

Il procurement nelle aziende sanitarie pubbliche*

Elisa Pintus

1. Introduzione¹

Non vi è dubbio che gli acquisti² siano un'area di attività economica delle aziende pubbliche particolarmente rilevante.

Tale rilevanza ha assunto, nel passare degli anni, una specificità sempre maggiore dovuta a differenti fattori ambientali interni ed esterni alle amministrazioni pubbliche (Aapp).

In particolare, fra i fattori esterni si possono annoverare la crisi economica mondiale, la globalizzazione dei mercati dell'offerta di beni e servizi nei confronti della pubblica amministrazione (Pa), la modificazione del sistema di domanda degli utenti finali e, non ultimo, il diffuso modo di leggere, interpretare e «provare» ad orientare il comportamento delle Aapp. Fra i fattori interni, giocano, o possono giocare, un ruolo decisivo le modificazioni sempre più frequenti di assetti istituzionali e organizzativo – gestionali, le nuove tecnologie a supporto delle decisioni e dei processi operativi interni, le politiche del personale. Tutti questi fattori tendono ad innalzare il livello di complessità gestionale ed organizzativa interna alla singola azienda pubblica, nelle relazioni fra le Aapp e fra esse e l'ambiente esterno. Tale livello di complessità è poi, indubbiamente, ampliato nel settore di determinazione delle politiche pubbliche³ per lo sviluppo e la gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Si tratta dell'area di governo dell'azione pubblica in cui si rilevano le tipologie di bisogni dei cittadini primari, insopprimibili, ad alta criticità nel *portfolio* di azioni delle istituzioni pubbliche (con una necessità di rideterminare continuamente l'offerta). Si tratta dell'area su cui si confrontano ampi settori della società per la convergenza di interessi spesso contrapposti (con una definizione di meccanismi di mediazione politica, economica e sociale notevoli). Si tratta dell'area di innovazione, con conseguente catena di azioni e controazioni degli attori coinvolti nella presa delle decisioni che riguardano la salute, a

* Articolo elaborato per il Gruppo di studio ASTRID *Public procurement e modello Consip* coordinato da Luigi Fiorentino.

¹ Con il saggio si intende intercettare una pluralità di criticità legate alla relazione impresa - Pa nel *public procurement* valorizzandone alcuni elementi senza, tuttavia, avere la pretesa di illustrare l'interezza e la complessità del fenomeno.

² Il termine appalto, nella sua connotazione giuridica, è inteso come procedura, come *corpus* di principi e regole, che il legislatore italiano ha previsto quando una istituzione soggetta alla regolazione giuridica pubblica del comportamento, acquista o vende sul mercato beni, servizi ed opere. Tuttavia, grazie allo sviluppo delle relazioni economiche fra amministrazioni pubbliche (Aapp) e imprese, si vanno via via ampliando i tradizionali modi di intendere l'attività d'appalto permettendo di comprendere fattispecie contrattuali diverse dal contratto di appalto, quali la somministrazione, la locazione finanziaria, la concessione. Cfr. E. Pintus, *Scelte Pubbliche e Strumenti di Management per gli Acquisti- Innovazione nelle Relazioni Impresa – PA – Società*, Milano, Mc Graw Hill, 2008.

³ Politiche pubbliche, in prima istanza, l'insieme di scelte definite dalle Aapp che sono titolate a esprimere le stesse in virtù di un potere loro affidato dal modello politico costituzionale vigente, scelte che si dettagliano in «[...] basic sets of goals, plans, and actions that each national government follows in achieving its purpose» Cfr. Government's Public Policy Role, in A. Lawrence, J. Weber. e J. Post, *Business and Society, Stakeholders, ethics, public policy*, New York, Mc Graw-Hill, Irwin, 2005.

rilevante crescita (continue scoperte scientifiche nella ricerca clinica determinano necessarie modificazioni della capacità di governarne tali innovazioni).

In definitiva, si può, fin dall'esordio, sottolineare che l'azione economica d'acquisto delle aziende pubbliche richiede agli studiosi, agli operatori che interagiscono nella relazione d'acquisto, agli osservatori dei fenomeni che ne registrano le dinamiche⁴, modelli paradigmatici originali (i processi d'acquisto sono sempre di più leggibili e riorientabili secondo postulati che fanno riferimento al management), specifica attenzione (messaggi fuorvianti possono creare effetti distorsivi rispetto ad una azione virtuosa di relazione fra gli attori della relazione d'acquisto), precise conoscenze e competenze (molto spesso, purtroppo in queste aree di responsabilità hanno avuto un ruolo figure con competenze tecnicamente inadeguate)⁵.

2. Il modello di management per il procurement delle aziende sanitarie pubbliche

Negli ultimi venti anni in Italia si sono susseguite molteplici riforme che hanno avuto come snodo cruciale le amministrazioni pubbliche. Il punto di non ritorno è segnatamente individuabile nell'inizio degli anni novanta cui si possono riportare alcune importanti riforme per la pubblica amministrazione volte ad orientare verso la privatizzazione del pubblico impiego, la riorganizzazione e l'autonomia degli enti locali, e, importante ai nostri fini, l'aziendalizzazione della sanità.

Il modello italiano di gestione delle amministrazioni pubbliche è, quindi, oggi in un momento di grande modificazione: sintetizzando si può affermare che è facile identificare i mutamenti correlando gli stessi con un prima e un dopo anni novanta.

Il prima fa comprendere che sono stati definitivamente abbandonati modelli burocratici del passato ispirati alla prima generazione di gestione delle istituzioni pubbliche (modelli burocratici si stampo weberiano).

Il dopo fa verificare che l'accoglimento in Italia dei modelli nati sotto la spinta del *New Public Management* (Npm) di tipo anglosassone⁶, ha avuto vita ancor più breve dei 20-30 anni che hanno connotato le riforme nei paesi anglosassoni (Osborne, Pollit, Barzelay e Gallego)⁷

In ultimo, si sono sviluppati i modelli che fanno riferimento ad una relazione importante fra i processi di riforma intrinsecamente collegati alla natura istituzionale delle pubbliche amministrazioni (i modelli burocratici) e quelli che si ispirano ai modelli manageriali (Npm). Quello che emerge in termini di azione di riforma del legislatore in Italia è il registrare che la Pa necessita non solo di un'azione di *enforcement* verso l'utilizzazione di strumentazioni, tecniche, approcci di *management*, ma anche di un riconoscimento del ruolo degli attori deputati allo sviluppo dell'azione pubblica, di tutti gli attori sia politici che organizzativi che sociali.

⁴ Di recente è stata riportata con grande enfasi, sui media la notizia (con un effetto di moltiplicatore negativo di immagine e correttezza complessiva dell'analisi del fenomeno) che uno stesso prodotto viene acquistato nella stessa città da aziende sanitarie differenti con prezzi unitari anche molto differenti. Ora il punto fondamentale, ai fini della valutazione circa la corretta gestione da parte di una Pa, non è certo dato dall'analisi della differenza di prezzo unitario quanto, piuttosto, dalla determinazione delle modalità che hanno portato ad un risultato siffatto (pacchetto di specificazioni determinato ai fini della determinazione dell'oggetto di scambio della gara d'appalto, ambito quantitativo della domanda, momento storico vissuto della azienda fornitrice, ecc).

⁵ I processi di acquisto delle amministrazioni pubbliche, sono una delle aree di attività che, nel passato, ha avuto più forte connotazione di tipo giuridico – amministrativo.

⁶ Fra i primissimi autori C. Hood, (1991), *A Public Management for all seasons?*, in «Public Administration», 1991, vol. 69, marzo.

⁷ La Pa fondata sul modello burocratico di stampo weberiano, si modifica in quella identificabile nel *welfare state* poi evoluta in «stato dei servizi» che manifesta specifica crisi legata sia alle rigidità di una macchina amministrativa incentrata su regole, procedure e gerarchie e finalizzata al rispetto formale della legge, che a politiche pubbliche di aumento della pressione fiscale che amplificano una visione esterna della Pa stessa con la mancanza di un riscontro effettivo sull'aumento della qualità ed efficienza dei servizi.

Oggi, il dibattito scientifico verte sul riconoscimento e l'affermarsi di modelli denominati di *Public Governance*.

