisti, a un aumento della concorrenza e dovrebbero aiutare a professionalizzare la commessa pubblica*”³⁵. Le forme di centralizzazione rappresentano, infatti, strumenti funzionali sia alla riqualificazione delle modalità di gestione delle procedure di spesa, ma anche al riassetto organizzativo e alla riduzione dei soggetti del *public procurement*.

Ciononostante, sarebbe riduttivo pensare che le forme di aggregazione delle committenze possano *ex se* risolvere tutte le criticità relative alla gestione degli approvvigionamenti pubblici. Infatti, l’esigenza prioritaria è quella di garantire che le procedure di acquisto siano “*attentamente monitorate al fine di evitare un’eccessiva concentrazione del potere d’acquisto e collusioni, nonché di preservare la trasparenza e la concorrenza e la possibilità di accesso al mercato per le piccole e medie imprese*”³⁶.

2. [segue]... al sistema dei soggetti aggregatori

Nella materia *de qua* negli anni più recenti ha assunto particolare rilevanza l’art. 9 d.l. n. 66/2014 (convertito con modificazioni dalla l. n. 89/2014), il quale, per porre fine alla c.d. polverizzazione delle stazioni appaltanti, introduce la categoria dei “soggetti aggregatori”³⁷.

Questi ultimi rientrano tra le centrali di committenza di cui all’art. 3 comma 1 lettera n) del d.lgs. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici). Infatti, come chiarito dalla delibera Anac n. 3 del 25 febbraio 2014 “*la nozione di soggetto aggregatore presuppone, quanto a funzione, quella di centrale di committenza, ma nel contempo la supera, costituendo la prima una forma evoluta della seconda, in quanto si tratta di centrale di committenza “qualificata” e “abilitata” (...) all’approvvigionamento di lavori, beni e servizi per conto dei soggetti che se ne avvalgono*”. Anche la giurisprudenza amministrativa³⁸ ha precisato che alla natura di centrale di committenza, “*il soggetto aggregatore unisce un’ulteriore qualità, consistente nell’abilitazione derivante dalla “qualificazione” conseguita ex lege o previa*

³² L. Castellani, F. Decarolis e G. Rovigatti, *Il Processo di Centralizzazione degli Acquisti Pubblici: Tra Evoluzione Normativa e Evidenza Empirica*, in *Mercato Concorrenza Regole*, 2017, 3, 583 e ss.

³³ N. Dimitri, F. Dini, G. Piga, *When Should Procurement Be Centralized*, in N. Dimitri, G. Piga, G. Spagnolo (a cura di), *Handbook of Procurement: Auctions, Contracting, Electronic Platforms and Other Current Trends*, Cambridge, 2006, 47 e ss.

³⁴ B.G. Mattarella, *La centralizzazione delle Committenze*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2016, 5, 613 e ss.

³⁵ Cfr. considerando n. 69, direttiva 2014/24/UE

³⁶ Cfr. considerando n. 59, direttiva 2014/24/UE.

³⁷ M. Di Donna, *Aggregazioni e stazioni appaltanti*, in D. Garofalo, *Appalti e lavoro: Volume primo. Disciplina pubblicistica*, 288 e ss.

³⁸ TAR Lazio- sez. II quater, 24 maggio 2018, n. 5781.

valutazione e iscrizione nell'elenco ANAC al fine di “ottenere «economie di scala», aumentare la conoscenza dello specifico settore, riducendo le asimmetrie informative, incrementando la competenza e l'efficienza della parte contrattuale pubblica”.

In sostanza, questo modello operativo dei soggetti aggregatori mira a gestire l'intero processo di *procurement* mediante la raccolta del fabbisogno dell'amministrazione di riferimento, la programmazione delle iniziative di acquisto e l'esecuzione delle procedure di approvvigionamento.

