

# La centralizzazione della committenza nel procurement italiano: evoluzione e analisi del ruolo svolto nella crisi pandemica

Giuseppe Francesco Gori<sup>1</sup>

## 1. QUANTO È AUMENTATO IL FENOMENO DELLA CENTRALIZZAZIONE?

Come noto, il mercato del procurement ha assunto, negli ultimi anni, anche un ruolo centrale nel processo di revisione e efficientamento della spesa pubblica. In particolare, oltre al contenimento del costo del personale (operato in via principale attraverso lo strumento generalizzato del blocco del turnover), l'efficientamento della spesa per acquisto di beni e forniture ha rappresentato l'altro grande capitolo del programma di spending review.

L'efficientamento è stato in origine (e contemporaneamente all'emanazione delle Direttive Europee del 2014) basato su due programmi: il rafforzamento del ruolo storico di Consip come centrale di acquisto nazionale della pubblica amministrazione, e la costituzione del Tavolo degli aggregatori come un nuovo sistema per l'aggregazione degli acquisti, soprattutto delle amministrazioni locali.

Per la sua natura il tema della razionalizzazione del sistema dei centri di spesa (o acquisto) è quello che ha la maggior portata potenziale sul mercato del procurement dal punto di vista del recupero di efficienza e che è tuttora ricorrente nel dibattito pubblico.

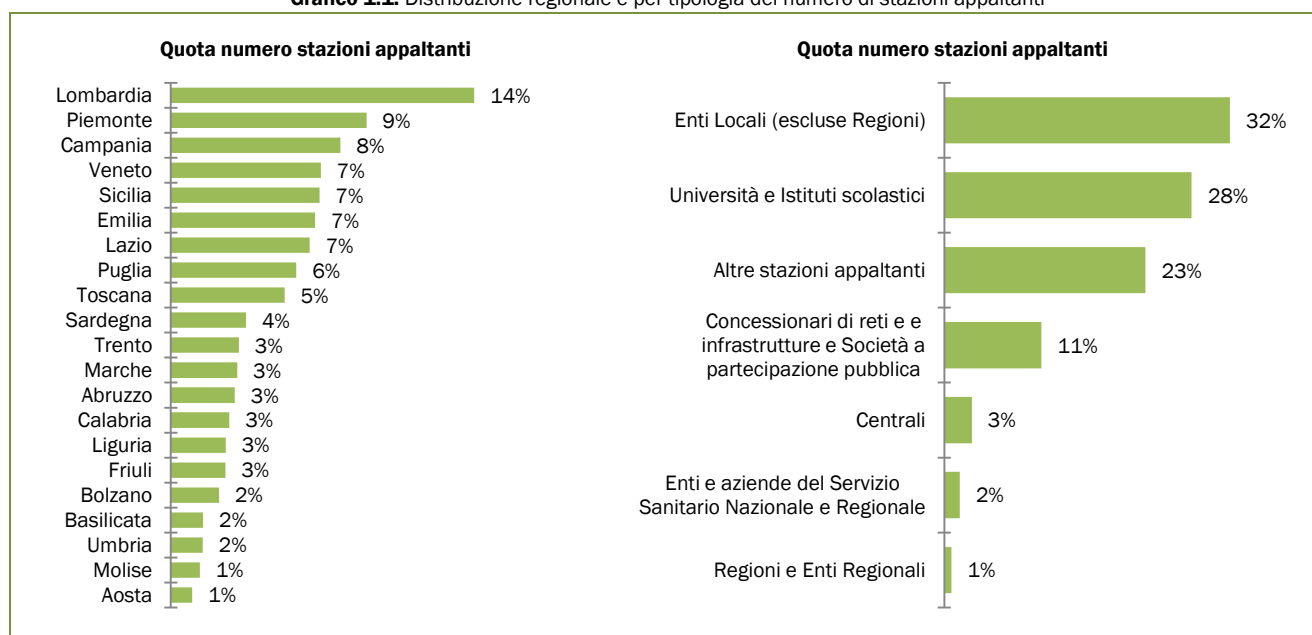
Affronta infatti la dimensione sistemica del problema che una crescente letteratura<sup>2</sup> riconosce come centrale nello spiegare l'eterogeneità delle performance di spesa delle amministrazioni pubbliche, ovvero quello della capacità amministrativa (funzione sia dei meccanismi organizzativi, sia della dotazione esperienziale e *tout-court* di capitale umano nelle stesse amministrazioni).

Sulla base delle informazioni fornite da Anac, il sistema italiano è composto da circa 128.000 centri di costo attualmente attivi che fanno capo a circa 40.000 stazioni appaltanti. La quota più rilevante di queste (il 32%) è rappresentata dall'insieme di comuni, province, unioni di comuni e comunità montane. La distribuzione geografica delle stazioni appaltanti "locali" traina naturalmente anche quella del numero complessivo delle stazioni appaltanti. La Lombardia, che ospita il 14% delle stazioni, e il 18% di quelle locali e lo stesso vale per il Piemonte (9% delle stazioni appaltanti e 14% delle stazioni appaltanti locali).

<sup>1</sup> Il lavoro è stato curato da Giuseppe Francesco Gori, con il coordinamento di Patrizia Lattarulo dirigente dell'Area Economia pubblica e territorio dell'IRPET.

<sup>2</sup> Con l'acquisto di importanza del procurement in un'ottica di più generale efficientamento della spesa pubblica e di contenimento della dinamica del debito (from cost control to value for money), sono emersi come temi di interesse anche questioni più "strutturali" ovvero più slegate dall'approccio legato alla teoria dei contratti e che puntano a individuare le determinanti altre dell'inefficienza del mercato. Tra queste, la capacità amministrativa delle stazioni appaltanti (in particolare i comuni), e l'ottima configurazione del sistema delle stazioni appaltanti (centri di acquisto), anche con riferimento a diversi mercati e diverse fasi del ciclo di vita del contratto. (Saussier e Tirole 2015)

**Grafico 1.1.** Distribuzione regionale e per tipologia del numero di stazioni appaltanti



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

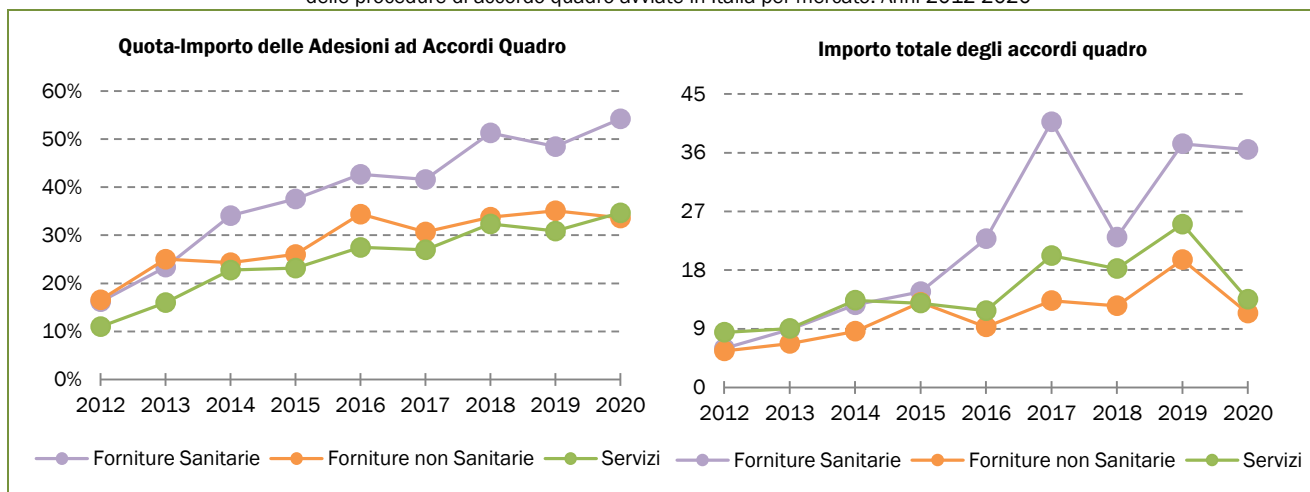
Questa estrema frammentazione si riflette infatti in un mancato sfruttamento di economie di scala, con un basso numero medio di procedure avviate annualmente da ogni singola stazione appaltante e un'una scarsa accumulazione di esperienza procedurale e amministrativa. La "pista" della razionalizzazione del numero di stazioni appaltanti parte dunque proprio dalla considerazione dell'ampio margine di efficienza potenzialmente recuperabile nell'ambito della commessa degli enti locali. Tuttavia, le misure intraprese a partire dall'emanazione delle Direttive Comunitarie del 2014 hanno interessato l'attività di più tipologie di stazioni appaltanti, incidendo finora in misura più consistente nei mercati che offrono un più alto margine di operatività, ovvero quelli delle forniture e dei servizi (caratterizzati da prestazioni più standardizzate e dove esistevano già in alcune regioni e a livello centrale soggetti in grado di aggregare domanda) e meno nell'ambito della domanda di lavori pubblici, che caratterizza maggiormente l'attività degli enti locali.

In questo senso, il ruolo centrale nel processo di razionalizzazione del sistema è stato quello svolto dai Soggetti Aggregatori regionali, che operano sia nell'ambito degli acquisti sanitari che in quello degli acquisti di altri beni e di servizi, in molti casi avvalendosi di centrali di acquisto esterne alle strutture amministrative regionali. È il caso, ad esempio, della Toscana, dove l'Amministrazione Regionale è soggetto aggregatore ma si avvale di un ente del Servizio Sanitario Regionale (ESTAR, Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi Regionale) per gli acquisti in sanità e di CET (Consorzio Energia Toscana) per le forniture energetiche. Modello diverso è quello seguito dalla Lombardia dove il soggetto aggregatore e la centrale di acquisto in sanità sono società in-house o partecipate, il caso del Veneto dove è un ente del SSR (Azienda Zero) o, ad esempio, del Lazio dove questi ruoli sono svolti da una Direzione Regionale (Direzione Regionale Centrale Acquisti). L'elenco dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza in sanità, con relativa indicazione del ricorso ad avvalimento è riportato in appendice.

All'attività di questi ultimi si aggiunge naturalmente quella di Consip ma anche quella delle stazioni appaltanti di dimensione sovra-comunale: unioni di comuni, comunità montane e centrali di committenza inter-comunali (CUC), la cui costituzione è stata fortemente incentivata dalle misure sulla qualificazione delle stazioni appaltanti contenute nel nuovo Codice dei Contratti (art. 38 D. Lgs 50/2016).

La prima dimensione di analisi che consente di cogliere il cambiamento in atto è quella relativa al ricorso alle diverse procedure di scelta del contraente da parte delle stazioni appaltanti. Qui, la più evidente e significativa dinamica è quella della quota sul totale delle procedure delle adesioni ad accordi quadro, che è andata crescendo (prevalente a discapito degli affidamenti diretti), già dal 2014 per le forniture sanitarie e più consistentemente a partire dal 2016 per i rimanenti settori arrivando a coinvolgere, da un quota di circa il 10-15% registrata nel 2012, un terzo delle procedure avviate per servizi e forniture sanitarie e più della metà del mercato per gli acquisti in ambito sanitario.