Il superamento del Npm e del *Government* (l'esercizio del potere decisionale derivante dal sistema istituzionale formale) a favore della *Public Governance* (Pg), porta allo sviluppo di un approccio che affida alle istituzioni pubbliche il ruolo di regia del sistema di relazioni che si vanno via via determinando (in modo temporaneo o stabile) tra i diversi attori del contesto economico e sociale quali enti pubblici, privati profit e non profit, e cittadini e volto alla creazione partecipata di valore pubblico.

In questi modelli la tensione è verso forme di co-decisione, di convergenza di azioni, di compartecipazione, ma anche di corresponsabilizzazione.

Esse dipendono da alcune spinte alla modificazione dell'azione della Pa prioritariamente sul riconoscimento del ruolo dei portatori d'interesse, sui cui convergono determinate scelte:

- Elevata attenzione al grado di calibratura dei servizi offerti ai cittadini;
- Pressione sui livelli di *accountability* e trasparenza necessari da parte delle pubbliche amministrazioni;
- Volontà di determinare forme di *disclosure* riguardo a processi decisionali e analisi delle priorità strategiche della Pa;
- Richiesta di coinvolgimento nella presa delle decisioni e nella loro implementazione;
- Capacità di sviluppo di azione di auditing interno alle pubbliche amministrazioni ed esterno ad esso con conseguente capacità di influenzare le decisioni di attori politici e organizzativi delle stesse.

Valorizzando la teoria della *Public Governance* riguardo al settore delle Pa che si occupano di politiche pubbliche e azioni gestionali sulla salute si può ricordare che essa trova corrispondenza nella sociologia organizzativa e nella teoria dei network poiché evoca uno «stato plurale» dove attori inter-dipendenti contribuiscono alla fornitura dei servizi pubblici e una pluralità di processi intervengono nella definizione delle politiche pubbliche.

Niente di più assimilabile al settore che eroga servizi pubblici finali nel settore socio sanitario.

Le differenti modalità definitorie comunque accettano taluni elementi comuni⁸ di *Public Governance*:

- Esiste uno scenario caratterizzato da una pluralità di attori (gli *stakeholders* o portatori d'interesse) da ciò consegue che i problemi della collettività non possono più essere risolti esclusivamente dalle istituzioni pubbliche che si occupano di salute, ma richiedono la cooperazione di altri attori (cittadini, imprese, enti non profit, associazioni, media, ecc.);
- La regolazione giuridica riveste un ruolo fondamentale nell'azione della Pa, tuttavia altre prassi, quali la mediazione, l'arbitrato e la *self-regulation*, possono essere più efficaci dell'azione di autorità della Pa;
- La produzione normativa pubblica tradizionale mantiene un suo ruolo specifico (leggi di diverso grado, regolamenti, ecc.) ma la regolazione legata alla *soft law* (codici etici, consuetudini, ecc.) assume precipuo rilievo;
- Non è focalizzata solamente su meccanismi di mercato, come invece propone l'approccio convenzionale del Npm, ma considera anche le gerarchie e i network⁹ come

⁸ Cfr. T. Bovaird e E. Löffler, *Public Management and Governance*, London, Routledge, 2003.

⁹ Fra gli altri, si vedano O.E. Williamson, *L'economia dell'organizzazione: il modello dei costi di transazione*, in R. Nacamulli e A. Rugiadini (a cura di), *Organizzazione & Mercato*, Bologna, il Mulino, 1985; A. Rugiadini, *La managerialità nelle imprese italiane: tendenze e prospettive*, Milano, Giuffrè, 1985; E. Rullani, *Reti e informazione: la rivoluzione commerciale prossima ventura*, in L. Pilotti e R. Pozzana (a cura di), *Contratti di franchising, organizzazione e controllo di rete*, Milano, Egea, 1990.

strutture idonee in determinate circostanze ai fini dell'ottimizzazione delle relazioni per tutti i portatori d'interesse;

- Non determina processi decisionali solo in termini di logica di mezzi e fini, *input* e *output*, ma riconosce che le caratteristiche chiave dei processi di interazione sociale (quali trasparenza, integrità ed inclusione) sono importanti;
- Ha natura eminentemente politica, si tratta di un «gioco di poteri e di interessi» cui la Pa non può abdicare lasciandolo alla esclusiva volontà di classi di manager o decisori professionali.

In sanità, questo significa che si sta sviluppando la tendenza¹⁰ a coinvolgere direttamente i cittadini non solo nella definizione di servizi pubblici che soddisfino le loro preferenze ma anche nella successiva fase di produzione-erogazione rendendoli primi attori nel processo di creazione di valore pubblico.

Questa, sintetica, citazione dei modelli paradigmatici d'azione delle amministrazioni pubbliche che fa affermare uno stadio evolutivo volto al riconoscimento della *Public Governance* non deve far dimenticare che lo stato dell'arte osservabile è, in realtà, molto più complesso e fluido ed è fatto di una intrinseca compresenza di più modelli contemporaneamente¹¹.

Le aziende sanitarie, peraltro anticipino tali fenomeni, e sono certamente state le prime fra le aziende pubbliche a riconoscere, ad intercettare, a provare a contestualizzare i paradigmi teorici che fanno riferimento alla *Public Governance*¹². Si possono osservare meccanismi di siffatta portata negli aspetti di:

- Modificazione istituzionale; il Sistema sanitario nazionale è determinato attraverso una pluralità di livelli di governo, che con integrazione orizzontale e verticale sviluppano le politiche, la gestione e le valutazioni legate alla produzione del servizio di salute finale.
- Rideterminazione dei processi decisionali; nella sanità la creazione di consenso, il ricorso all'effetto annuncio da parte dei *policy maker*, la contrattazione sulle scelte sono consolidati¹³;
- Organizzazione dei processi produttivi; le aziende sanitarie determinano le modalità attraverso le quali creare economie di scala, di scopo e di valore¹⁴.

Prima di entrare in una disanima puntuale dei processi d'acquisto si può sottolineare l'ambito di definizione dei processi di acquisto-vendita. Possono infatti essere configurabili come tali l'insieme delle attività connesse alle azioni che ogni azienda sanitaria pubblica pone in essere per creare una relazione di scambio economico avente per oggetto dello scambio stesso la costruzione di un'opera, la fornitura di un bene, l'erogazione di un servizio (o un mix dell'insieme delle attività) e la fissazione di un prezzo come controprestazione nello scambio. La regolazione della relazione fra l'azienda sanitaria pubblica, il soggetto acquirente¹⁵, e l'impresa assume

¹⁰ Tutti i paradigmi teorici in economia aziendale sono il frutto di processi induttivo – deduttivi, quindi la rilevazione dei comportamenti reali degli attori osservati e da un lato elemento che permette di teorizzare modelli e dall'altro di valutarne l'attuazione.

¹¹ Gli stessi risultati economici delle diverse Regioni e fra differenti sub aree all'interno della stessa Regione evidenziano assimilazione di modelli innovativi di gestione della Pa differenti.

¹² Un esempio fra tutti: ben prima della configurazione di Consip, le aziende sanitarie pubbliche sperimentavano, a livello regionale o provinciale, aggregazioni istituzionali per forme di centralizzazione degli acquisti per categorie merceologiche specifiche (è accaduto circa quindici, vent'anni fa' in Emilia Romagna e in Liguria).

¹³ Si pensi all'approvazione del Piano strategico dell'azienda sanitaria da parte dei sindaci del territorio sui cui la stessa insiste.

¹⁴ Gli acquisti aggregati fra reti verticali o orizzontali di istituzioni sono un esempio riportabile a tale categoria logica.

¹⁵ In effetti, il saggio analizza i processi di acquisto che hanno specifica rilevanza per le aziende sanitarie pubbliche, in quanto l'oggetto di scambio economico è necessario all'erogazione del servizio pubblico finale. Si rammenti, tuttavia, che gli attori istituzionali deputati alle scelte o alle azioni di acquisto-vendita, possono essere differenti: unioni d'acquisto fra più aziende sanitarie pubbliche, Regioni, agenzie regionali, società per azioni a prevalente capitale pubblico, concessionarie pubbliche, network misti di amministrazioni pubbliche quali comuni e aziende sanitarie locali, ecc.

caratteristiche specifiche, tipiche, dell'azione pubblica. In particolare, vi è una architettura giuridica peculiare che a seconda dei casi orienta (ricerca di spazi interpretativi della norma), vincola (determina aree di azione non diversamente orientabili), dettaglia (definisce una serie di alternative specifiche a seconda delle fattispecie) l'azione della azienda sanitaria stessa.