L'art. 9 del d.l. 66/2014 istituisce, infatti, l'elenco dei soggetti aggregatori – che può essere costituito da massimo 35 soggetti - di cui fanno parte Consip e una centrale di committenza per ciascuna regione, qualora istituita. Altri soggetti, che svolgono attività di centrale di committenza, dotati di particolari requisiti di natura organizzativa e relativa al valore delle gare bandite possono richiedere l'iscrizione all'elenco. L'istruttoria finalizzata a valutare le caratteristiche dei soggetti candidati ad essere ammessi tra gli aggregatori è affidata all'Anac.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 novembre 2014, sono stati individuati i requisiti per l'iscrizione nell'elenco. Ai sensi del citato DPCM possono richiedere l'iscrizione a tale elenco le città metropolitane e le province, nonché le associazioni, unioni e consorzi di enti locali che abbiano pubblicato, nei tre anni precedenti, bandi e/o lettere di invito per l'acquisizione di beni e servizi di importo a base di gara, pari o superiore alla soglia comunitaria per almeno duecento milioni nell'ultimo triennio e, comunque, con un valore minimo di 50 milioni di euro per ciascun anno³⁹.

Con delibera dell'Anac n. 58 del 23 luglio 2015 è stato predisposto il primo elenco composto da 34 soggetti aggregatori⁴⁰. La delibera n. 31 del 17 gennaio 2018 ha operato l'aggiornamento triennale dell'elenco che, oggi, risulta costituito da 31 soggetti a cui si aggiunge Consip S.p.A⁴¹.

Preme, a tal proposito, segnalare che l'assetto attuale dell'elenco dei soggetti aggregatori potrebbe essere destinato a ulteriori modifiche poiché l'Anac è chiamata a procedere una revisione continua della categoria, potendo anche modificare i requisiti richiesti per l'iscrizione. Questa opportunità potrebbe

³⁹ M. De Benedetti, *I soggetti aggregatori: nuovo modello organizzativo nella pubblica amministrazione italiana*, in *Amministrazione in cammino*, 20 giugno 2017

⁴⁰ I soggetti aggregatori individuati nella delibera ANAC n. 58 del 23 luglio 2015 risultavano essere Consip, ventuno centrali di committenza regionali (una per regione, salvo il Trentino Alto Adige che ne ha una per Provincia); undici centrali di committenza delle città metropolitane, due centrali di committenza per le Province di Perugia e di Vicenza. Con delibera n. 784 del 20 luglio 2016 l'ANAC ha predisposto la cancellazione, con efficacia *ex nunc*, della Provincia di Perugia. Si segnala, altresì che la società consortile Asmel, esclusa dall'elenco dei soggetti aggregatori, ha presentato ricorso al Tar il quale lo ha respinto con sentenza 22 febbraio 2016, n. 2339. Con la predetta sentenza il Tar ha confermato la deliberazione dell'ANAC n. 32/2015, il Consiglio di Stato, sezione VI con ordinanza cautelare n. 4016 del 9 settembre 2018 ha sospeso l'efficacia della delibera ANAC del 30 aprile 2015 n. 32, rimettendo al Tar Lazio la decisione di merito sulla questione.

⁴¹ Nell'elenco dei soggetti aggregatori le centrali di committenza regionali sono rimaste invariate (19 per le regioni e due per le province autonome di Trento e Bolzano); mentre tra i soggetti che acquisiscono la configurazione di soggetti aggregatori con l'iscrizione, non compaiono più la Città metropolitana di Bari e la Provincia di Perugia, ma viene ammessa la Provincia di Brescia.

comportare l'ampliamento del numero e della tipologia degli iscritti (oggi principalmente soggetti chiamati a razionalizzare gli acquisti degli enti territoriali), anche in virtù del fatto che l'Anac ha astrattamente ammesso che le centrali di acquisto si possano essere società di diritto privato.

Più nel dettaglio, nella Delibera Anac n. 32 del 30 aprile 2015 si legge testualmente che può *“ritenersi in astratto ammissibile l'utilizzo di una società di diritto privato (...) per costituire delle centrali d'acquisto”*. Sembra, tuttavia, necessario che la società assuma una qualificazione pubblicistica anche solo sostanziale (società *in house* ovvero organismo di diritto pubblico) idonea a configurare un modello organizzativo di aggregazione degli acquisti.

La concreta operatività del sistema è garantita dal Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori⁴², istituito – in attuazione dell'art. 9 comma 3 d.l. 66/2014 - con DPCM del 14 novembre 2014, con funzioni di programmazione e monitoraggio⁴³.

Il Tavolo tecnico rappresenta, infatti, la sede demandata a individuare le categorie di beni e servizi e le relative soglie che impongono il ricorso a Consip ovvero ad altri soggetti aggregatori, con il principale fine di aumentare la quota di spesa pubblica gestita attraverso modalità aggregate; nonché garantire la riduzione dei prezzi e la quantità dei beni e servizi acquistati⁴⁴.