**Grafico 1.2.** Serie della quota-importo delle procedure in adesione ad accordo quadro e dell'importo totale (miliardi di euro) delle procedure di accordo quadro avviate in Italia per mercato. Anni 2012-2020

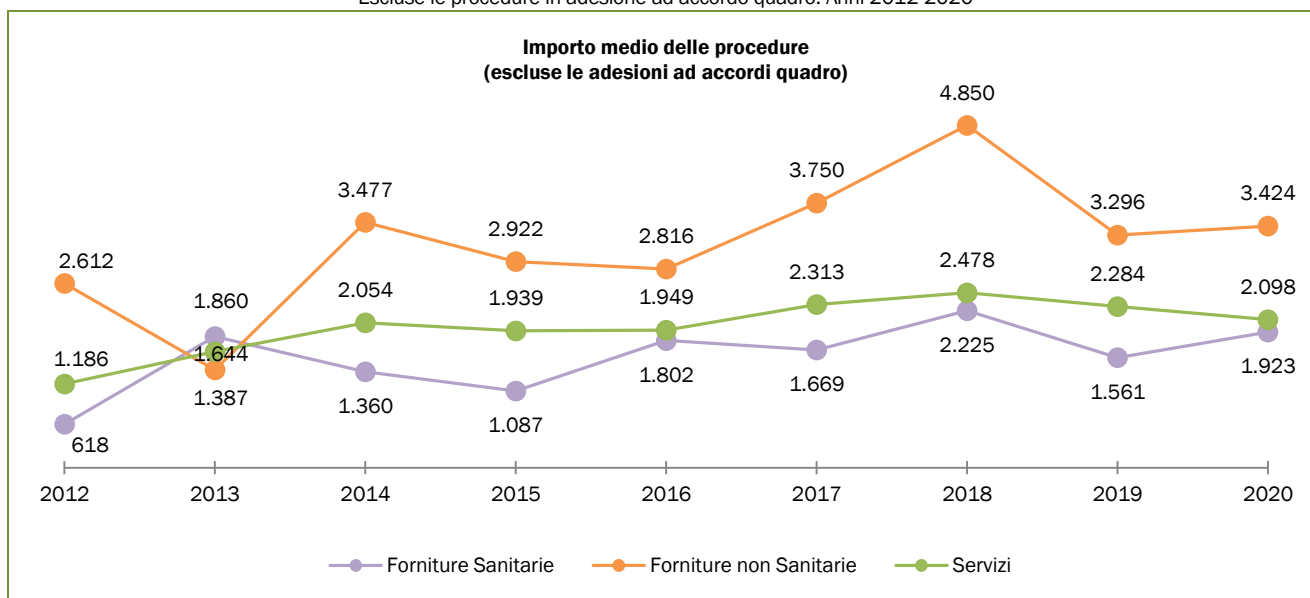


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Più corposo ancora è l'incremento registrato in termini di importo, soprattutto per le forniture sanitarie, che passano dai circa 5 miliardi di euro del 2012, ai 35 miliardi del 2020. Un più che pronunciato incremento caratterizza anche l'importo totale di accordi quadro per servizi e forniture non sanitarie, per le quali si registra però un'interruzione del trend positivo nel 2020, condizionato dall'emergenza pandemica.

Le misure di contenimento della spesa e di riorganizzazione del sistema delle stazioni appaltanti contenute negli interventi di riforma del settore a partire dal 2014, hanno avuto dunque l'effetto di far transitare una quota sempre maggiore della domanda regionale per centrali di acquisto (Soggetti Aggregatori, Consip, Centrali Uniche di Committenza). Questo ha comportato anche un naturale effetto sulla dimensione media dei lotti, che registra, infatti, un trend complessivamente crescente nel periodo 2012-2020.

**Grafico 1.3.** Serie dell'importo medio (migliaia di euro) delle procedure avviate in Italia per mercato. Escluse le procedure in adesione ad accordo quadro. Anni 2012-2020



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

L'effetto atteso di un sostanziale incremento della dimensione finanziaria media dei contratti, è in primo luogo quello di un maggior sfruttamento delle economie di scala da un lato, con conseguente riduzione del complesso dei costi amministrativi e dell'aumento dei risparmi di costo in fase di aggiudicazione. Se la riduzione dei costi amministrativi è legata a un più efficace processo di apprendimento da parte degli operatori del settore oltre che a evitati costi duplicati, l'aumento dei risparmi in fase di gara è dovuto a i) una riduzione del divario tra le conoscenze tecniche e dunque

dell'asimmetria informativa tra soggetti che operano nelle stazioni appaltanti e le relative controparti dei settori produttivi e ii) a un maggior grado di competizione di prezzo dovuto alla maggior appetibilità delle procedure.

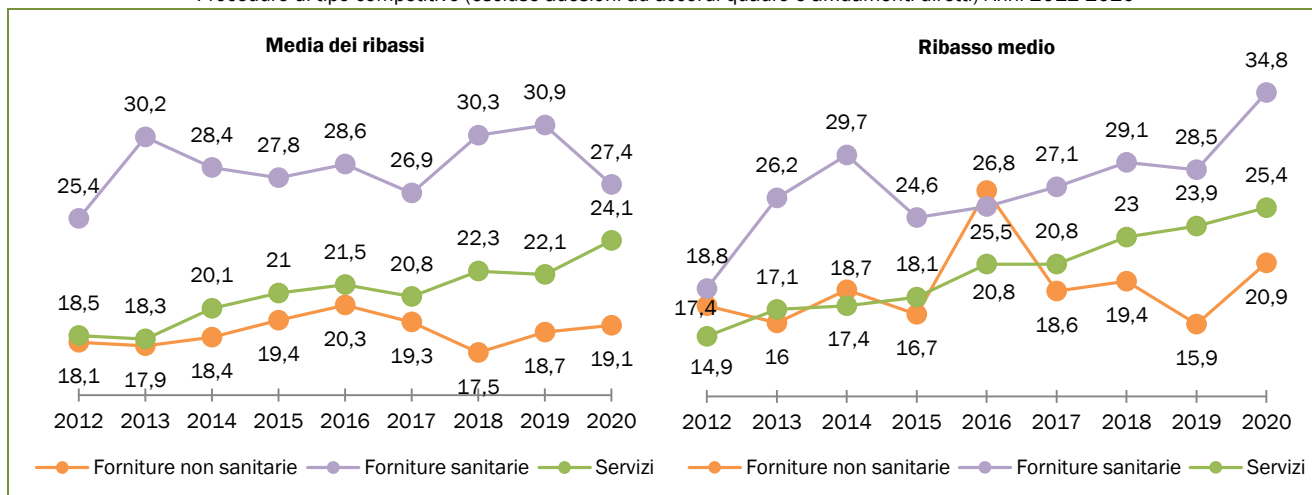
D'altro canto, un effetto potenzialmente negativo in un'ottica di preservazione del tessuto economico locale può essere quello di una maggior difficoltà delle medie e piccole imprese di accedere a grandi gare, per limitazioni di natura tecnologica ma anche per l'impossibilità di sostenere gli spesso alti costi amministrativi. Questo effetto, può inoltre inficiare anche la performance di prezzo dell'aggiudicazione, in ragione di un restringimento ex-ante della platea di imprese partecipanti e, dunque, della competitività della gara stessa.

Se la crisi finanziaria ha pesantemente condizionato la capacità di spesa delle amministrazioni pubbliche, ha anche colpito molti dei settori produttivi che producono beni e servizi acquistati dalla pubblica amministrazione comprimendone il fatturato sul fronte privato e rendendoli ancora più dipendenti dalle commesse pubbliche. L'accentramento della fase di affidamento in capo a un numero sempre minore di stazioni appaltanti e il naturale conseguente incremento della dimensione finanziaria dei bandi presenta dunque il rischio di limitare l'accesso al mercato degli appalti al segmento più debole del tessuto produttivo, quello delle piccole e medie imprese, favorendo grandi gruppi ben più strutturati e in grado di far fronte ai rischi di mercato. Un rischio, questo, sul quale l'attenzione del legislatore sia comunitario che nazionale è stata richiamata dalla parti sociali e che la Direttiva 2014/24/UE ha inteso contemperare indicando nella suddivisione in lotti una delle leve più efficaci per favorire la partecipazione delle piccole e medie imprese.

Proponiamo qui invece una semplice chiave per leggere le implicazioni economiche del processo di aggregazione della domanda confrontando gli effetti in termini di risparmio sul costo del contratto, con quelli sulla partecipazione delle imprese.

A questo proposito, il Grafico 4 affianca, per i tre mercati di servizi, forniture, sanitarie e non sanitarie, la serie temporale della media aritmetica dei ribassi di aggiudicazione ottenuta prendendo in considerazione le sole procedure aggiudicate sulla base di una procedura di tipo competitivo (escludendo dunque gli affidamenti diretti ma anche le adesioni a accordo quadro). A questo proposito è necessario sottolineare che le informazioni relative alla fase di aggiudicazione risentono di un ritardo informativo che, in alcuni casi, può interessare anche i due anni successivi alla data di pubblicazione del bando. Il dato che viene presentato può dunque ritenersi ancora non pienamente attendibile, almeno con riferimento all'anno 2020.

**Grafico 1.4.** Serie della media aritmetica dei ribassi e del ribasso medio per mercato. Procedure di tipo competitivo (escluse adesioni ad accordi quadro e affidamenti diretti) Anni 2012-2020



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Sia in Italia che in Toscana, servizi e forniture sanitarie registrano una dinamica crescente dei ribassi, mentre risulta sostanzialmente stabile il dato dei lavori e, al netto del 2017, anche il dato relativo alle forniture non sanitarie. In questo senso, al processo di centralizzazione e aggregazione della domanda, sembrerebbe corrispondere un incremento dei risparmi ottenuti in fase di affidamento. Tuttavia, una quantità più direttamente interpretabile come misura del risparmio è quella del ribasso medio, che corrisponde a una media dei ribassi ponderata per l'importo della procedura. Prendendo in

considerazione questa quantità, la dinamica osservata è ancora più netta e crescente per tutte le tipologie di contratto.