Non è certo questa la sede di una puntuale analisi sulle motivazioni giuridiche che stanno alla base di una così stringente regolazione del comportamento degli attori coinvolti nella relazione d'acquisto, tuttavia, si ritiene che l'interesse pubblico¹⁶ sotteso all'azione d'acquisto dell'azienda sanitaria¹⁷ sia necessariamente finalizzato al soddisfacimento di un bisogno che avviene mediante l'utilizzazione di risorse, appunto, pubbliche.

L'importanza crescente dell'approccio economico-aziendale derivante, come si è anticipato, dalle modificazioni culturali che nei primi anni novanta hanno incoraggiato il cambiamento nelle Pa e nella sanità, consente un'azione di *enforcement* efficace verso nuove modalità per le politiche, la gestione ed il controllo dell'azione di *procurement*.

L'attenzione al concetto di amministrazione come attività strumentale ai fini d'istituto permette di superare una concezione di azienda sanitaria pubblica attenta alla correttezza formale al di là dei risultati sostanziali ottenuti e della produzione di risultati economici. Si tratta di una puntualizzazione che assume valenza specifica per l'attività di acquisto delle aziende sanitarie poiché rende più rapido il processo di riorientamento dell'azione pubblica consentendo lo spostamento di orizzonte da attività avente principalmente rilevanza giuridica ad attività avente rilevanza economico-finanziaria.

Si determina, quindi, una nuova agenda sui punti fondamentali necessari al riconoscimento della funzione di procurement sanitario:

- 1) Le istituzioni coinvolte nell'erogazione del servizio pubblico finale di salute, oggi svolgono attività non solo d'acquisto, ma anche di vendita secondo specifici criteri di regolazione del comportamento¹⁸;
- 2) La crescente competitività non è, nelle aziende sanitarie pubbliche, legata ai soli processi di combinazione dei fattori produttivi, ma è influenzata dalla capacità di gestire relazioni tra le diverse istituzioni – la rete - in cui si articola il sistema economico che coinvolge le stesse;
- 3) Nelle aziende sanitarie pubbliche le decisioni hanno una visibilità sociale rilevante¹⁹ per l'insieme delle risorse a disposizione.

¹⁶ Quanto mai ampia la disanima sul concetto di interesse pubblico, rilevanti, ai nostri fini, le considerazioni in B. Bozeman, *Public Values and Public Interest Counterbalancing Economic Individualism*. Washington, D.C: Georgetown University Press, 2007; C. E. Cochran, *Political Science and The Public Interest*, in «The Journal of Politics», 1974, 36, n. 2, pp. 327-355; F. J. Sorauf, *The Public Interest Reconsidered*, in «The Journal of Politics», 1957, 19, no. 4, pp. 616-639; R. G. Tugwell, *The Economic Basis of Public Interest*, Charleston, Bibliobazaar, LLC, 2009.

¹⁷ A parere di chi scrive, è di rilievo la conferma sulla cogenza del concetto di interesse pubblico rispetto alle scelte di *public procurement* da parte di giurisprudenza autorevole. Il Consiglio di Stato (decisione 2244/2010) afferma che negli appalti pubblici la revoca di provvedimenti amministrativi è possibile anche per una nuova valutazione dell'interesse pubblico originario, in cui «l'amministrazione gode di ampia discrezionalità». Inoltre, nell'ipotesi di revoca legittima è «possibile che al privato derivino danni risarcibili, e non meramente indennizzabili; ciò accade solo se il pregiudizio subito da concorrente sia diretta conseguenza di illegittimità commesse dall'amministrazione». Tre sono i presupposti alternativi del potere di adozione di un provvedimento di revoca: a) sopravvenuti motivi di pubblico interesse; b) mutamento della situazione di fatto; c) nuova valutazione dell'interesse pubblico originario. Infine, si sottolinea che la revoca di provvedimenti amministrativi è possibile per una nuova valutazione dell'interesse pubblico originario. Si può, quindi, sottolineare quanto da tanto tempo affermato. L'azione di *procurement* della Pa, e dell'azienda sanitaria ancor di più - se possibile - per la classe di bisogni primari da soddisfare e la criticità delle categorie merceologiche oggetto di scambio, deve essere motivata dalle scelte che sottendono l'interesse pubblico.

¹⁸ Dalla valorizzazione di *asset* alla migliore gestione di risorse tangibili e non interne alla patrimonializzazione della *knowledge expertise* (si pensi allo smobilizzo del patrimonio immobiliare, alla vendita di spazi per le sponsorizzazioni all'interno degli ospedali, alla possibilità di far finanziare il sito internet aziendale, alla possibilità di creare valore attraverso la vendita di *know-how* di servizi tecnico-specialistici di eccellenza, o servizi di progettazione di idee).

¹⁹ Per esempio le scelte di valorizzare i mercati dell'offerta locale (*Small Business Act* va in quella direzione), l'attenzione alle cooperative sociali esistenti sul territorio, la determinazione di operazioni, importanti dal punto di vista

In conclusione, la modificazione del modello di Stato, e la conseguente evoluzione dei sottosistemi, quali le aziende sanitarie e le istituzioni deputate all'azione di governance pubblica in sanità, enfatizza l'azione di *contracting out* e la più generale distinzione fra i ruoli di *provider* (fornitore) e di *producer* (produttore) dell'istituzione pubblica. Si ridefiniscono le formule istituzionali, gestionali, organizzative e di rilevazione economica del *procurement* per orientare i modelli di *contracting* con le modificazioni delle istituzioni, dei bisogni pubblici, del ruolo degli attori coinvolti. La tabella di seguito delineata illustra lo stato dell'arte sugli studi sul *public management* e *procurement* e si mettono in relazione i paradigmi teorici via via evocati con la tensione verso la relazione *input – processi – output – outcome* con l'evoluzione del *contracting* nella Pa e con le aree di governo del procurement in sanità.

A parere di chi scrive, i modelli di *procurement* devono essere coerenti ai modelli paradigmatici delle amministrazioni pubbliche e il settore sanitario è certamente un precursore delle tendenze innovative sperimentabili e attuabili.

Tabella n. 1. Analisi dei punti di evoluzione degli studi sul *public procurement*

Autori	Paradigma	Focalizzazione dell'azienda pubblica	Evoluzione del contracting nelle AAPP	Aree di governo
Savas (1987)	La produzione di servizi pubblici deve essere esternalizzata	Input	Contracting out versus Make or buy	Singoli beni Servizi standardizzati – standardizzabili (mensa, pulizie, vigilanza)
Behan (1993) Milward (1996) Domberger (1998)	La PA orientata al mercato dell'offerta; Il disegno delle formule di esternalizzazione	Input	Tecniche gestionali di negoziazione Outsourcing	Mix di beni e servizi senza l'esternalizzazione delle competenze (Bando per la fornitura pluriennali di farmaci per le divisioni ospedaliere, la gestione del magazzino, la gestione delle scorte, etc.)
Lane (2000) Fortin Van hassel (2000)	New public management La PA diventa consapevole del potere legato all'azione di acquisto	Input – Output	Consolidamento di autonome e specifiche tecniche gestionali per gli acquisti PA smart buyer	Global service General contractor (Gestione del laboratorio di analisi, Gestione multi servizi delle utilities dell'azienda sanitaria)
Bovaird e Loffler (2003)	PublicPrivatePartnership Si valorizza la coproduzione, la partnership con il mercato dell'offerta	Processo Produttivo	Accettazione delle relazioni impresa – PA Apertura verso la collaborazione con il privato Coproduzione del servizio pubblico finale	Finanziamento esterno e gestione compartecipata di aree di servizio (Project finance per realizzazione di ala dell'ospedale, dei parcheggi, del servizio alberghiero)
Greve (2008)	Contractual age	Output	Strategie d'acquisto	Controllo su produzione e erogazione esterna (sperimentazione di prodotti-servizi fin dalla fase dell'analisi del bisogno)

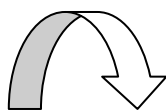


Tabella n. 2. Analisi dei punti di evoluzione degli studi sugli acquisti ipotizzabili oggi in sanità

	Paradigma	Focalizzazione dell'azienda pubblica	Evoluzione del contracting nelle AAPP	Aree di governo
Scenari Proponibili	Public contracting Public governance e responsabilità sociale	Outcome	Istituzionalizzazione delle relazioni d'acquisto Valorizzazione dei portatori di interesse Valutazione e valorizzazione risultati finali del contracting	Valorizzazione di acquisti sostenibili (green procurement in sanità, utilizzazione delle certificazioni, etc.)