Il Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori diviene, quindi, il punto di raccordo tra la fase di programmazione - finalizzata a definire i fabbisogni e programmare l'attività contrattuale - e la vera e propria gestione centralizzata degli acquisti.

Il DPCM istitutivo del Tavolo, infatti, attribuisce a quest'ultimo il compito di procedere alla raccolta di dati relativi alla previsione dei fabbisogni di acquisto di beni e di servizi delle amministrazioni e alla pianificazione integrata e coordinata degli approvvigionamenti. A tal proposito si segnala che, per implementare questo aspetto, la legge di stabilità per il 2016 (l. 208/2015) ha imposto alle amministrazioni l'obbligo di trasmettere gli atti di programmazione di acquisti al Tavolo tecnico.

⁴² S. Dota, V. Nicotra, *Il nuovo codice degli appalti*, Sant'Arcangelo di Romagna, 2016, 20 e ss.

⁴³ Il Tavolo è composto da un rappresentante del Ministero dell'economia e finanze, un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri, un rappresentante del Ministero della salute, nonché un rappresentante di ogni soggetto aggregatore iscritto nell'elenco. Inoltre, possono partecipare alle attività del Tavolo un rappresentante della Conferenza delle Regioni, dell'Ance, dell'Upi e, quale uditor, un rappresentante dell'Anac.

⁴⁴ La Relazione illustrativa del DPCM 14 novembre 2014 chiarisce che l'attività del Tavolo dei soggetti mira ad *“aumentare la quota di spesa pubblica gestita attraverso i soggetti aggregatori con l'obiettivo di garantire la riduzione dei prezzi legata all'aggregazione della domanda, la quantità dei beni e servizi acquistati, l'individuazione di strategie di gara innovative, la realizzazione di approfondite analisi di mercato, l'utilizzo di strumenti e-procurement e la riduzione di contenzioso attraverso il presidio dell'intero processo di acquisto da parte di strutture competenti dedicate”*.

In questo modo si riesce, dunque, a fornire alle amministrazioni un supporto nello svolgimento delle attività di *procurement* e, soprattutto, l'attività di programmazione degli acquisti operata amministrazioni costituisce il punto di partenza per organizzare l'intera attività delle centrali di committenza⁴⁵.

In particolare, l'attività del Tavolo è disciplinata dall'art. 9, comma 3, d.l. 66/2014, il quale dispone che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri “*entro il 31 dicembre di ogni anno, sulla base di analisi del Tavolo dei soggetti aggregatori e in ragione delle risorse messe a disposizione (...), sono individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali le amministrazioni statali centrali e periferiche, ad esclusione degli istituti e scuole di ogni ordine e grado, delle istituzioni educative e delle istituzioni universitarie, nonché le regioni, gli enti regionali, nonché loro consorzi e associazioni, e gli enti del servizio sanitario nazionale ricorrono, rispettivamente, a Consip S.p.A. e al soggetto aggregatore di riferimento per lo svolgimento delle relative procedure*”.

Con il DPCM del 24 dicembre 2015, per il biennio 2016-2017, sono state individuate le 19 categorie⁴⁶ di beni e servizi e le relative soglie⁴⁷ – intese come importo annuo massimo negoziabile autonomamente – al superamento delle quali le amministrazioni statali e regionali, nonché gli enti del Servizio Sanitario Nazionale e gli enti locali devono procedere in via centralizzata con ricorso a Consip ovvero agli altri soggetti aggregatori⁴⁸. Si tratta di categorie merceologiche che riguardano principalmente il settore sanitario e, in misura minore, la spesa comune a tutte le amministrazioni, per le quali il valore si assesta annualmente circa sui 15,8 miliardi di euro⁴⁹.

Alla luce dei risultati positivi emersi dai primi due anni di operatività del sistema dei soggetti aggregatori – tra i quali si annoverano: l'aumento del numero di iniziative di acquisto aggregate; l'incremento del valore delle gare bandite (per l'anno 2016 pari a circa 25 miliardi di euro) e la riduzione di oltre il 20% risparmio annuo medio derivante dalla riduzione dei prezzi medi unitari di aggiudicazione⁵⁰ - il Tavolo

⁴⁵ B. G. Mattarella, *Burocrazia e riforme. L'innovazione nella pubblica amministrazione*, cit., 228.