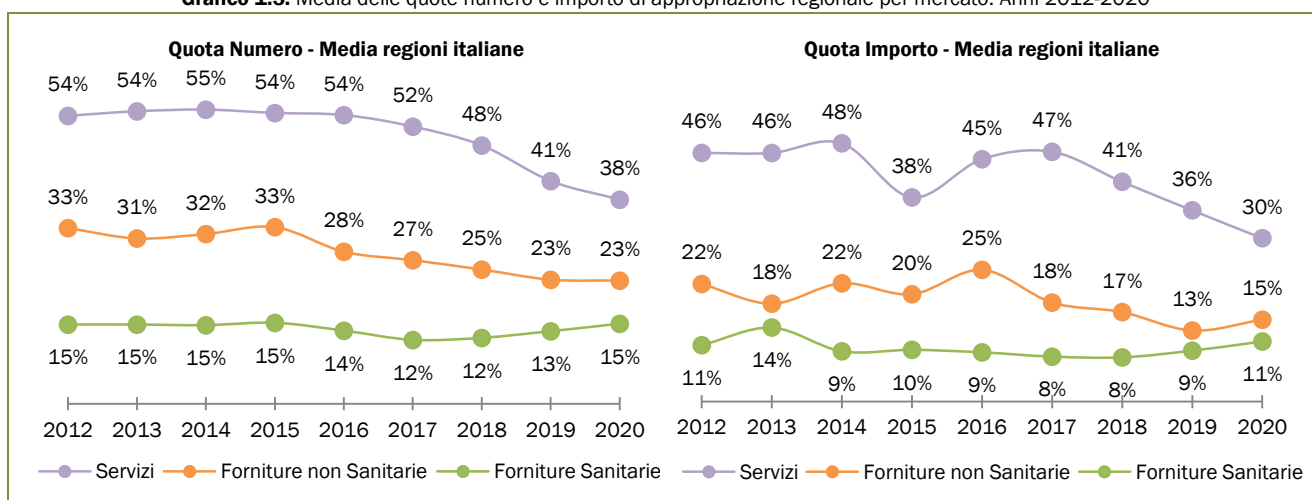
Queste evidenze suggeriscono dunque che la progressiva centralizzazione della fase di affidamento si configuri come un processo virtuoso sul fronte dei risparmi di costo.

Come già richiamato, i vantaggi di costo del processo di centralizzazione della committenza e della conseguente aggregazione della domanda sono spesso associati a un rischio di riduzione delle opportunità per le piccole e medie imprese che competono spesso esclusivamente sul mercato regionale di appartenenza.

A questo riguardo, un utile indicatore è la quota che le imprese di una specifica regione aggiudicano del valore delle procedure avviate da stazioni appaltanti della stessa regione<sup>3</sup>.

Questa quota è, guardando alla media delle regioni italiane, decrescente a partire dal 2016, per i mercati dei servizi e delle forniture non sanitarie mentre sostanzialmente costante e su livelli decisamente più bassi per il mercato delle forniture sanitarie. Quest'ultimo presenta in effetti una maggior apertura strutturale che deriva dalla maggior standardizzazione e trasferibilità spaziale delle prestazioni, e da una maggior concentrazione del sistema delle imprese fornitrici. Fattori questi che hanno probabilmente reso sia più semplice da implementare, sia meno impattante il passaggio a una maggiore centralizzazione della committenza.

**Grafico 1.5.** Media delle quote numero e importo di appropriazione regionale per mercato. Anni 2012-2020



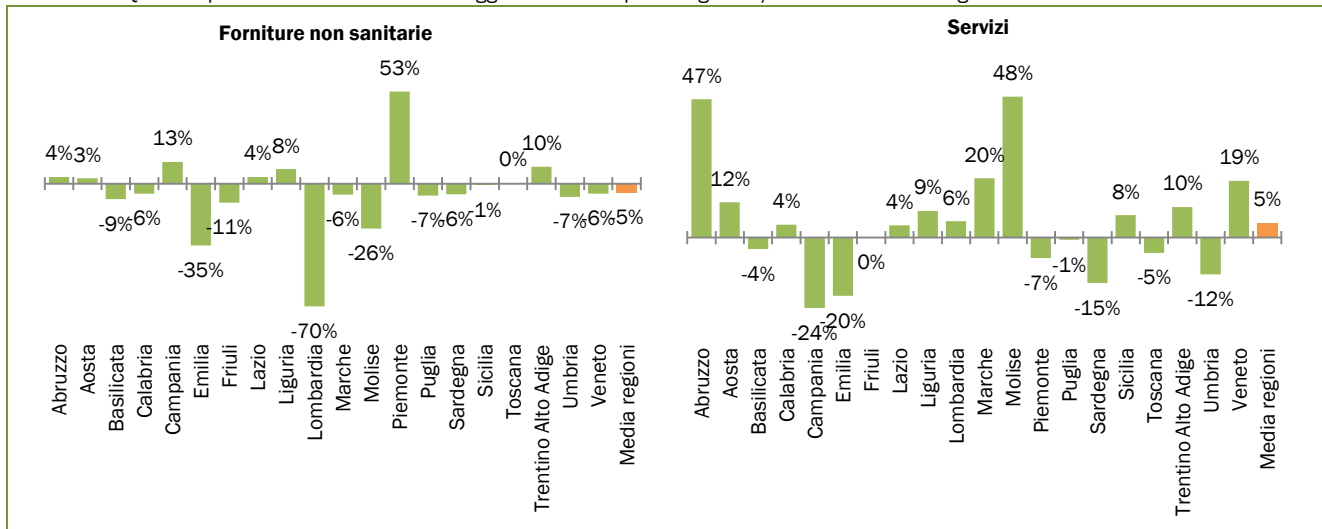
Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

C'è da dire che, il bilancio sul fronte imprese, nei settori nei quali si registra una caduta della quota di appropriazione regionale non è necessariamente negativo. Una maggior grado di apertura dei mercati può consentire un recupero della domanda persa all'interno della regione attraverso una maggiore penetrazione in altri mercati regionali.

Un modo per valutare questo aspetto è quello di osservare l'evoluzione dell'indice di penetrazione, ovvero il rapporto tra il valore aggiudicato dalle imprese regionali e il valore delle procedure avviate da stazioni appaltanti regionali. In questo caso, un valore superiore all'unità indica che il sistema delle imprese regionali aggiudica un valore complessivo di procedure più alto dell'intero mercato regionale. Tale variazione, calcolata rispetto alle medie dei quadrienni 2012-2015 e 2016-2019, risulta contenuta. Ammonta infatti a un -5% nel mercato delle forniture non sanitarie e un +5% in quello dei servizi. Si può dunque concludere che il processo di centralizzazione della committenza, che sembra aver marginalmente intaccato la competitività delle imprese regionali nei mercati regionali ove sono localizzate, non ha di fatto inciso negativamente in termini di competitività sul mercato nazionale, incrementando, in media, il loro accesso ai mercati delle altre regioni.

<sup>3</sup> O avviate da stazioni appaltanti extra-regionali ma aventi ad oggetto prestazioni da svolgere sul territorio regionale.

**Grafico 1.6.** Variazione percentuale dell'indice di penetrazione media 2012-2015 vs media 2016-2019. Indice di Penetrazione (su importo): Quota-Importo del mercato nazionale aggiudicato da imprese regionali / Peso del mercato regionale sul totale nazionale

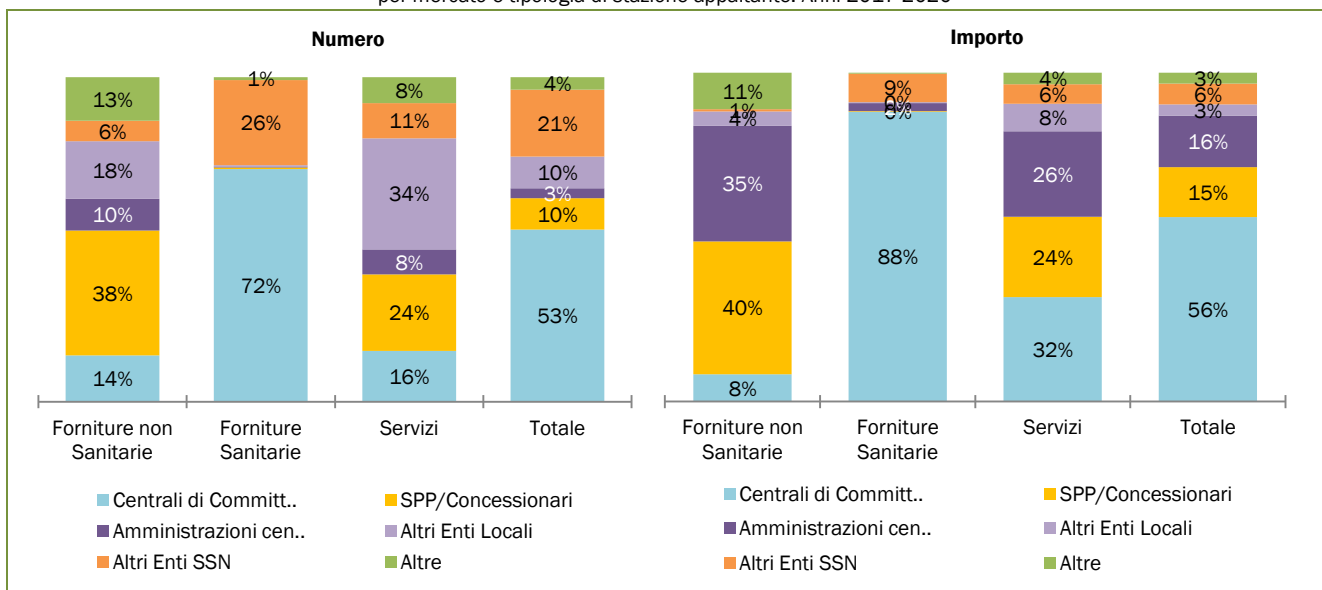


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

## 2. L'ATTIVITÀ DELLE CENTRALI DI COMMITTENZA REGIONALI

Il processo di centralizzazione della committenza vede coinvolti una pluralità di attori che operano con diversa intensità in relazione ai diversi mercati. Nell'ambito delle forniture sanitarie è naturalmente preponderante l'attività delle Centrali di Committenza e dei Soggetti Aggregatori, che nel periodo 2017-2020 avvia il 72% degli accordi quadro, ai quali si aggiunge un 26% di accordi quadro avviati da altri enti del servizio sanitario (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere). Emergono invece come attori chiave nei settori di forniture non sanitarie e servizi sia le società a partecipazione pubblica (sia regionali che nazionali) sia gli enti locali (incluse centrali uniche di committenza intercomunali, unioni di comuni e comunità montane) e le amministrazioni centrali dello stato (tra le quali facciamo qui confluire l'attività di Consip). Tuttavia, guardando alla composizione percentuale dell'importo totale degli accordi quadro, anziché del numero, si ridimensionano naturalmente sia il ruolo degli enti locali che degli enti del SSN che non si configurano come centrali di acquisto. Cresce, invece, il peso delle amministrazioni centrali nei settori delle forniture non sanitarie e dei servizi, rappresentato in prevalenza dall'attività di Consip concentrata su un numero relativamente basso di procedure di grande valore.