La modellizzazione paradigmatica proposta evidenzia una evoluzione profonda del ruolo dei due attori principali della relazione d'acquisto e, quindi, dell'interazione fra essi nelle azioni

d'acquisto. La tabella 2 è elaborata sviluppando un punto di equilibrio fra i paradigmi attuali e l'analisi di quanto si prefigura in sanità.

Le aziende sanitarie passano dalla definizione di scelte d'acquisto in virtù dell'analisi degli *input*, alle scelte selezionate sulla base di rigorose analisi strategiche, all'analisi del bisogno e dell'impatto che esse avranno nella società e nei portatori d'interesse nel futuro. La sostenibilità delle scelte dovrebbe diventare, anche nel *procurement*, la leva strategica fondamentale.

Le imprese, non sono più attori passivi delle decisioni, strettamente regolamentate giuridicamente da parte dell'azienda sanitaria acquirente. Diventano istituzioni capaci di contestualizzare l'offerta e di porre attenzione ai valori della responsabilità sociale delle azioni compiute nel ciclo produttivo e nella relazione con la rete che produce il servizio pubblico finale di salute e con i portatori d'interesse.

3. Il comportamento delle aziende sanitarie

3.1 La regolazione giuridica e gli effetti sul comportamento economico delle aziende sanitarie

Superata²⁰ in virtù della cosiddetta Direttiva europea unificata degli appalti la *summa divisio*, offerta dal diritto interno e da quello comunitario che differenziava l'azione di *procurement* delle aziende sanitarie pubbliche, in virtù dell'emanazione del Codice unico degli appalti, almeno apparentemente, sembrerebbe sciolto uno dei nodi burocratici più rilevanti all'azione economica dell'azienda sanitaria che acquista.

Si registra, tuttavia, che il legislatore italiano ha recepito con il Codice, in grave ritardo e ha licenziato il Regolamento attuativo²¹ ma anche azioni di regolazione amministrativa contestualizzata nelle singole aziende sanitarie, con un ulteriore ritardo²². Si tratta, si è trattato, di un ritardo con una valenza politica rilevante, ma anche con una altrettanto rilevante valenza economica. Scarsa omogeneizzazione con i Paesi europei significa difficoltà all'interazione, alla determinazione di meccanismi di offerta da parte dei fornitori del nostro Paese, sviluppo di prassi comportamentali da parte degli attori economici difficili poi da eliminare, eccessiva proliferazione di norme e atti a livello locale, in alcuni casi, contrastante con quanto stabilito a livello sovranazionale che crea asimmetrie informative. Tutto ciò in sanità diventa un ritardo non giustificabile dal punto di vista economico e gestionale ancor prima che politico e sociale.

La ricaduta economica comporta costi rilevanti nei processi decisionali di chi ha responsabilità sull'azione d'acquisto²³ nelle aziende sanitarie. Inoltre, tali ritardi comportano incertezza dell'azione del mercato dell'offerta che deve continuamente riorientare il comportamento per aderire ai bisogni delle aziende sanitarie pubbliche.

Un elemento non marginale, osservato di frequente²⁴, è dato dalla tentazione di veicolare l'azione verso la regolamentazione del sottosoglia. E' un modo per oltrepassare i vincoli legati al rispetto dei principi comunitari del *procurement* pubblico: divieto di qualsiasi discriminazione fondata sulla nazionalità; parità di trattamento; libera circolazione delle merci; libertà di stabilimento; libera prestazione di servizi; rispetto del principio di trasparenza.

²⁰ La parte seguente è il frutto di una disanima dei comportamenti degli attori legati all'azione di *contracting*. La disanima viene, tuttavia, introdotta da una analisi dell'evoluzione della cornice giuridica di riferimento e portata avanti attraverso una selezione di dati elaborati disponibili da vari organismi che a vario titolo osservano il fenomeno.

²¹ Licenziato in questi giorni.

²² Si tratta mediamente di un arco temporale che va dai tre ai cinque anni di tempo per la conversione.

²³ Che dipende dalla determinazione dell'oggetto di scambio dell'importo fissato per l'acquisto, del disegno organizzativo e della delega nel processo decisionale all'interno dell'azienda sanitaria.

²⁴ Cfr. www.avcp.it.

Si rammenti che la legislazione sanitaria in tema oggi raccomanda due criteri fondamentali per l'azione di *procurement*:

- un notevole spazio allo snellimento e alla semplificazione dell'azione amministrativa per il contracting (si possono limitare sino a quattro - cinque i documenti formali utilizzati nelle aziende sanitarie per l'azione di *contracting*);
- il bisogno di ispirarsi ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità e del rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Le aziende sanitarie «agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale»²⁵.

Nonostante tali raccomandazioni siano ormai datate nel tempo, sono ancora variabili critiche poiché:

- rinviano, in quanto ad applicabilità, al disegno dell'atto aziendale e al regolamento degli acquisti collegato;
- vi è una forte personalizzazione delle norme a livello di singola azienda sanitaria con deroghe, anche sostanziali, si pensi ai tetti delle spese in economia, rispetto alle raccomandazioni della normativa di grado superiore.

²⁵ Come determinato chiaramente nello snodo legislativo cardine del d.lgs. n. 229/99, art.3.

3.2. Il ritardo dei pagamenti da parte delle aziende sanitarie

Uno degli elementi di maggiore disfunzionalità delle aziende sanitarie (oltre che uno di quelli storicamente più osservato anche per l'azione di «esposizione» costruita dalla *business community*) è dato dal ritardo dei pagamenti. Di seguito vengono riportate alcune elaborazioni che rappresentano, seppure marginalmente, il fenomeno. Tali informazioni sono relative ad un settore strategico degli acquisti in sanità, strumenti e tecnologie biomediche e diagnostiche, e dimostrano una «continuità nel tempo» di comportamenti non virtuosi decisamente preoccupante. Si segnala, peraltro, che il ritardo dei pagamenti ad opera delle aziende sanitarie sia una forma della potenziale differenziazione di relazione impresa –Pa: le aziende sanitarie virtuose, che pagano in tempi vicini a quanto raccomandato dalle normative europee, possono definire relazioni collaborative con il mercato dell'offerta (fra gli altri, prodotti di ultima generazione, valori unitari più coerenti al *price mix*, portfolio servizi accessori più ampio, *just in time*).

La figura n.1 mette in relazione i dati mensili medi dei ritardi accumulati negli ultimi due anni e evidenzia un trend sequenziale pesante che porta a quasi trecento giorni il tempo medio di pagamento delle fatture da parte delle aziende. La *comparison* fra 2009 e 2010 dimostra che vi è un trend di allineamento nel 2010 dopo un inizio anno più virtuoso rispetto al 2009.