⁴⁶ Le categorie merceologiche inserite nel DPCM 24 dicembre 2015 sono state individuate sulla base dei seguenti criteri: a) alto valore di spesa della categoria merceologica; b) caratteristiche delle categorie tali da consentire una gestione in forma aggregata (livello di aggregabilità); d) carattere di innovatività; e) idoneità ad essere oggetto di forme contrattuali quali convenzioni o accordi quadro; f) gestibilità delle categorie merceologiche da parte dei soggetti aggregatori in fase di start-up. Cfr. Relazione illustrativa del DPCM 14 novembre 2014

⁴⁷ Le soglie di riferimento sono: a) soglia comunitaria per le categorie merceologiche che necessitano di garantire autonomia alle amministrazioni per permettere la sperimentazione di prodotti particolarmente innovativi ovvero far fronte a specifiche esigenze; b) importo di 40.000 euro per tutte le altre categorie merceologiche. Cfr. Relazione illustrativa del DPCM 14 novembre 2014

⁴⁸ L. Fiorentino, *L'attuazione della riforma delle province e l'acquisto di beni e servizi*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2016, 2, 185 e ss.

⁴⁹ Consip, Rapporto annuale 2016, 22 marzo 2017 in www.consip.it

⁵⁰ Il dato si riferisce all'anno 2016 e deriva dalle autodichiarazioni dei soggetti aggregatori nell'ambito di una rilevazione ad hoc condotta dalla Segreteria del Tavolo Tecnico dei soggetti aggregatori nell'anno 2017 su un campione selezionato di categorie merceologiche e soggetti aggregatori. Cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero dell'economia e delle finanze, *Revisione della spesa: obiettivi, attività e risultati 2014 - 2016*, Camera dei Deputati, Roma, 20 giugno 2017, pag. 12 e ss.

tecnico ha manifestato l'intenzione di rafforzare, a decorrere dal 2018, il ruolo dei soggetti aggregatori nella programmazione e nella gestione delle procedure di approvvigionamento delle amministrazioni pubbliche.

Infatti, nel nuovo DPCM del 11 luglio 2018 relativo alle categorie merceologiche e alle relative soglie di acquisto aggregato accanto ai beni e servizi individuati nel 2016, a partire dall'anno 2018 vengono inserite ulteriori sei categorie merceologiche (di cui quattro relative alla spesa sanitaria e due relative alla spesa comune) e le relative soglie in relazione alle quali si deve procedere in forma aggregata⁵¹.

La *governance* del processo di aggregazione degli acquisti è completata dal Comitato Guida del Tavolo dei soggetti aggregatori istituito con il citato DPCM del 14 novembre 2014 che a sua volta si avvale del supporto tecnico di tre Gruppi di Lavoro tematici (Integrazione banche dati; Standard categorie e prodotti e Sanità).

In particolare, il Comitato Guida è chiamato a: individuare, su indicazione del Tavolo tecnico, l'indirizzo di gestione delle attività; formulare la proposta di Piano integrato delle iniziative di acquisto aggregato in base alle informazioni fornite dai soggetti aggregatori, predisporre, anche in base alle risultanze dei Gruppi di Lavoro, proposte al Tavolo tecnico riguardanti l'aggregazione e razionalizzazione della spesa attraverso i soggetti aggregatori.

3. Il settore sanitario tra aggregazione delle committenze e *spending review*

Accanto alla disciplina generale in tema di centralizzazione, sono intervenute specifiche disposizioni per il settore sanitario⁵², il più rilevante in termini di acquisti in forma aggregata (stimati nel 2016 in 12,8 miliardi di euro a fronte dei 3 miliardi di euro di spesa comune)⁵³.

In via di estrema sintesi, il settore della sanità pubblica (c.d. Servizio Sanitario Nazionale) funziona⁵⁴ nel seguente modo: il finanziamento della spesa sanitaria (che rappresenta quasi il 9 % del PIL⁵⁵) e i livelli essenziali di assistenza (Lea) sono decisi a livello centrale dal Governo e dal Parlamento (coinvolgendo le

⁵¹ L. Fiorentino, *Il modello Consip e i soggetti aggregatori*, in *Giornale di diritto Amministrativo*, 2018, 2, 202 e ss.

⁵² A. Massari, *Gli appalti pubblici dopo la Legge di Stabilità 2016, il Decreto milleproroghe e il collegato ambientale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, 189 e ss.