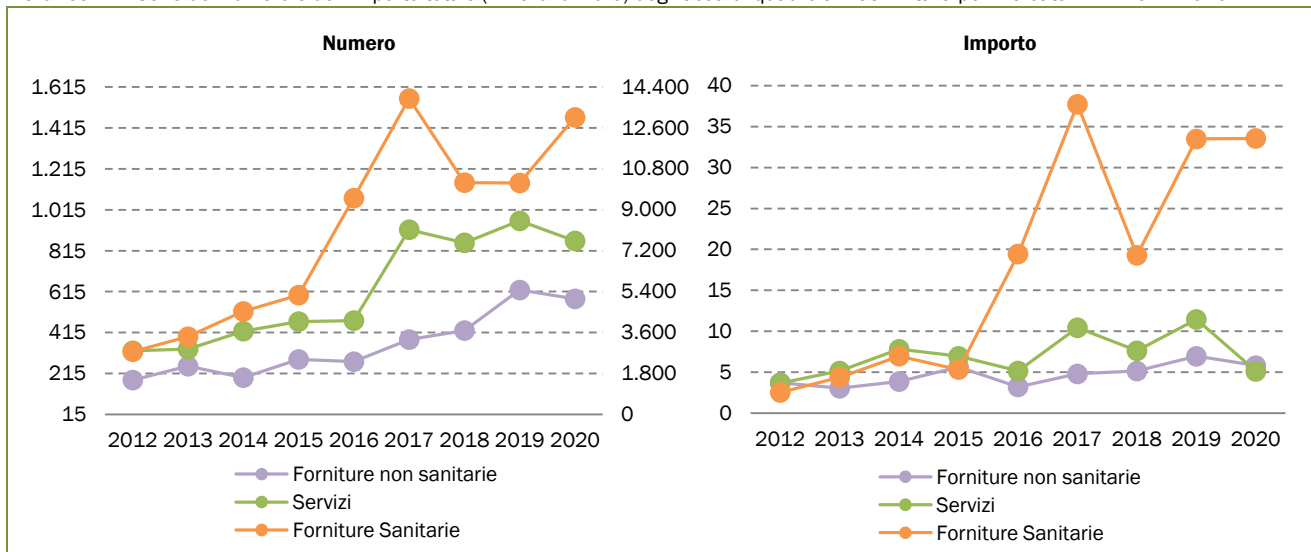
**Grafico 2.1.** Composizione percentuale del numero e dell'importo totale degli accordi quadro avviati in Italia per mercato e tipologia di stazione appaltante. Anni 2017-2020



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

La crescente centralizzazione della committenza è dunque risultato dell'incremento dell'attività delle centrali di acquisto regionali e dei soggetti aggregatori, particolarmente spiccato in ambito sanitario ma che interessa, a partire dal 2016, tutte i settori di intervento.

**Grafico 2.2.** Serie del numero e dell'importo totale (Miliardi di Euro) degli accordi quadro avviati in Italia per mercato. Anni 2012-2020



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Si tratta di un incremento complessivo, tra il 2015 e il 2020, del 150% nel numero e nell'importo. Tasso di crescita, quest'ultimo, che si attesta oltre il 500% nel settore delle forniture sanitarie (e che risulta negativo nel caso dei servizi, ma solo per il dato congiunturale del 2020 che risente della crisi pandemica ed è al di sotto della media del triennio precedente).

**Tabella 2.3.** Variazione percentuale 2015-2020 del numero e dell'importo totale degli accordi quadro avviati in Italia per mercato

	Variazione % 2015-2020	
	Numero	Importo
Forniture Sanitarie	149%	529%
Forniture non Sanitarie	104%	3%
Servizi	84%	-26%
TOTALE	142%	148%

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

La dinamica complessiva è naturalmente trainata dal peso della componente sanitaria che nel periodo 2016-2020 rappresenta il 90% del numero e il 69% dell'importo totale degli accordi quadro (simili percentuali si riscontrano anche nel quadriennio precedente).

**Tabella 2.4.** Composizione percentuale media 2016-2020 del numero e dell'importo totale degli accordi quadro avviati in Italia per mercato

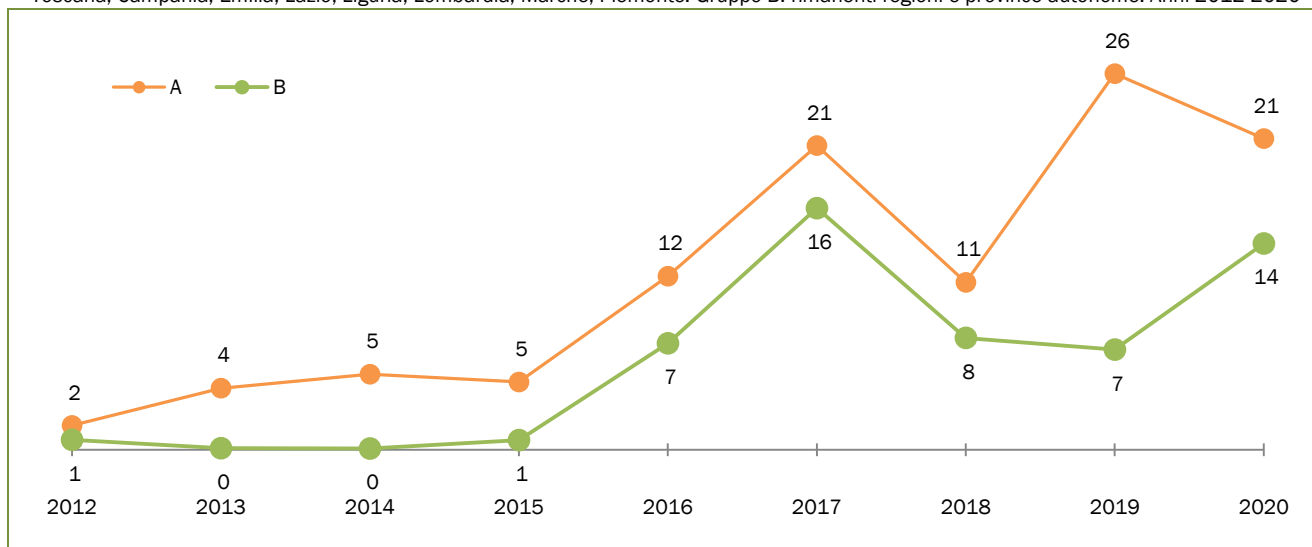
	Quota % 2016-2020	
	Numero	Importo
Forniture Sanitarie	90%	69%
Forniture non Sanitarie	4%	12%
Servizi	6%	19%
TOTALE	100%	100%

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

C'è da dire che però che questi numeri sono una media di dinamiche regionali positive ma di entità anche molto diversa. Se infatti la crescita dell'attività centralizzata regionale è stata consistente in tutte le regioni, in alcuni contesti territoriali il processo era già avviato alla data del recepimento delle Direttive Comunitarie nell'ordinamento italiano. Nell'ambito degli acquisti in sanità, questo è il caso di 8 regioni: Toscana, Campania, Emilia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte. Tuttavia, il confronto tra la dinamica dell'importo totale degli accordi quadro per forniture sanitarie avviati dalle centrali di acquisto di questo gruppo di regioni e quella dell'importo avviato dalle centrali di acquisto delle regioni rimanenti, mette in luce un comune cambio di scala a partire dal 2016. Le regioni che al 2015

godevano già di un maggior grado di centralizzazione avviavano comunque un valore totale di accordi quadro di soli 5 miliardi di euro all'anno, mentre di circa 20 miliardi di euro nel 2020.

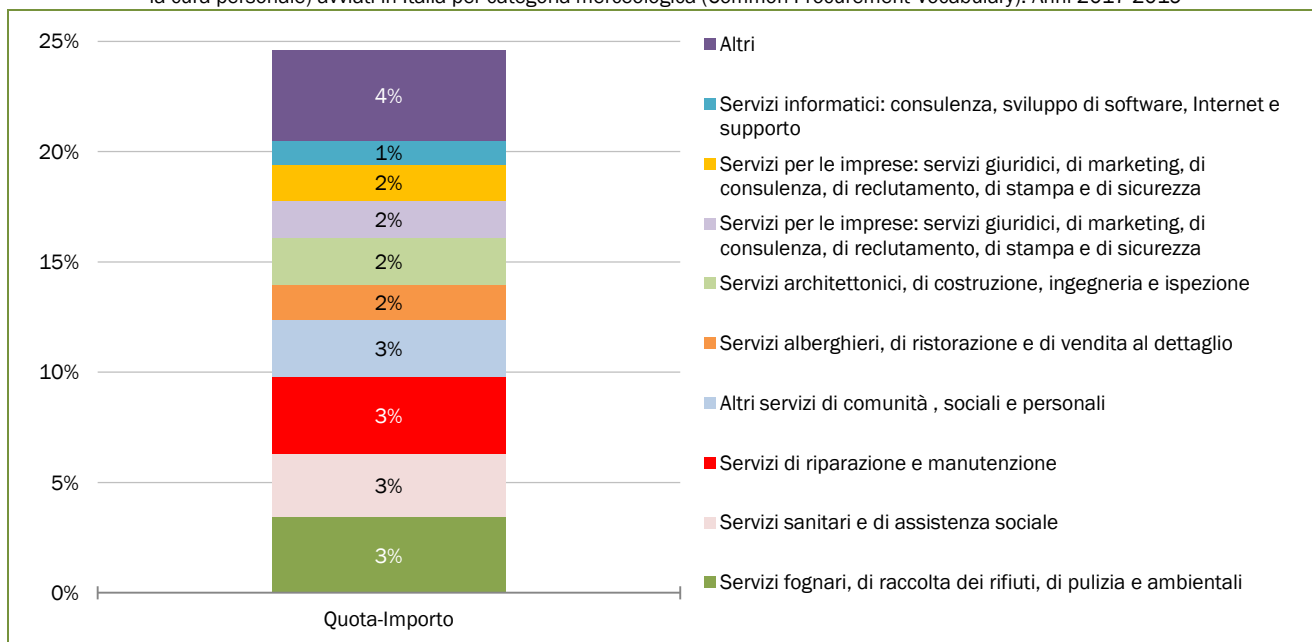
**Grafico 2.5.** Serie dell'importo totale (Miliardi di Euro) degli accordi quadro di forniture sanitarie avviati in Italia per gruppo di regioni. Gruppo A: Toscana, Campania, Emilia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte. Gruppo B: rimanenti regioni e province autonome. Anni 2012-2020



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Ma quale tipo di domanda soddisfano questi accordi quadro? Nel periodo 2017-2019, il 75% dell'importo degli accordi quadro delle centrali di committenza regionali e dei soggetti aggregatori è stato destinato all'acquisto di apparecchiature mediche, prodotti farmaceutici e per la cura personale, la categoria merceologica più tipicamente connessa all'ambito sanitario. La restante quota importo si distribuisce in prevalenza tra servizi sanitari e di assistenza sociale, servizi fognari, di raccolta rifiuti, di pulizia e ambientali e servizi di riparazione e manutenzione. Non si può parlare però di attività caratterizzanti o in grado di generare sostanziali expertise, ma solo di categorie residuali. L'attività delle centrali di committenza regionali è dunque di fatto concentrata sul mercato delle forniture sanitarie.