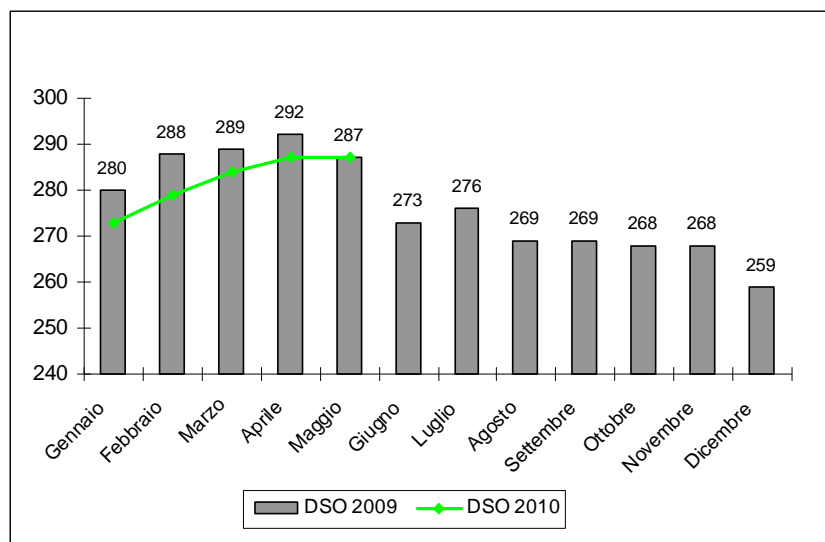


Figura n. 1 : Fonte Assobiomedica. Rappresentazione DSO nelle aziende sanitarie italiane da gennaio 2009 a maggio 2010

Ancor più interessante la *comparison* (figura n. 2) che analizza un arco temporale di circa venti anni: fra i tempi minimi medi e i tempi massimi medi vi è un delta decisamente basso considerato sia l'ampio arco temporale osservato che le variazioni interne di comportamento fra gli attori.

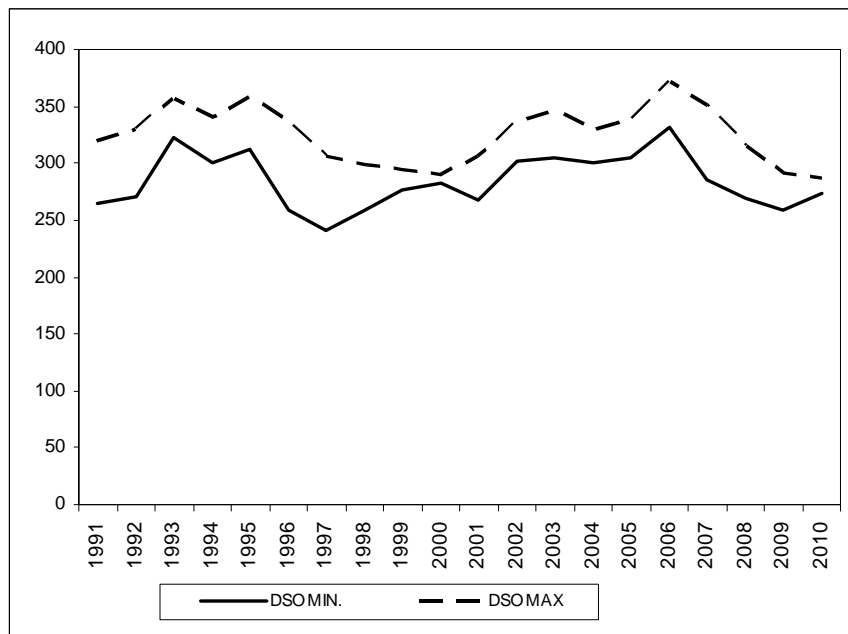


Figura n. 2: Fonte Assobiomedica. Rappresentazione dell'andamento Dso dal 1990 al 2010 nelle aziende sanitarie italiane

La tabella n. 3 evidenzia i comportamenti degli attori a livello regionale, poiché osserva, in dato aggregato, quando accade fra le aziende sanitarie accorpate per regioni e segnala quali regioni hanno un comportamento almeno in parte virtuoso (sopra la media nazionale) e quali no. Si passa dal Friuli Venezia Giulia con un dato di circa 87 giorni alla Calabria con un dato medio di 798 giorni con una media nazionale ben al di sopra di quanto stabilito nelle raccomandazioni sovranazionali e nazionali di circa 280 giorni. Una informazione recentissima, preoccupante ai fini di una volontà di *policy maker* e manager pubblici di «cambiare rotta» è data dall'inserimento di un blocco delle azioni esecutive nei confronti delle Regioni con bilanci in rosso.

Tabella n. 3: Fonte Elaborazione propria da dati Assobiomedica. Dso relativi ai primi mesi del 2010 nelle aziende sanitarie italiane

REGIONE	DATI 2010				Dati medi
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	
FRIULI	82	81	89	93	86.25
TRENTINO A.A.	91	91	97	101	95
LOMBARDIA	112	113	119	123	116.75
VALLE D'AOSTA	121	124	130	132	126.75
MARCHE	127	127	133	133	130
BASILICATA	161	138	139	139	144.25
UMBRIA	144	146	161	165	154
LIGURIA	174	170	166	166	169
ABRUZZO	182	199	202	204	196.75
TOSCANA	215	225	236	236	228
PIEMONTE	243	238	241	239	240.25
SICILIA	229	246	246	251	243
VENETO	237	251	256	260	251
EMILIA ROMAGNA	270	271	275	273	272.25
NAZIONALE	273	279	284	287	280.75
SARDEGNA	298	302	315	317	308
PUGLIA	356	354	351	341	350.5
LAZIO	377	394	403	419	398.25
CAMPANIA	648	664	662	674	662
MOLISE	715	743	775	794	756.75
CALABRIA	809	792	778	777	789
NAZIONALE	273	279	284	287	280.75

3.3. L'attività di Consip per le aziende sanitarie

Il tema della centralizzazione degli acquisti è da almeno dieci anni uno degli ambiti privilegiati del dibattito politico, amministrativo e scientifico in Italia. Consip è stata certamente l'istituzione pubblica che ha modificato radicalmente il modo di approcciare le problematiche legate agli appalti in Italia. Per quanto concerne gli acquisti per le aziende del sistema sanitario, Consip è stata dapprima «contrastata» sia dalle stesse istituzioni pubbliche sanitarie che dalle imprese fornitrici.

Le istituzioni pubbliche sanitarie acquirenti (le stazioni appaltanti sono un ampio spettro di istituzioni dal livello centrale a quello locale, da aziende produttrici di servizi di salute ad aziende erogatrici ad agenzie coprodottrici, ad agenzie tecniche che supportano tecnicamente od operativamente l'azione d'acquisto ai diversi livelli di governo) coglievano Consip come un «avversario» interno che poteva togliere legittimazione e aree di attività alle istituzioni sanitarie deputate all'acquisto paventando, o manifestando, in alcuni casi, forme di *internal competition*.

Le imprese fornitrici del sistema sanitario, singolarmente laddove la forza economica o di mercato (piccolo fornitore con posizione monopolista di fatto per il brevetto di un principio attivo riconosciuto dalla comunità scientifica medica) lo permettevano, o in associazione, attraverso l'azione dei lobbisti del settore, creavano forme di resistenza generale alla centralizzazione – dibattito alternativo alla formula istituzionale della centralizzazione – o specifica – riorganizzazione dell'offerta con modalità alternative.

Oggi si registra una modificazione delle visioni del ruolo di Consip tanto da parte degli *stakeholder* interni al sistema generale - la rete di Pa fornitrici del servizio pubblico finale di salute - che esterni - le imprese fornitrici e le associazioni in rappresentanza degli interessi dell'offerta²⁶. Si riconosce a Consip un ruolo fondamentale per:

- stimolare il valore qualitativo ed economico dell'offerta, in virtù dell'azione di *contracting*;
- creare meccanismi di grande trasparenza nei processi decisionali in tutto il ciclo del processo d'acquisto, il portale di Consip attua una informazione e una comunicazione continua ;
- stimolare la crescita di competenze manageriali sul *procurement*, tecniche gestionali ed organizzative diventano fondamentali nella presa delle decisioni;
- rendere sempre più consapevole la determinazione dei sistemi di programmazione della domanda d'acquisto direttamente attraverso la programmazione di Consip stessa e indirettamente verso gli *stakeholder* interni (da parte delle singole stazioni appaltanti) che sono indirizzati, se vogliono agire autonomamente, ad una programmazione e azione di acquisto «motivata».

La competizione in campo sanitario è stata palese, ne sono manifesta espressione la pluralità di formule istituzionali che negli ultimi dieci anni hanno visto la luce con sorte altalenante (centrali d'acquisto sanitario fra più Regioni, regionali e sub regionali, consorzi, Spa pubbliche, accordi in rete, ecc.)²⁷. In termini assolutamente generali, si può affermare che le formule istituzionali che raggiungono gli obiettivi prefissati sono quelle che legano il loro ciclo di vita a quello della compagine di decisori politici che perdurano nel tempo prefissato (almeno il quinquennio).