⁵³ Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della Salute, *Acquisti trasparenti: la PA semplifica e spende meglio. I soggetti aggregatori degli acquisti e la spending review nella Sanità*, gennaio 2016.

⁵⁴ F. Castiello, V. Tenore, *Manuale di diritto sanitario*, Milano, 2018, 377 e ss; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2018, 75-114; E. Jorio, *Diritto sanitario*, Torino, 2006, 95-224.

⁵⁵ La spesa sanitaria corrente nel 2016 è pari a 149.500 milioni di euro, in aumento dell'1,0% rispetto all'anno 2015, e la sua incidenza rispetto al Pil è dell'8,9%. Cfr. Istat, *Anni 2012-2016, il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, 4 luglio 2017.

regioni attraverso un accordo programmatico e finanziario, il c.d. Patto per la salute). La gestione delle risorse e la fornitura dei servizi è, invece, affidata alle regioni e alle singole Asl⁵⁶.

Negli ultimi anni in questo settore, a fronte di un *trend* di spesa sempre in crescita⁵⁷ (non sempre bilanciato da “migliori” prestazioni) e una notevole differenza su territorio nazionale dei costi dei medesimi beni e servizi, si è reso necessario avviare, in analogia con le scelte operate anche in altri Stati europei⁵⁸, un percorso di aggregazione degli approvvigionamenti che permetta di garantire la qualità del servizio erogato e ridurre i costi della gestione delle procedure di acquisto⁵⁹.

Per raggiungere questo ambizioso obiettivo⁶⁰ sono stati notevoli gli interventi normativi. Se in un primo momento alle amministrazioni diverse da quelle centrali era stata lasciata ampia discrezionalità di ricorso alle convenzioni Consip S.p.A., successivamente si è registrato un cambiamento netto di passo prevedendo anche per gli enti del settore sanitario la sostanziale obbligatorietà di adesione alle convenzioni⁶¹.

Inoltre, le normative regionali⁶² hanno introdotto varie forme di centralizzazione. In particolare, la legge finanziaria per il 2007⁶³ ha attribuito alle regioni la prerogativa di costituire centrali di acquisto anche unitamente ad altre regioni⁶⁴, che operano quali centrali di committenza stipulando convenzioni per l'acquisto di beni e servizi anche in favore “degli enti del Servizio sanitario nazionale (...) aventi sede nel medesimo

⁵⁶ C. Cottarelli, *La lista della spesa*, Milano, 2015, 157.

⁵⁷ N. Di Vivo, *Il decreto "spending review"* – *La Spesa Sanitaria*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2012, 12, 1185.

⁵⁸ Si segnalano le esperienze di aggregazioni degli acquisti nel settore sanitario in Francia e Inghilterra. Cfr. G. M. Racca, *Collaborative procurement and contract performance in the Italian healthcare sector: illustration of a common problem in European procurement* in *Public Procurement Law Review*, 2010, 3, 119 e ss.. Si segnalano, inoltre, A. S. Graells, *Centralisation of procurement and supply chain management in the English NHS: some governance and compliance challenges* (August 9, 2018) in <https://ssrn.com/abstract=3232804>; F. Amatucci, M. Marsilio, S. Mele, *La centralizzazione degli acquisti in sanità: esperienze nazionali ed internazionali a confronto*, Relazione presentata al 15° Convegno Annuale AIES, *La sanità che verrà: disegno delle istituzioni, efficienza, equità*, 2010; C. Bovis, *EU Public Procurement Law*, 2008, 136 e ss.

⁵⁹ C. Bottari (a cura di), *La disciplina degli acquisti di servizi e beni nelle aziende sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2013; F. A. Caputo, *Gli appalti della sanità*, in L. Busico, F. Castiello, V. Tenore, *Manuale di diritto sanitario*, Milano 2012, 261 e ss.; G. Turchetti, *La politica degli acquisti di beni e servizi in ambito pubblico: le tendenze in atto nel settore sanitario*, Milano, 2006; G. M. Racca, *L'aggregazione dei contratti pubblici per la sostenibilità delle prestazioni*, in *Studi in onore di Alberto Romano*, Napoli, 2011, III, 2259

⁶⁰ G. M. Racca, *La professionalità nei contratti pubblici della sanità: centrali di committenza e accordi quadro*, in *Foro Amm. – C.d.S.*, 2010, 1475.