**Grafico 2.6.** Composizione percentuale dell'importo totale degli accordi quadro (escluse apparecchiature mediche, prodotti farmaceutici e per la cura personale) avviati in Italia per categoria merceologica (Common Procurement Vocabulary). Anni 2017-2019



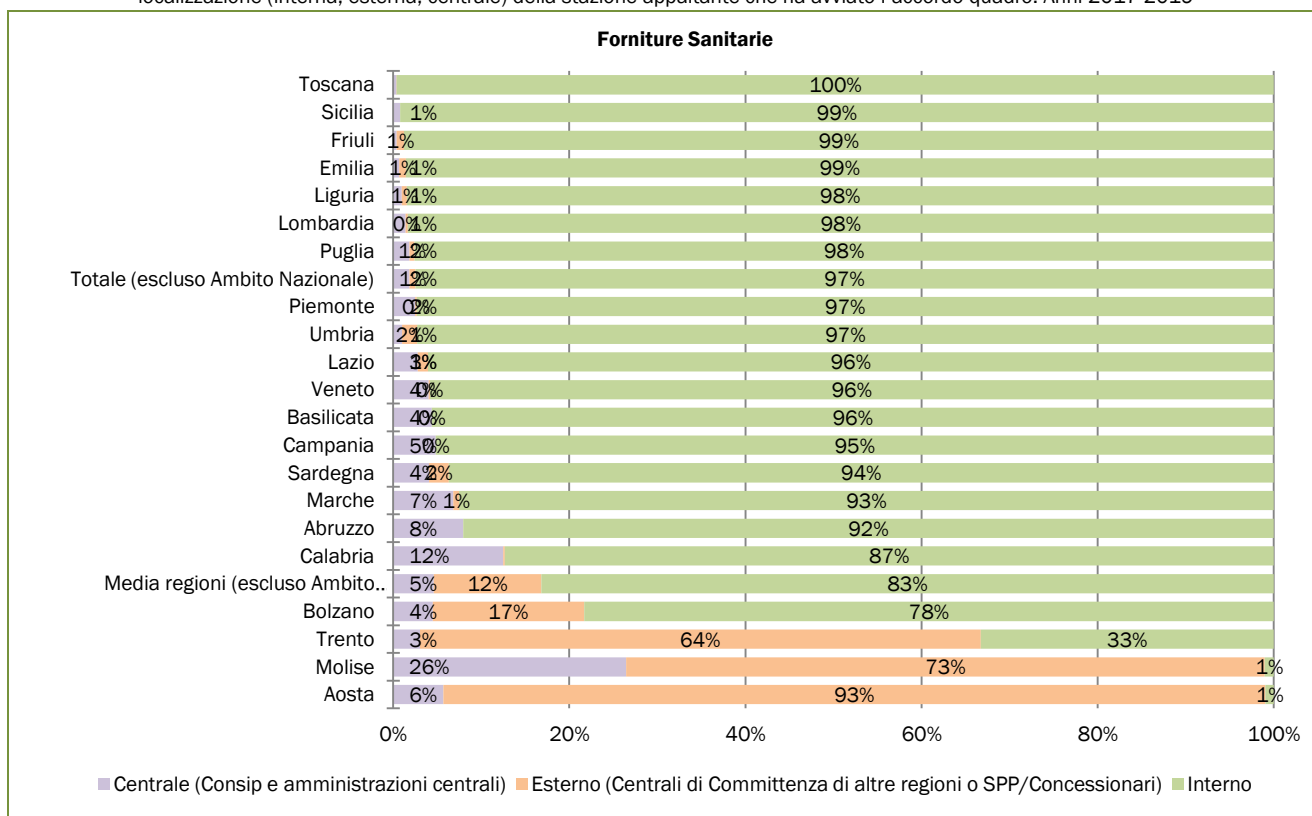
Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Una dimensione rilevante dell'analisi è quella della capacità dell'offerta regionale, intesa come attività complessiva delle centrali di acquisto interne alle singole regioni o province autonome, di soddisfare la domanda delle stazioni appaltanti regionali nei diversi settori di intervento. E' possibile restituire un



quadro di comparazione regionale, prendendo in esame la totalità delle procedure in adesione ad accordi quadro nel periodo pre-Covid 2017-2019 e calcolando la quota di queste che si riferisce ad **a)** accordi quadro di stazioni appaltanti “centrali”, ovvero di ambito nazionale, incluse fra queste Consip, le amministrazioni centrali dello stato e anche le società a partecipazione pubblica e i concessionari di reti di ambito nazionale **b)** accordi quadro di stazioni appaltanti “esterne”, ovvero localizzate in regioni differenti rispetto a quella presa in esame, includendo tra queste anche le società a partecipazione pubblica e i concessionari di reti e infrastrutture di altre regioni e **c)** accordi quadro di stazioni appaltanti “interne”, ovvero localizzate nella stessa regione<sup>4</sup>.

**Grafico 2.7.** Procedure in adesione ad accordi quadro. Forniture sanitarie. Composizione percentuale dell'importo totale per regione e per localizzazione (interna, esterna, centrale) della stazione appaltante che ha avviato l'accordo quadro. Anni 2017-2019



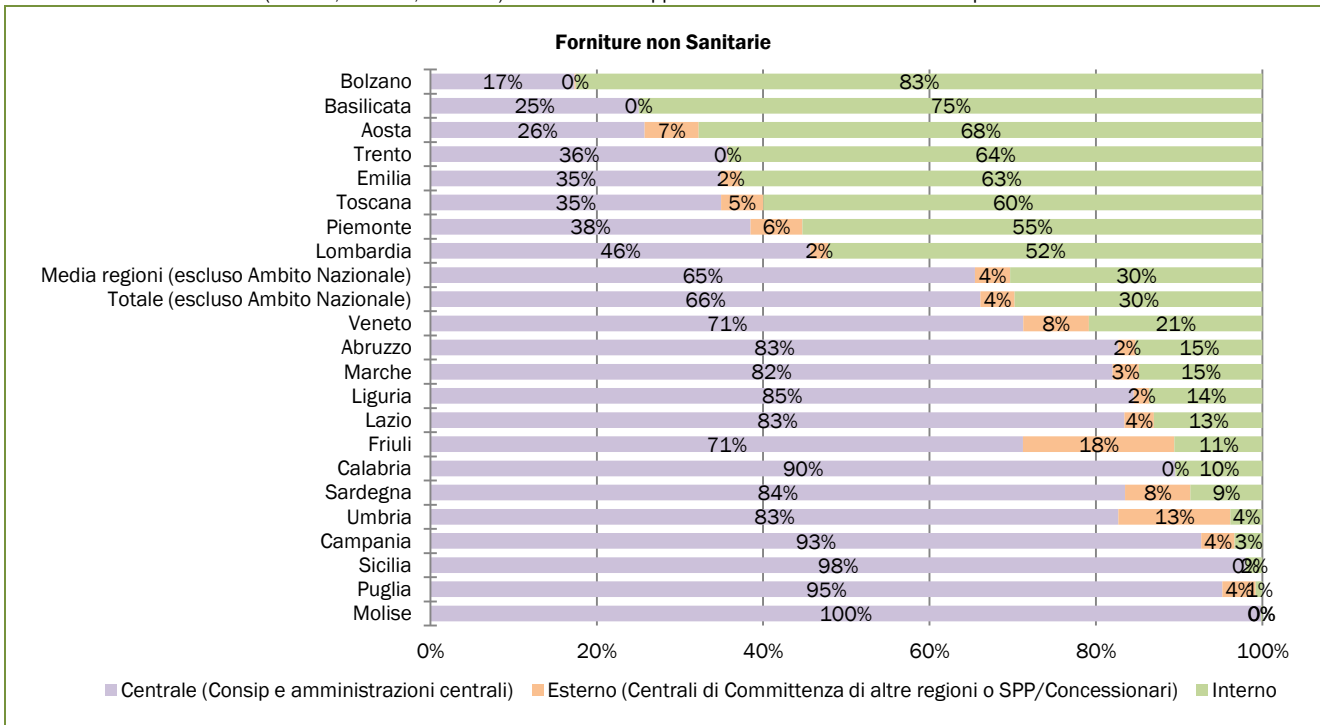
Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Nel caso degli acquisti in sanità, emerge un quadro di sostanziale autarchia regionale, nel quale il 97% dell'importo totale delle adesioni è diretto ad accordi quadro di stazioni appaltanti della regione di appartenenza. Guardando alla media aritmetica delle quote registrate nelle regioni italiane, questa percentuale scende all'83% per effetto della presenza di pochi modelli di approvvigionamento incentrati sul ricorso a procedure avviate in altre regioni o a livello centrale. È il caso, in particolare, delle regioni più piccole (Valle d'Aosta e Molise) la cui domanda è rivolta per il 99% a procedure centralizzate esterne o centrali mentre le province autonome di Trento e Bolzano presentano quote di adesioni esterne che però sono da considerarsi interne alla regione Trentino-Alto Adige.

Un quadro decisamente differente è quello relativo alle forniture non sanitarie, dove solo 8 regioni (incluse le province autonome di Trento e Bolzano) presentano una quota di approvvigionamento “interno” superiore al 50%. Complessivamente limitato, in questo mercato, è anche il ricorso a procedure centralizzate avviate in altre regioni, mentre è molto consistente la quota di domanda soddisfatta dalle procedure centralizzate di ambito nazionale, pari al 66% sul totale delle adesioni e al 65% prendendo in esame la media aritmetica delle regioni. Anche regioni con volumi di domanda consistenti come Campania, Puglia e Sicilia, presentano quote di approvvigionamento interno inferiori al 5%.

<sup>4</sup> Tra queste abbiamo ricompreso anche le adesioni a procedure centralizzate avviate da stazioni appaltanti regionali sulla piattaforma Consip, utilizzando lo strumento di negoziazione telematica SDAPA (Sistema Dinamico di Acquisizione della Pubblica Amministrazione).

**Grafico 2.8.** Procedure in adesione ad accordi quadro. Forniture non sanitarie. Composizione percentuale dell'importo totale per regione e per localizzazione (interna, esterna, centrale) della stazione appaltante che ha avviato l'accordo quadro. Anni 2017-2019