Le tabelle di seguito riportate sono state elaborate con l'ottica di palesare non, alcuni, *output* quantitativi ma piuttosto quelli qualitativi dell'azione di *contracting*.

²⁶ Non gradazioni diverse. Molteplici associazioni di categoria affrontano, ancora oggi, l'azione di Consip magari indirettamente avversando, più in generale, le formule d'acquisto troppo standardizzate e ampie.

²⁷ Sui punti di forza e di debolezza delle scelte di accentramento e decentramento delle formule istituzionali relative agli acquisti cfr. E. Pintus, *Scelte Pubbliche e Strumenti di Management per gli Acquisti- Innovazione nelle Relazioni Impresa – PA – Società*, cit.

La tabella n. 4 mostra la pluralità (tipologie e numerosità) delle iscrizioni al mercato elettronico gestito da Consip. La tabella n. 5 consente di analizzare le classi merceologiche gestite da Consip attualmente e la tabella n. 6 mostra l'attuale catalogo dei prodotti offerto da Acquisti in rete Pa relativo a beni e servizi. Si può evincere l'aumentare della differenziazione del *portfolio* della domanda d'acquisto in sanità. Essa sottende una aumentata capacità di contestualizzazione della domanda frutto di migliori analisi del fabbisogno, programmazione, determinazione puntuale dell'oggetto di scambio.

Tabella n. 4: Fonte Elaborazione propria da dati Consip. Sintesi delle iscrizioni presso il mercato elettronico gestito da Consip delle amministrazioni, enti e aziende del Servizio sanitario nazionale

AMMINISTRAZIONI ENTI ED AZIENDE DEL S.S.N.	Numero iscrizioni al mercato elettronico
AO - AZIENDE OSPEDALIERE	100
ASL - AZIENDE SANITARIE LOCALI	135
ASP - AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI	15
AZIENDE, ISTITUTI, SOCIETA', CONSORZI ED ENTI DI SERVIZI SANITARI PUBBLICI	30
CROCE ROSSA ITALIANA	4
IRCCS - ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO	23
ISTITUTI ZOOPROFILATTICI	10
ORDINI PROFESSIONALI	37
POLICLINICI	8
TOTALE	362

Tabella n. 5: Fonte Elaborazione propria da dati Consip. Sintesi delle convenzioni attive o in attivazione presso il mercato elettronico gestito da relative a beni e servizi per la sanità

ELENCO DELLE CONVENZIONI ATTIVE/ IN ATTIVAZIONE RELATIVE A BENI E SERVIZI PER LA SANITA'	
Nome della convenzione	Stato della convenzione
AMBULANZE 3	gara aggiudicata
APPARECCHIATURE PER RADIOLOGIA	attiva
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	attiva
SERVICE DIALISI 2	attiva
SERVIZI INTEGRATI PER LA GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI 2	attiva
SERVIZI INTEGRATI PER LA GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI 3	bando pubblico

Tabella n. 6: Fonte Elaborazione propria da dati Consip. Catalogo dei prodotti offerto da Acquisti in rete Pa relativo a beni e servizi per la sanità

BENI E SERVIZI PER LA SANITA': CATALOGO DEI PRODOTTI

Apparecchiature Elettromedicali	Carta per apparecchiature elettromedicali Defibrillatori esterni Opzioni e accessori per apparecchiature elettromedicali Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali Strumentazione per monitoraggio parametri vitali
Arredi sanitari	Arredi per ambulatori e mediche Arredi per degenza Barelle Carrelli per uso medico Letti di ospedale Poltrone per uso medico
Materiali e attrezzature tecnico-sanitarie	Dialisi Dispositivi medico chirurgici vari Dispositivi per aerosolterapia Dispositivi per ossigenoterapia Guanti ad uso sanitario (esclusi i dispositivi di protezione DPI - D.lgs.475/92) Maschere per ventilazione artificiale Prodotti ed accessori per cateterismo venoso e arterioso Strumentario chirurgico Strumentario Diagnostico di Base
Prodotti Chimici e Farmaceutici	Antisettici e Disinfettanti
Strumenti e materiale per laboratorio	Apparecchiature da laboratorio e loro forniture accessorie Strumenti di misurazione, rilevazione e controllo
Vetreria e monouso	Piatti/bacinelle Refrigeranti di vetro senza connettore per il vuoto Termometri di vetro con cono a smerigliatura normalizzata Teste di distillazione a T con cono femmina a smerigliatura normalizzata per termometro Tettarelle da laboratorio Becher Beute/Matracchi Bottiglie Burette Capillari Capsule Cilindri Colonne Coni per vetreria Imbuti Lastre per Tlc Pipette di vetro/plastica Provette Raccordi/adattatori Supporti Tappi per vetreria e monouso Tubi Vetrini

Si può concludere questa sezione con una riflessione generale orientata al futuro, la conoscenza e l'esperienza che Consip rappresenta, come quella di tutte le amministrazioni pubbliche che innovano, deve essere capitalizzata. Il valore di una istituzione pubblica non può essere misurato solo dalla capacità di governo della spesa (i.e. diminuzione della spesa sanitaria in acquisti di beni e servizi, diminuzione in percentuale del costo unitario per singolo bene) ma dovrebbe essere misurato dal raggiungimento degli obiettivi finali determinati dalla relazione fra missione e visione dell'istituzione. Consip assolve alla sua funzione, per esempio, se diventa *benchmark* per l'azione d'acquisto delle aziende sanitarie aderendo alla logica della *Public governance*, quando non è attore diretto della relazione impresa – Pa.

3.4. La corruzione

Fra i fenomeni degenerativi legati al *public procurement* il più rilevante in termini visibilità sociale è quello della corruzione²⁸. Si tratta di un fenomeno²⁹, indubbiamente amplificato nella sanità, dovuto: agli interessi finanziari in gioco, al volume delle transazioni a livello globale, alla necessaria stringente interazione che si attua fra azienda sanitaria e imprese nell'azione di *contracting*. Un altro fattore di potenziale crescita del fenomeno si ha quando nel *procurement* sanitario si creano specifiche aggregazioni di domanda d'acquisto (fenomeno correlato all'innovazione istituzionale ed economica derivante dalle centralizzazioni).

Le raccomandazioni auspicate da organismi sovranazionali e nazionali³⁰ che osservano, analizzano e valutano la corruzione, sono una leva utilizzabile per orientare virtuosamente il comportamento di *player* dell'azione d'acquisto:

- una cornice legislativa che aderisca ai principi sovranazionali sul *public procurement*;
- un sistema di regolazioni interne non contrastanti i principi generali stabiliti dalla cornice legislativa;
- un sistema sanzionatorio certo;
- la trasparenza delle decisioni;
- la determinazione di sistemi di *auditing*.

Di seguito sono riportate alcune informazioni relative al fenomeno evidenziandone il valore per la sanità.

In particolare, la tabella n. 7 indica l'ampiezza del fenomeno delle segnalazioni di casi di corruzione al corpo della Guardia di Finanza e isola le segnalazioni relative al settore della sanità evidenziandone la significatività.

La figura n. 3, indica quanto sia significativa la voce delle segnalazioni in sanità in comparazione con le altre, se poi si sommano le voci di sanità, appalti di lavori e di beni e servizi, si perviene al 65% del totale.

²⁸ Cfr. *A survey of international business executives conducted by the World Economic Forum in 2006 identified public procurement as the government activity most vulnerable to corruption in OECD member countries and beyond*, Oecd, Paris, 2009, in www.oecd.org.