⁶¹ L. Fiorentino, *Gli acquisti delle pubbliche amministrazioni. Il modello organizzativo*, cit., 8

⁶² M. Brusoni, M. Marsilio, *La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2007 L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, 2007.

⁶³ Cfr. art. 1, commi 455-457 l. n. 296/2006.

⁶⁴ G. M. Racca, *Collaborative procurement and contract performance in the Italian healthcare sector: illustration of a common problem in European procurement*, cit., 124.

territorio". Viene, dunque, a delinarsi anche nel settore sanitario "un sistema a rete"⁶⁵ tra le centrali di committenza regionali e Consip S.p.A⁶⁶.

Le esigenze di *spending review* dal 2012 hanno toccato anche il settore sanitario imponendo il recupero delle aree di inefficienza emerse nel settore sia a livello gestionale che organizzativo. Invero, il tema della razionalizzazione della spesa ha inciso su diversi aspetti del finanziamento e dell'organizzazione del SSN. Più precisamente, si è avuta una rimodulazione ovvero una previsione di tetti di spesa, la riorganizzazione della rete ospedaliera, i piani di rientro⁶⁷ per il recupero dei disavanzi regionali e il monitoraggio sulle politiche di risanamento e, per quanto qui maggiormente rileva, la riorganizzazione del sistema di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario⁶⁸.

Negli ultimi anni le esigenze di razionalizzazione e contenimento dei costi degli apparati si sono fatte più stringenti. Infatti, la legge di stabilità per il 2016 (l. 208/2015⁶⁹) ha obbligato anche le amministrazioni del settore sanitario a ricorrere in via prioritaria ai soggetti aggregatori di cui al d.l. n. 66 del 2014 ovvero alla stessa Consip⁷⁰.

Gli effetti delle richiamate politiche perseguite nel settore sanitario si sono registrati in una netta frenata anche nel 2017 dell'incremento del valore dei consumi intermedi (pari al 2% rispetto al 2016 al netto della componente farmaceutica, che rappresenta circa un terzo dell'aggregato complessivo). Più nel dettaglio, tale risultato è il frutto delle vigenti misure di contenimento della spesa⁷¹ per l'acquisto di beni e servizi,

⁶⁵ Cfr. art. 1, commi 457 l. n. 296/2006.

⁶⁶ F. Di Lascio, *Le centrali di committenza regionali*, in L. Fiorentino (a cura di), *Gli acquisti delle amministrazioni pubbliche nella repubblica federale*, Bologna, 2011, 135 e ss.

⁶⁷ Con riguardo ai piani di rientro la Ragioneria Generale dello Stato ha precisato che rappresentano "uno strumento fondamentale del sistema di governance del Servizio sanitario nazionale diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA". Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, *Il monitoraggio della spesa sanitaria, rapporto n.1*. Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2014, 5. Si segnala che le Regioni in piano di rientro attualmente sono sette: Puglia, Sicilia, Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Calabria, le ultime risultano commissariate. Cfr. Ministero della salute, *Piani di rientro, i risultati delle verifiche*, in www.salute.gov.it, 13 novembre 2018.

⁶⁸ Camera dei deputati, Servizio studi, XVIII Legislatura, *La spending review sanitaria, 30 giugno 2018*,

⁶⁹ Cfr. art.1 commi 548-559 l. n. 208/2015

⁷⁰ Cfr. *L'approccio Consip alla spesa del settore sanitario*, 30 gennaio 2018 in www.consip.it

⁷¹ Si segnala che anche la legge di bilancio 2018 (art. 1, commi 412-415 l. n. 205/2017) tocca nuovamente il settore sanitario per contenerne i costi. Si prevede, infatti, per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (e per la gestione sanitaria accentrata presso la Regione di una quota del finanziamento del Servizio Sanitario regionale) la trasmissione della documentazione di spesa per beni e servizi per mezzo del sistema di gestione messo a disposizione dalla Ragioneria Generale dello Stato del MEF. Il predetto sistema informativo della Ragioneria assicura l'integrazione con le altre infrastrutture che si occupano della gestione delle procedure di acquisto delle Amministrazioni (la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici dell'ANAC, il Sistema di interscambio della fatture elettroniche facente capo al MEF che garantisce l'attuazione dell'obbligo di emissione di fatture elettroniche dei privati nei confronti delle Amministrazioni e la banca dati SIOPE della Banca d'Italia che si occupa degli ordini emessi dalle PPAA di incasso e pagamento). Questo sistema viene istituito con la finalità di "potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché

fra le quali si annoverano accanto allo “sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dalle centrali regionali”, anche “la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa; la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard”⁷².