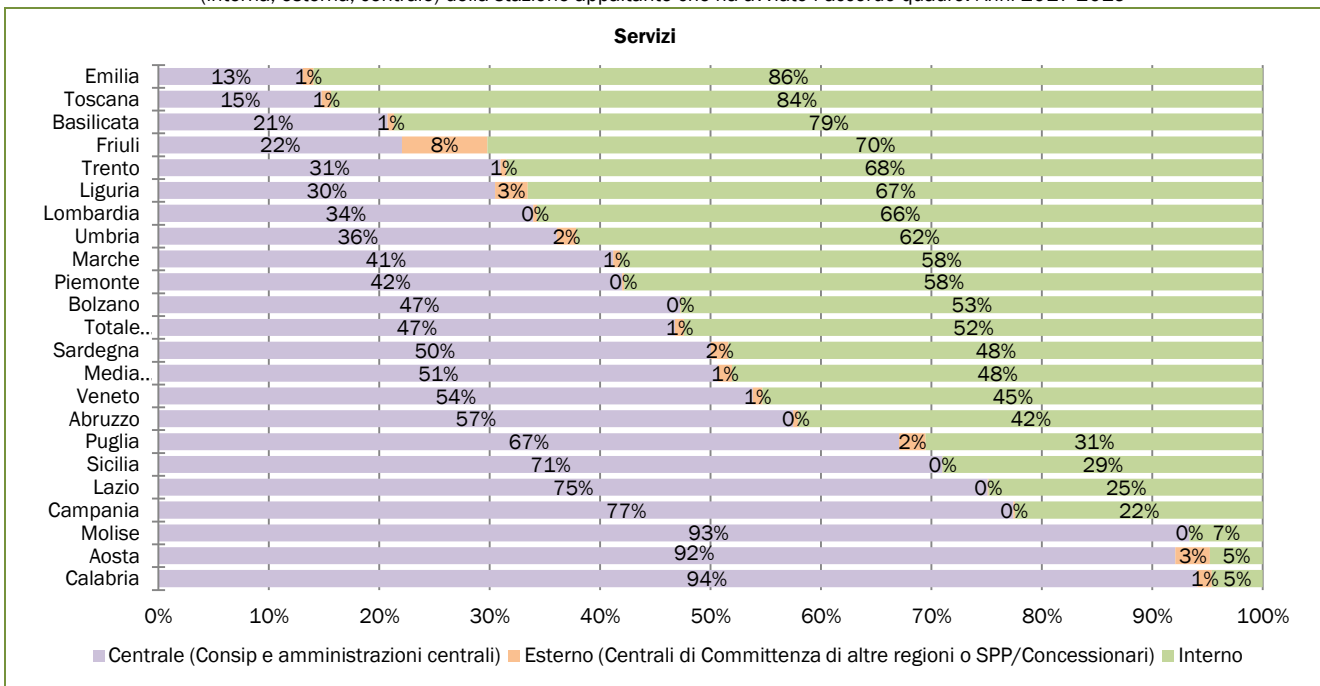


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

A favorire un modello di approvvigionamento basato sulla centralizzazione a livello nazionale, in questo caso, è sia la maggior standardizzazione delle prestazioni, sia l'assenza di una specifica attribuzione di competenze a livello regionale come quella che vale in ambito sanitario.

Il mercato dei servizi è, infine, quello che offre un quadro di maggior eterogeneità a livello regionale, con un primo insieme di regioni, prevalentemente collocate nel centro-nord che sfrutta in prevalenza procedure centralizzate regionali (tra queste Toscana ed Emilia-Romagna presentano una quota "interna" superiore all'80%) e un insieme altrettanto nutrito di regioni, prevalentemente meridionali, per le quali è più alto il peso delle adesioni ad accordi quadro di ambito nazionale.

**Grafico 2.9.** Procedure in adesione ad accordi quadro. Servizi. Composizione percentuale dell'importo totale per regione e per localizzazione (interna, esterna, centrale) della stazione appaltante che ha avviato l'accordo quadro. Anni 2017-2019



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Poco rilevante, in questo mercato, il peso delle adesioni ad accordi quadro “esterni”, ovvero lo sfruttamento di procedure centralizzate di altre regioni.

Per approfondire ulteriormente l’aspetto della domanda interregionale soddisfatta dalle centrali di acquisto regionali e dai soggetti aggregatori presentiamo la Tabella seguente, relativa al solo mercato delle forniture sanitarie. Dalla Tabella emerge come, fatto salvo il caso delle province autonome di Trento e Bolzano, Piemonte e Liguria siano le regioni che nel periodo 2017-2019 hanno svolto una maggiore funzione di aggregatore di domanda esterna. Si tratta, in ogni caso, di percentuali non superiori al 6.2%, che però possono rappresentare anche quote importanti della domanda delle regioni di destinazione. E’ questo il caso della Valle d’Aosta, le cui stazioni appaltanti sfruttano procedure centralizzate quasi interamente (per il 92%) avviate dalle centrali di acquisto in Piemonte e del Molise, nel quale le adesioni ad accordi quadro di centrali di acquisto in Sardegna e Abruzzo, rappresentano il 95% del totale.

**Tabella 2.10.** Forniture sanitarie. Quota-importo regionale delle procedure in adesione ad accordi quadro delle centrali di acquisto regionali e dai soggetti aggregatori avviate da stazioni appaltanti di altre regioni. Anni 2017-2019. In parentesi la corrispondente quota-importo delle adesioni della regione di destinazione

	<b>Totale</b>	<b>di cui:</b>						
		<b>Aosta</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Lazio</b>	<b>Molise</b>	<b>Puglia</b>	<b>Sardegna</b>	<b>Veneto</b>
<b>Piemonte</b>	6.2%	1.5% (92%)	0.03%(0.4%)	1.7% (1%)	0.02% (3%)	0.5%(0.9%)	2.3% (3%)	0.1% (0.1%)
		<b>Aosta</b>	<b>Bolzano</b>	<b>Lombardia</b>	<b>Trento</b>			
<b>Liguria</b>	5.1%	0.2% (7.9%)	2.8% (23%)	0.4% (0.1%)	1.6% (32%)			
		<b>Bolzano</b>						
<b>Trento</b>	44.1%	44% (12%)						
		<b>Marche</b>	<b>Piemonte</b>					
<b>Toscana</b>	1.4%	0.1% (0.8%)	1.3% (3.5%)					
		<b>Trento</b>						
<b>Friuli</b>	1.3%	1.3% (26%)						
		<b>Emilia</b>						
<b>Lazio</b>	1.3%	1.3% (0.9%)						
		<b>Molise</b>						
<b>Sardegna</b>	0.69%	0.7% (87%)						
		<b>Friuli</b>	<b>Lombardia</b>	<b>Toscana</b>	<b>Trento</b>	<b>Umbria</b>		
<b>Veneto</b>	0.55%	0.01% (0.04%)	0.31% (0.2%)	0.02% (0.01%)	0.03% (1.6%)	0.19% (1.1%)		
		<b>Molise</b>						
<b>Abruzzo</b>	0.46%	0.5%(7.6%)						
		<b>Lazio</b>	<b>Trento</b>					
<b>Emilia</b>	0.22%	0.15% (0.2%)	0.06% (4.7%)					
		<b>Liguria</b>	<b>Piemonte</b>	<b>Trento</b>	<b>Veneto</b>			
<b>Lombardia</b>	0.18%	0.04% (0.2%)	0.04% (0.1%)	0.01% (1.1%)	0.07% (1.1%)			
		<b>Lazio</b>						
<b>Campania</b>	0.11%	0.11% (0.03%)						

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

### 3. LA DOMANDA COVID E L'ATTIVITÀ DELLE CDC

L’impatto della “domanda Covid” sulla spesa degli enti non è di facile definizione, non essendo disponibile, per ovvie ragioni, un’indicazione diretta per l’attribuzione delle singole procedure all’emergenza sanitaria. È tuttavia possibile ottenere una stima dell’aggregato, individuando le gare che presentano nei loro oggetti termini specifici riconducibili all’emergenza sanitaria (a titolo di esempio: dispositivi di protezione individuale, ventilatori polmonari e altri dispositivi medici). Sebbene la stima sia da intendersi in ogni caso al ribasso, è chiaro che il procedimento descritto risulti più efficace nell’individuare la domanda Covid espressa nel settore delle forniture sanitarie che quella espressa nei restanti settori. Considerando il complesso delle procedure, nel periodo che intercorre tra Febbraio 2020 e Agosto 2021, sono state avviate circa 25.000 procedure Covid, per un importo di circa 27,4 miliardi di euro. Per comprendere meglio, quanto gli acquisti Covid abbiano inciso sulla domanda complessiva è tuttavia utile approfondire il dato disaggregandolo in base alla modalità di realizzazione e distinguendo quindi tra procedure centralizzate (Accordi Quadro), adesioni alle stesse da parte delle stazioni appaltanti (Adesioni ad accordi quadro) e procedure “singole” ovvero contratti d’appalto o affidamenti diretti.

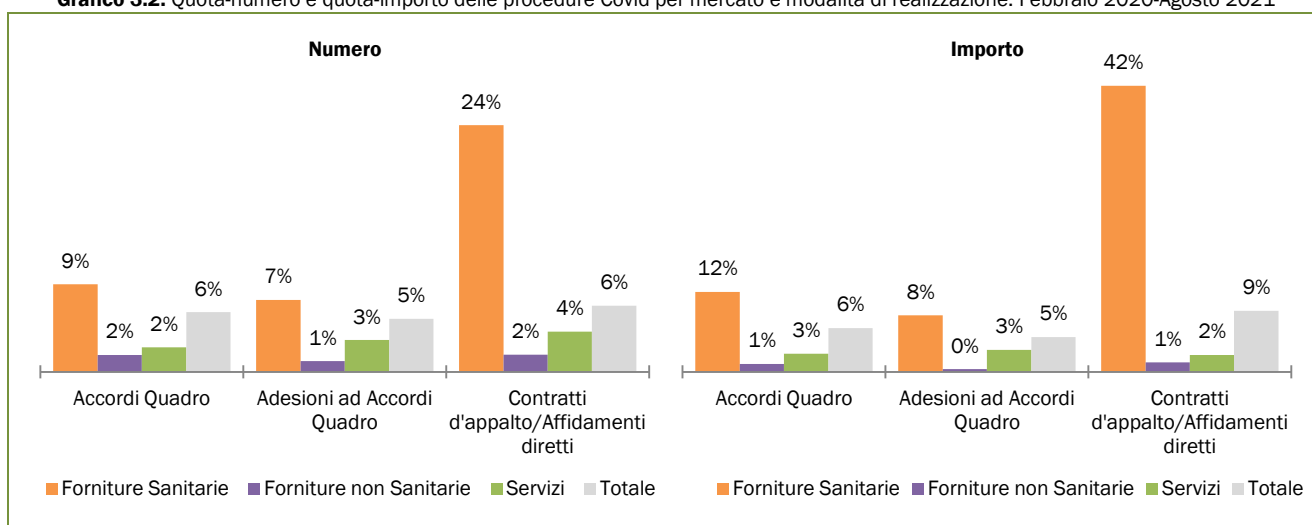
**Tabella 3.1.** Numero e importo delle procedure Covid per mercato e modalità di realizzazione. Febbraio 2020-Agosto 2021

	Numero				Importo (Milioni di Euro)			
	Accordi Quadro	Adesioni ad Accordi Quadro	Contratti d'appalto/Affidamenti diretti	Totale	Accordi Quadro	Adesioni ad Accordi Quadro	Contratti d'appalto/Affidamenti diretti	Totale
Forniture non Sanitarie	83	164	602	849	255	44	371	670
Forniture Sanitarie	2,588	3,791	10,548	16,927	8,366	2,408	12,382	23,156
Servizi	249	441	3,644	4,334	771	470	1,275	2,516
TOTALE	2,992	4,840	17,021	24,853	9,428	3,242	14,737	27,407

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

In termini di importo, la maggiore incidenza della spesa Covid sul totale delle procedure avviate, si registra per le forniture sanitarie in corrispondenza delle procedure non “centralizzate” che includono contratti d'appalto e affidamenti diretti (42%) mentre decisamente più bassa è l'incidenza sia nei mercati di servizi e forniture sanitarie, sia in corrispondenza delle altre tipologie di procedure (accordi quadro e relative adesioni) nello stesso mercato delle forniture sanitarie.