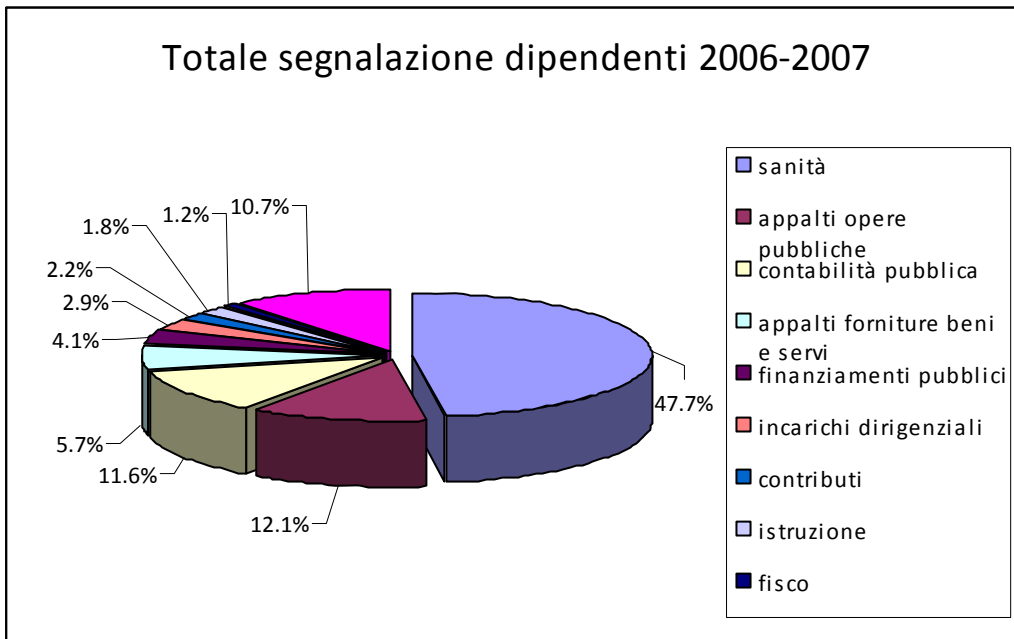
²⁹ L'Oecd afferma «..Public Procurement is increasingly recognised as a central instrument to ensure efficient and corruption free management of public resources..», Cfr. *Integrity in Public Procurement, Good practice from A to Z*, Oecd Publication, Paris, 2007.

³⁰ Un, Oecd, Uncitral, Fmi, Wb, Coe-Greco, Transparency International, Ministero Pubblica Amministrazione e Innovazione – Saet - Anti Corruption and Transparency service.

Tabella n.7: Fonte Elaborazione propria da dati Saet - Anti Corruption and Transparency service

	Totale segnalazioni da parte dei dipendenti	Segnalazioni relative alla sanità	Incidenza regionale sul totale delle segnalazioni	Incidenza ambito sanitario sul totale delle segnalazioni
Calabria	1,759	1,491	26.1%	22.1%
Sicilia	939	276	13.9%	4.1%
Lombardia	745	622	11.0%	9.2%
Puglia	609	152	9.0%	2.3%
Lazio	496	138	7.3%	2.0%
Campania	475	199	7.0%	2.9%
Abruzzo	276	87	4.1%	1.3%
Toscana	248	64	3.7%	0.9%
Basilicata	200	1	3.0%	0.0%
Veneto	181	7	2.7%	0.1%
Trentino Alto Adige	146	2	2.2%	0.0%
Friuli Venezia Giulia	110	42	1.6%	0.6%
Sardegna	105	2	1.6%	0.0%
Marche	104	9	1.5%	0.1%
Liguria	96	25	1.4%	0.4%
Emilia Romagna	94	73	1.4%	1.1%
Umbria	94	13	1.4%	0.2%
Piemonte	56	12	0.8%	0.2%
Molise	12	2	0.2%	0.0%
Valle d'Aosta	7	72	0.1%	1.1%
Totali	6,752	3,219		47.7%

Figura n. 3: Fonte Saet - Anti Corruption and Transparency service



3.5. La partnership pubblico – privata (Ppp)

Un altro ambito di analisi, rilevante, per comprendere l'andamento degli acquisti in sanità è dato dall'analisi delle *partnership* pubblico-private (Ppp)³¹. Negli ultimi anni, quell'area di attività inizialmente individuabile nella finanza di progetto, ha rappresentato la modalità con cui sono state realizzate molte opere di interesse pubblico. Per molto tempo si è ritenuto che il suo successo³² in Italia fosse dovuto all'esistente scenario di riferimento. Vincoli alla spesa pubblica e riduzioni di trasferimenti alle amministrazioni pubbliche portavano ad auspicare il coinvolgimento di soggetti privati nella realizzazione di opere infrastrutturali. In realtà, a parere di chi scrive, la Ppp è una forma di relazione impresa - Pa di tipo collaborativo. Si tratta di una forma che anticipa l'approccio di tipo *Business cooperate with Government* contrapposta all'approccio di tipo *Government adversial to business*³³.

Nel primo caso, si ritiene che le relazioni fra l'impresa (le imprese) e l'azienda sanitaria siano, in virtù degli interessi strutturalmente contrapposti, contrastanti. Nel secondo caso, si ritiene che nei Paesi a economia avanzata, in cui le relazioni sono ormai consolidate, il dinamismo della relazione stia muovendo verso meccanismi di tipo collaborativo fra le due tipologie di istituzioni. Si reputa che nel futuro, in generale non solo per le Ppp ma per tutte le attività di *contracting*, le relazioni dovranno essere di tipo collaborativo. A supporto di siffatto convincimento, si riportano alcune riflessioni:

- è un dato, soprattutto in sanità e lo dimostrano anche i dati di seguito evidenziati, che vi è una tendenziale modificazione verso l'identificazione di interessi convergenti mentre prima l'impresa aveva come interesse prioritario il profitto e lo Stato (l'azienda sanitaria) il benessere collettivo;
- lo scenario ambientale attuale palesa condizioni ambientali che inducono a creare una cooperazione fra gli attori; risorse sempre più scarse, aziende sanitarie che interiorizzano la cultura manageriale già tessuto connettivo dell'impresa, portatori d'interesse favorevoli a forme di collaborazione specifiche per la migliore erogazione del servizio pubblico finale di salute, valutazioni economiche che consentono di registrare migliori risultati quando l'*output* o l'*outcome* della relazione discendono da forme collaborative.

A conferma di quanto si sostiene, possono essere osservate le tabelle n. 8 e n. 9, elaborate da FinLombarda³⁴, che evidenziano le aree geografiche maggiormente coinvolte nell'attuazione di queste operazioni. Emerge che sia in termini di numerosità che in termini di valore percentuale il nord Italia è nettamente più coinvolto la Lombardia è di gran lunga la prima Regione: si tratta di aree geografiche ma anche economiche e socio politiche con una innovatività nel sistema di relazioni impresa - Pa.

Tabella n. 8: Fonte FinLombarda. Regioni dove sono posizionate iniziative di *project finance* in sanità

³¹ Un ambito definitorio chiarificatore permette di illustrare le azioni. I partenariati pubblico-privati (Ppp) sono una forma di cooperazione fra Pa e impresa, generalmente a lungo termine. Essa consiste nel ruolo affidato al partner privato, che partecipa alle varie fasi del progetto (ideazione, esecuzione e gestione), sopporta rischi tradizionalmente sostenuti dal settore pubblico e spesso contribuisce al finanziamento del progetto stesso. I partenariati pubblico-privati istituzionalizzati (Pppi) sono forme di cooperazione tra partner pubblici e privati che costituiscono un'entità a capitale misto per l'esecuzione di appalti pubblici o di concessioni. L'apporto privato alle attività del Pppi consiste, a parte il conferimento di capitali o altri beni, nella partecipazione attiva all'esecuzione dei compiti assegnati all'entità a capitale misto e/o nella gestione di tale entità.

³² Molto spesso solo astratto, di impianto teorico, asseverabile alla parte di progettazione iniziale.

³³ Cfr. E. Pintus, *Scelte Pubbliche e Strumenti di Management per gli Acquisti- Innovazione nelle Relazioni Impresa – PA – Società*, cit.

³⁴ Osservatorio FinLombarda sul *project finance* in sanità, anno 2009, ottava edizione.