Fondamentale nella concreta attuazione delle politiche di centralizzazione della domanda avviate in maniera più massiccia dalla l. 66/2014 anche per il settore sanitario, è il sistema dei soggetti aggregatori e, più precisamente, il Gruppo di Lavoro Sanità nato, in seno al Comitato Guida⁷³, dalla collaborazione tra il Tavolo dei soggetti aggregatori e il Ministero della salute⁷⁴.

Infatti, il Gruppo di Lavoro è chiamato a fornire supporto tecnico al Comitato Guida e, a livello organizzativo, si articola in un Gruppo di coordinamento - composto da rappresentanti dei Soggetti aggregatori, del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero della Salute, di Consip, nonché da esperti del settore - e da sottogruppi operativi tematici per categoria merceologica⁷⁵.

L'attività del Gruppo di Lavoro Sanità - avviato dal luglio 2015 - si articola nelle seguenti quattro profili: 1) il supporto all'individuazione delle categorie merceologiche inserite nel DPCM; 2) l'analisi dello stato dell'arte attraverso l'esame della programmazione biennale, la ricognizione della situazione in materia di contratti attivi e l'aggiornamento dei dati di consumo di dispositivi medici e servizi; 3) il supporto alla definizione di regole e meccanismi operativi⁷⁶, alla formulazione delle strategie di gara appropriate per le singole categorie merceologiche e al Comitato Guida per garantire la continuità dei processi di l'approvvigionamento in mancanza di iniziative programmate dai soggetti aggregatori; 4) la pianificazione delle strategie di coinvolgimento del mondo clinico-scientifico e quello dei fornitori-produttori⁷⁷.

Il lavoro svolto dal Gruppo di Lavoro Sanità in seno al Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori assume notevole importanza, anche in virtù del fatto che la maggior parte dei beni e servizi inseriti nel DPCM

per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica”. Cfr. L. Fiorentino, *Il modello Consip e i soggetti aggregatori*, cit., 205.

⁷² Cfr. Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Roma, luglio 2017, 39-40

⁷³ La Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2018 precisa che “nell'ambito del Comitato Guida del Tavolo dei Soggetti Aggregatori, saranno definite specifiche direttive per l'acquisizione delle categorie merceologiche (sanitarie)³³, in modo da rendere maggiormente trasparenti e condivise le migliori esperienze”. cfr. ministero dell'Economia e delle Finanze, *Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2018*, 27 settembre 2018, 100.

⁷⁴ L. Spampinato, *Soggetti aggregatori e spending review negli acquisti in sanità*, *Giornale Italiano di Nefrologia*, 2017, 34.

⁷⁵ I sottogruppi operativi tematici sono: farmaci e vaccini; emodinamica; ausili incontinenza; servizi tecnico-alberghieri; cardiologia; protesi d'anca; medicazioni, aghi e siringhe; manutenzioni apparecchiature.

⁷⁶ Mediante l'individuazione di criteri uniformi per classificare le informazioni relative alle categorie merceologiche sanitarie inserite nel DPCM.

⁷⁷ Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute, *Acquisti trasparenti: la PA semplifica e spende meglio. I soggetti aggregatori degli acquisti e la spending review nella Sanità*, gennaio 2016.

che individua le categorie merceologiche e le relative soglie di acquisto aggregato appartengono al settore sanitario⁷⁸.

In particolare, nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri adottato il 24 dicembre 2016 per il biennio 2016-2017, 14 delle 19 categorie merceologiche individuate per procedere ad acquisti centralizzati appartengono all'ambito sanitario per un volume di acquisto pari 9,6 miliardi di euro per i beni e 3,2 miliardi di euro per i servizi⁷⁹.

Come già accennato per l'anno 2018, il Gruppo di Lavoro ha provveduto all'inserimento di ulteriori quattro categorie di beni e servizi del settore sanitario e le relative soglie di obbligatorietà⁸⁰ di ricorso spesa aggregata che sono state inserite nel nuovo Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del luglio 2018.