**Grafico 3.2.** Quota-numero e quota-importo delle procedure Covid per mercato e modalità di realizzazione. Febbraio 2020-Agosto 2021



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

L'analisi per modalità di realizzazione permette intanto di evidenziare un volume delle adesioni Covid di scala decisamente inferiore al volume complessivo degli accordi quadro (3,2 contro 9,5 miliardi). Il dato risente naturalmente di alcuni fattori. In primo luogo, si tratta di importi a base di gara e, soprattutto nel caso degli accordi quadro, la decurtazione dell'importo dovuta a ribassi di aggiudicazione è consistente. Tenendo in considerazione questo aspetto, la differenza di importo si ridurrebbe a circa due miliardi di euro. In secondo luogo, la natura degli accordi quadro prevede contratti di durata anche annuale, con una parte della loro capienza che potrà essere naturalmente sfruttata anche nei prossimi mesi. Tuttavia, guardando al dettaglio regionale, questa discrasia tra importo totale delle adesioni e accordi quadro Covid risulta piuttosto diffusa, con una quota media di “assorbimento” degli accordi quadro aggiudicati pari al 50%. Mentre alcune regioni come la Toscana presentano quote di assorbimento vicine al 100%, altre si collocano su livelli inferiori al 20%. E' il caso di Abruzzo, Campania, Liguria, Piemonte, Umbria e Veneto, con quest'ultima regione che, per l'alto volume di accordi quadro aggiudicati (circa un miliardo di euro), determina, in sostanza, la marcata differenza di importo riscontrabile a livello aggregato. Queste evidenze fanno supporre l'esistenza di un certo deficit di comunicazione da parte delle stazioni appaltanti in alcune regioni e fanno propendere, a differenza di quanto viene generalmente fatto in anni normali<sup>5</sup>, per inclusione degli accordi quadro e non delle relative adesioni nel computo della spesa, al fine di ottenere una misura complessiva del peso degli acquisti Covid. Tale peso è del 29% in termini di importo (24,4 miliardi) e del 6% in termini di numero (20.723 procedure). Percentuali più alte si registrano ovviamente prendendo in esame il solo mercato

<sup>5</sup> Di norma, per ottenere una misura cautelativa della domanda espressa dalle stazioni appaltanti, vengono sommati ai contratti d'appalto e agli affidamenti diretti le sole procedure in adesione ad accordo quadro, che rappresenterebbero l'effettivo “consumo” degli importi delle procedure centralizzate messi a disposizione dalle centrali di acquisto.

delle forniture sanitarie, dove la domanda Covid ha finora rappresentato circa un quinto dell'importo totale. Si tratta di 407 euro pro-capite, di cui 348 solo di forniture in ambito sanitario.

**Tabella 3.3.** Quota-Numero, Quota-importo e Importo pro-capite delle procedure Covid per mercato. Febbraio 2020-Agosto 2021

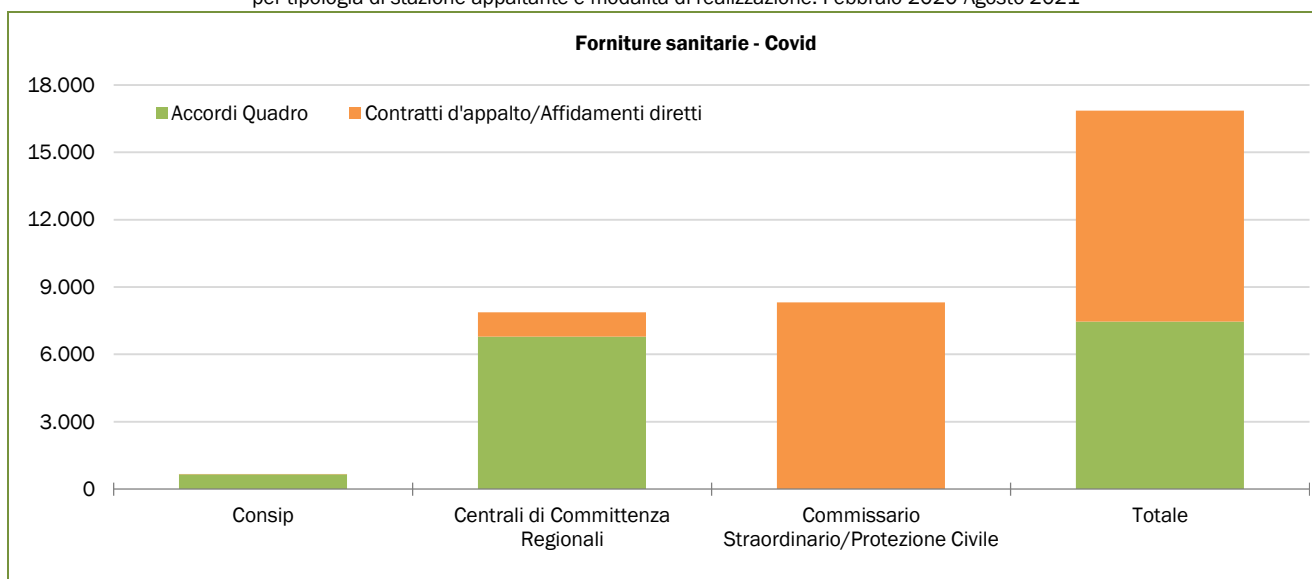
	Quota-Numero	Quota-Importo	Importo pro-capite
Forniture non Sanitarie	2%	1%	10
Forniture Sanitarie	18%	21%	348
Servizi	4%	3%	35
TOTALE	6%	29%	407

Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Il complesso della spesa Covid include naturalmente gli acquisti effettuati a livello nazionale dalla centrale di acquisto Consip, dal Dipartimento della Protezione Civile e dal commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza Covid-19. In questi casi, il modello seguito non è stato quello dell'avvio di accordi quadro e successiva adesione da parte delle stazioni appaltanti a livello regionale ma di acquisto centralizzato e successiva distribuzione dei beni in tutte le regioni italiane. Nell'ambito delle forniture sanitarie sono infatti individuabili 37 accordi quadro avviati da Consip per un importo complessivo di soli 665 milioni di euro le cui adesioni sono prevalentemente interne alla stessa Consip (e quindi a beneficio dello stesso Commissario per l'emergenza). La fetta più consistente dell'azione dei centri di spesa nazionali è invece quella che passa da modalità di acquisto diretto (contratti d'appalto o affidamenti diretti) effettuate dal Commissario Covid e dal Dipartimento della Protezione Civile. Si tratta di circa 8,3 miliardi di euro e rappresentano un terzo del totale della spesa Covid in sanità.

L'altro grande capitolo è rappresentato dagli accordi quadro, avviati dalle centrali di acquisto regionali, che ammontano a circa 6,8 miliardi di euro.

**Grafico 3.4.** Importo (Milioni di euro) delle procedure Covid di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e modalità di realizzazione. Febbraio 2020-Agosto 2021

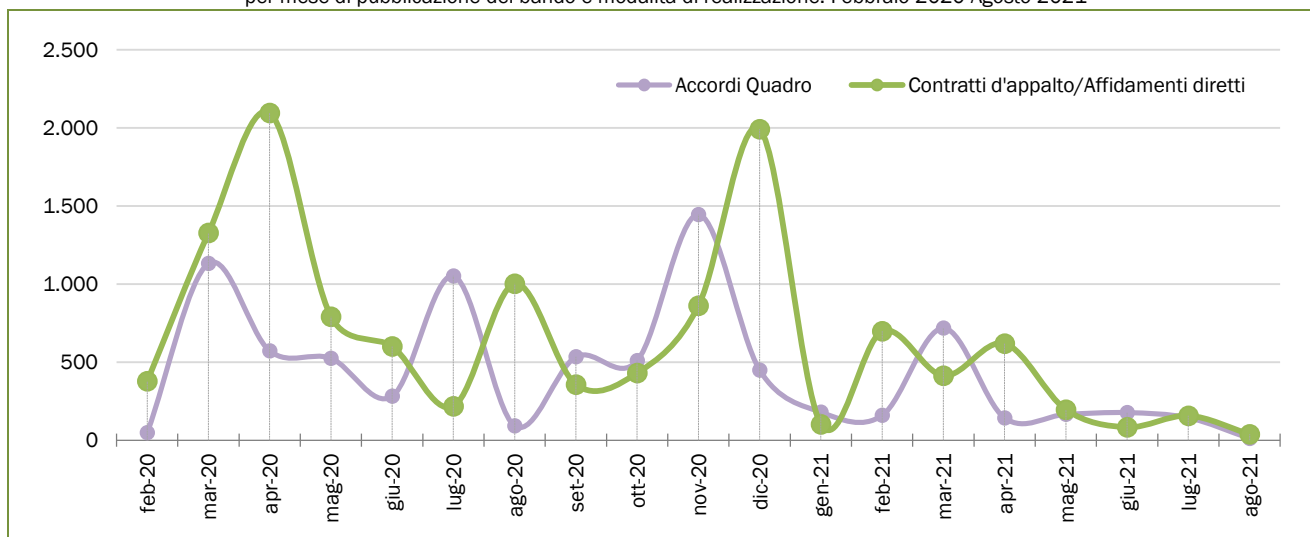


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Il Grafico 3.5, che presenta la serie mensile degli importi delle procedure Covid per modalità di realizzazione, mette in luce la concentrazione di spesa effettuata dai centri nazionali attraverso singole procedure d'appalto nei mesi di Aprile, Agosto e Dicembre 2020.

Nel caso del primo picco (Aprile 2020), la spesa per mascherine chirurgiche rappresenta l'82% del totale e ammonta a circa 1,4 miliardi di euro. Lo stesso per quanto riguarda il picco di Agosto 2020: 775 milioni di euro per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale (l'89% della spesa centrale totale). Nel Dicembre 2020 si concentra invece la spesa per l'acquisto delle dosi vaccinali che rappresenta il 90% (circa 1,5 miliardi di Euro) della spesa complessiva del mese.