Rank	Regione	Valore (milioni di €)		Numero di progetti	
		Importo	% totale	n°	% totale
1	Lombardia	1.228	36,9%	17	36,2%
2	Veneto	846	25,4%	7	14,9%
3	Toscana	546	16,4%	6	12,8%
4	Campania	244	7,3%	3	6,4%
5	Piemonte	241	7,2%	8	17,0%
6	Emilia Romagna	221	6,6%	6	12,8%
	Totale 6 regioni	3.326	74,0%	47	63,9%
	Totale	4.381		71	

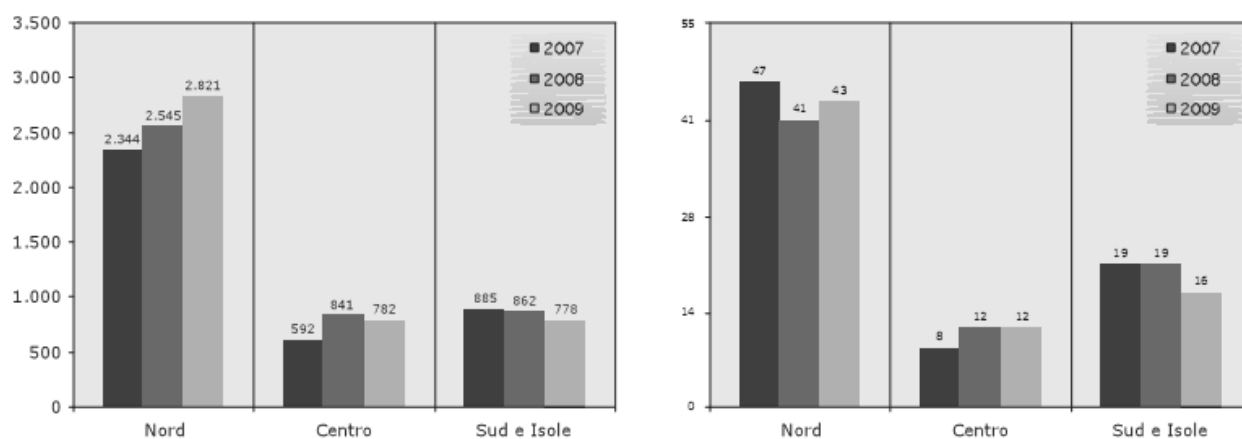
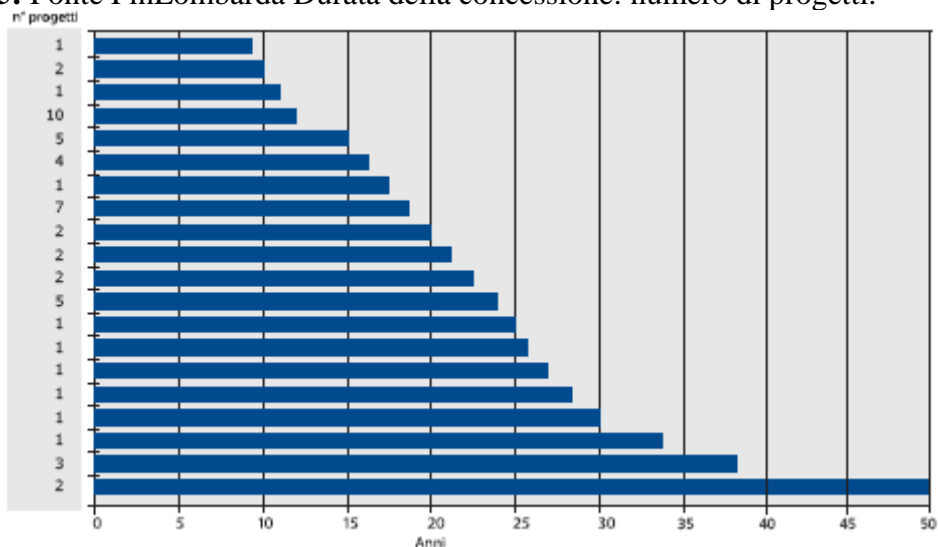


Figura n. 4: Fonte FinLombarda. Evoluzione stock progetti (2007 – 2009) - Ripartizione per aree geografiche in termini di valore dell'investimento (dati in milioni di euro) e numero di progetti

Anche la figura n. 5 supporta il convincimento dell'evoluzione delle relazioni cooperative. Le aziende sanitarie pianificano (verificano anche le caratteristiche tecniche, le compatibilità economico finanziarie, ecc.) gli accordi ipotizzando un tempo medio della relazione non inferiore ai 20 anni circa.

L'arco temporale definito palesa un'opzione strategica di tipo collaborativo che non sarebbe ipotizzabile né in tempi troppo ristretti né in tempi troppo lunghi dove gli interessi degli attori possono non convergere.

Figura n. 5: Fonte FinLombarda Durata della concessione: numero di progetti.



4. Uno scenario

L'analisi del fenomeno del *public procurement* in sanità, sin qui condotta, può portare a proporre alcune considerazioni valorizzando una relazione fra i paradigmi teorici che si ritengono rigorosi e un'osservazione dei fenomeni reali.

Si registra una potenziale piena funzionalità delle architetture giuridiche (magari, in parte, già datate e ancora dense dei limiti «tipici» di quanto disegnato nel nostro paese).

Si sono ormai sperimentate formule istituzionali (tipologie e arco temporale) che consentono di valutare quale sia per l'azienda sanitaria la modalità che permette di creare un punto d'incontro tra la domanda pubblica e l'offerta privata.

Esse forniscono strumenti di supporto alle decisioni del *management* pubblico preposto agli acquisti, strutturano analisi dell'efficacia in termini di risultati ed efficienza in termini di costi in seguito all'implementazione di una data politica o strategia d'acquisto, permettono di sistematizzare riflessioni di tipo economico e finanziario sulle scelte effettuate, agevolano la previsione della domanda e la fornitura di servizi e beni, assistono le altre istituzioni pubbliche (che usufruiscono dei benefici dell'azione d'acquisto centralizzata) nell'allocazione delle risorse economiche e negli investimenti strategici. Ma gli assetti istituzionali per acquistare al meglio sono un prerequisito essenziale cui devono seguire modalità gestionali di governo dell'intero ciclo degli acquisti al fine di limitare elementi di disfunzionalità ancora molto presenti (i.e ritardo nei tempi di pagamento).

Ancora, decisivo elemento dell'innovazione del *public procurement* è dato dalla consapevolezza della assoluta necessità di una inversione di marcia nello stile imposto alle relazioni fra domanda e offerta: le relazioni fra imprese fornitrici del Ssn e aziende sanitarie devono essere di tipo collaborativo.

In ultimo, si ritiene che davvero potremmo scorgere cambiamenti nei comportamenti reali, e non le solite dichiarazioni d'intenti di chi è coinvolto, se si darà luogo ad una azione di *enforcement* e successiva compliance secondo la logica della sostenibilità delle scelte pubbliche al *procurement*, alla responsabilità sociale³⁵.

La responsabilità sociale (Rs) nell'azienda sanitaria deve essere intesa come la capacità di «ascoltare» concretamente la collettività per rendere più coerente il servizio pubblico finale di salute. Rs è anche capacità di creare sinergie partecipative con le imprese fornitrici del Ssn, con i cittadini, con le altre istituzioni pubbliche in rete, in generale con tutta la società che è riferimento

³⁵ Cfr., E. Pintus, *Scelte Pubbliche e Strumenti di Management per gli Acquisti- Innovazione nelle Relazioni Impresa – PA – Società*, cit.

fondamentale delle scelte pubbliche. Rs è la capacità di promuovere i valori fondanti la società sia all'interno che all'esterno della singola azienda sanitaria o della rete, di pensare a uno sviluppo sociale ed economico sostenibile per le generazioni future. E' doveroso governare la risorsa temporale per il disegno delle scelte pubbliche per creare la legittimazione all'agire e il consenso collettivo in modo consapevole, in virtù di una valutazione degli effetti delle scelte nel breve, medio, lungo termine³⁶.

I nostri tempi e i fenomeni di degenerazione, la corruzione per esempio, del *public procurement*, richiedono, soprattutto nella sanità, capacità dei decisori politici e del *management* pubblico di riorientare in senso cooperativo le relazioni verso visioni, principi e valori, da condividere nel contesto della società.

³⁶ «[...]Many firms go beyond what is require by their market and non market environments and attempt to serve directly the needs of their stakeholders or, more broadly, of society. For these firms, successful performance require not only compliance with the law and public policies but also requires fulfilling broader responsibilities[...].» In D.B. Baron,, *Business and its environment*, New York, Prentice Hall, , 2006.