4. Conclusioni

Nel contesto finanziario pubblico attuale in cui le risorse – complice anche la crisi economica - sono scarse, ai soggetti pubblici è richiesto un notevole sforzo per garantire modalità di approvvigionamento efficienti, in modo tale da spendere in maniera più appropriata e limitare i costi della macchina amministrativa.

Questo obiettivo, che nelle agende di governo degli ultimi esecutivi ha assunto una fondamentale importanza, ha dato vita a un nuovo e innovativo sistema di gestione degli acquisti pubblici idoneo a soddisfare istanze di contenimento della spesa e snellimento dei processi senza dimenticare l'attuazione dei principi di trasparenza e tutela della concorrenza nello svolgimento delle procedure.

Nel settore sanitario, il cambio di passo è stato molto netto, soprattutto per l'esistenza di aziende e enti spesso troppo piccoli e non adeguatamente specializzati nelle procedure di gara, con l'obiettivo principale è stato quello di predisporre strumenti e metodi di acquisto idonei a razionalizzare e contenere la dinamica crescente della spesa per i consumi intermedi, legata sia a elementi di carattere demografico (primo tra

⁷⁸ Per gli acquisti oltre i 40.000 euro, l'obbligo di acquisto centralizzato tramite Consip o altro soggetto aggregatore è previsto per farmaci, vaccini, ausili per incontinenza, medicazioni generali, aghi e siringhe, servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali, servizi di pulizia di ristorazione e di lavanderia per le Aziende del S.S.N., Servizi di smaltimento rifiuti sanitari, vigilanza armata, guardiania. Per gli acquisti oltre la soglia comunitaria, l'obbligo è previsto per *stent*, protesi d'anca, defibrillatori, pace-maker, facility management immobili, pulizia immobili, manutenzione immobili e impianti.

⁷⁹ Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute, *Acquisti trasparenti: la PA semplifica e spende meglio. I soggetti aggregatori degli acquisti e la spending review nella Sanità*, gennaio 2016.

⁸⁰ Si allude alle categorie merceologiche guanti e suture per le quali la soglia per la spesa aggregata è individuata in 40.000, nonché alle categorie merceologiche ossigenoterapia, diabetologia territoriale per le quali la soglia di acquisto centralizzato è quella comunitaria

tutti il notevole invecchiamento della popolazione) che a fattori strutturali del settore della sanità (tra cui le nuove tecnologie e i nuovi bisogni da soddisfare)⁸¹.

In particolare, il “ripensamento” delle modalità di esercizio delle attività di *procurement*⁸² assume connotati più pregnanti, attesa, anche, la peculiarità del segmento di mercato che coinvolge la salute, definita a livello costituzionale quale “*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*” (art. 32 Cost).

Alle amministrazioni sanitarie si impone, infatti, di spendere meglio. Infatti, “*se è vero, che in media l'Italia non spende male, ci sono all'interno del Paese realtà molto diverse. (...) E la qualità dei servizi, almeno in certe regioni, può essere migliorata reinvestendo nel settore parte dei possibili risparmi (...)*”⁸³.

Spendere meglio significa, dunque, fornire agli enti e alle strutture sanitarie e indirettamente al cittadino beni e servizi che permettano di garantire i più alti standard qualitativi (uguali su tutto il territorio nazionale) e, conseguentemente, di mantenere inalterati i livelli di servizio della sanità pubblica.

Questo ambizioso risultato richiede, in definitiva, la creazione di un “sistema a rete” di *procurement* che inevitabilmente si innesta sull'aggregazione delle committenze e, indirettamente, sulla professionalizzazione (o meglio, sulla qualificazione⁸⁴) delle stazioni appaltanti, le quali devono essere in grado governare in maniera efficiente la complessità dei processi di acquisto in un settore così delicato come quello della sanità pubblica.

⁸¹ E. Borgonovi, *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano 2000; M. Del Vecchio, *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazione di rete pubblica*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Milano, 2003.

⁸² W. Gasparri, *La disciplina per la concentrazione della domanda di beni e servizi nell'amministrazione pubblica. Una ricostruzione*, in D. Sorace (a cura di), *Amministrazione pubblica dei contratti*, Napoli, 2013;

⁸³ C. Cottarelli, *La lista della spesa*, cit., 153.

⁸⁴ C. Lamberti, *La qualificazione delle stazioni appaltanti*, in *Urbanistica e appalti*, 2012, 12, 1293 e ss.; L. Fiorentino, *Le centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2016, 4, 444 e ss