**Grafico 3.5.** Importo (Milioni di euro) delle procedure Covid di forniture sanitarie per mese di pubblicazione del bando e modalità di realizzazione. Febbraio 2020-Agosto 2021

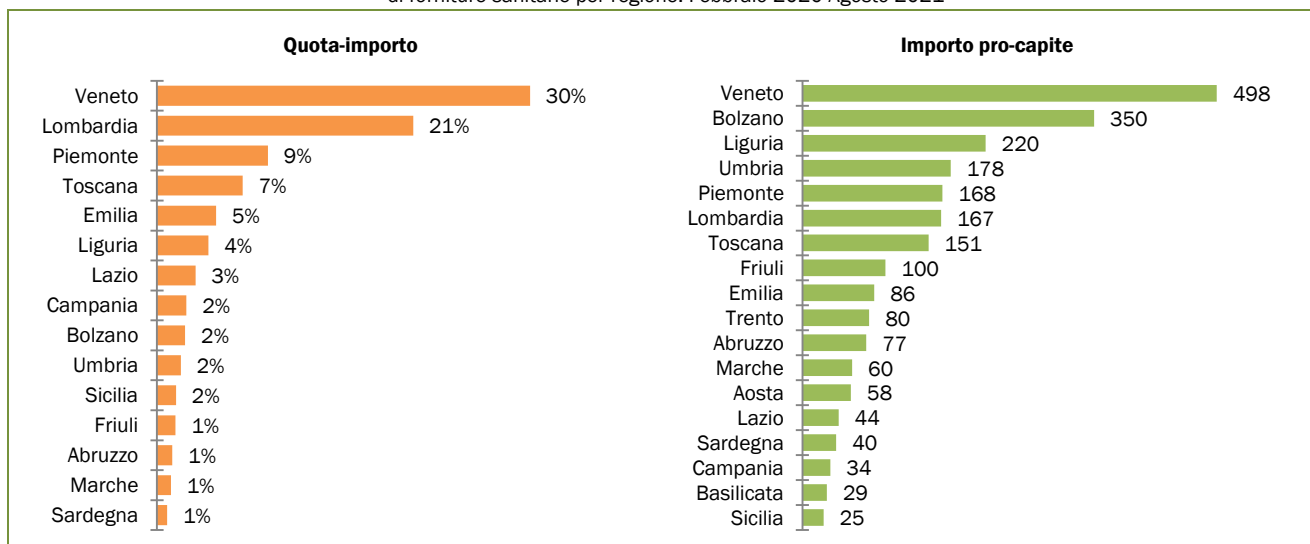


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Quanto invece agli accordi quadro, i picchi di spesa mensile sull'arco temporale considerato, sono anticipati di un mese rispetto a quelli relativi alle procedure di appalto delle amministrazioni centrali appena descritte e si sono verificati nell'Aprile, Luglio, Settembre-Novembre 2020 e nel marzo del 2021. Come anticipato, si tratta prevalentemente di accordi quadro di centrali di committenza regionali, fatta eccezione per i già menzionati accordi quadro di Consip, avviati nel Marzo 2020 (665 milioni di Euro).

Circa il 70% dell'importo complessivo di queste procedure è stato avviato da sole 5 regioni: Veneto, Lombardia, Toscana, Piemonte e Emilia, con Veneto e Lombardia che da sole hanno avviato il 51% dell'importo complessivo. È il Veneto la regione che si distingue per un importo pro capite di accordi quadro avviati estremamente alto (circa 500 Euro), più del doppio di quello registrato in Lombardia.

**Grafico 3.6.** Quota-Importo e importo pro-capite (Euro) delle procedure di accordo-quadro Covid di forniture sanitarie per regione. Febbraio 2020-Agosto 2021

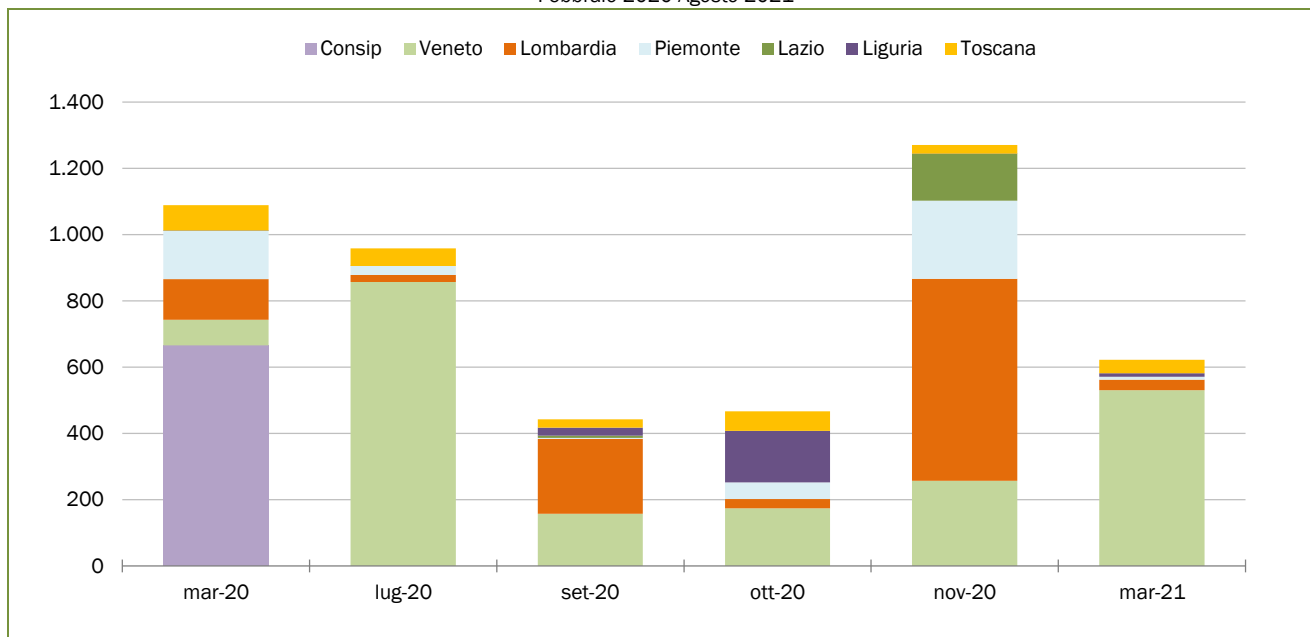


Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

La composizione regionale della spesa nei 6 mesi che registrano un picco di importo degli accordi quadro indica che alcune regioni, caratterizzate da un alto livello di centralizzazione della committenza in sanità (Piemonte, Toscana, Lombardia e Veneto), hanno avviato procedure centralizzate già nella primissima fase pandemica (Marzo 2020). Si è trattato, nel caso di tutte queste regioni, di acquisti di dispositivi di protezione individuale. Una tipologia di acquisti, questa, che ha caratterizzato anche molti accordi quadro stipulati successivamente (come nel caso del Veneto nel Luglio 2020 e nel Marzo 2021 e del Lazio nel Novembre 2020) e alla quale si è aggiunta, a partire dal Settembre 2020, quella dei

reagenti chimici per l'effettuazione dei test molecolari e sierologici e dei farmaci utilizzati per la cura dei pazienti Covid (in particolare questi ultimi caratterizzano la spesa centralizzata lombarda nel Novembre 2020).

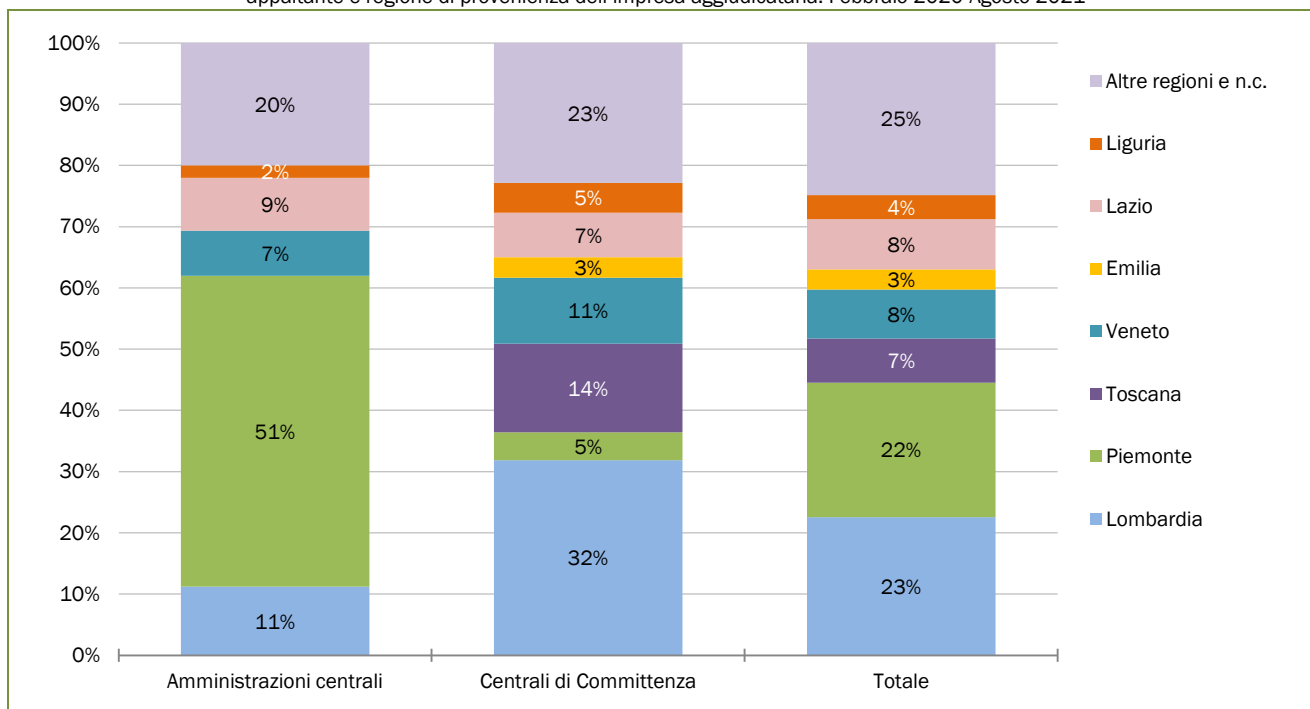
**Grafico 3.7.** Importo (Milioni di Euro) delle procedure di accordo-quadro Covid di forniture sanitarie per regione e mese di pubblicazione. Febbraio 2020-Agosto 2021



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Le centrali di acquisto regionali sembrano dunque aver agito in maniera tempestiva, nell'ambito di un rapporto di complementarità con le strutture centrali preposte a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Un effetto della loro azione è anche quello di aver contribuito a coinvolgere imprese del tessuto economico locale di appartenenza. I dati, pur ancora parziali, relativi alla provenienza delle imprese aggiudicatarie di procedure covid, indicano però che questo effetto è stato limitato: la quota di procedure che registrano una co-localizzazione a livello regionale di impresa e stazione appaltante è relativamente alta in solo alcune delle regioni italiane (Lazio, Piemonte, Lombardia, Toscana, Umbria, PA Trento, Campania) mentre per altre la domanda è stata soddisfatta affidando prevalentemente a imprese provenienti da altre aree territoriali. E' vero però che sul fronte della provenienza delle imprese aggiudicatarie di procedure Covid il complesso della domanda delle centrali di committenza regionali offre un quadro meno polarizzato di quella delle amministrazioni centrali, dove circa l'80% dell'importo aggiudicato va a imprese localizzate in sole 4 regioni: Lombardia, Veneto, Lazio e Piemonte. Qui spicca però il dato relativo al Piemonte, interamente attribuibile alla fornitura di mascherine da parte di FCA al commissario straordinario per l'emergenza, che rappresenta il 51% del totale (circa 750 milioni di euro), mentre le imprese lombarde aggiudicano l'11% degli importi, quelle venete il 7% e quelle localizzate in Lazio il 9%.

**Grafico 3.8.** Quota-Importo delle procedure Covid (escluse adesioni ad accordi quadro) di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e regione di provenienza dell'impresa aggiudicataria. Febbraio 2020-Agosto 2021



Fonte: Elaborazioni Irpet su dati Anac Open

Le soluzioni di approvvigionamento di natura centralizzata a livello regionale e nazionale hanno quindi svolto un ruolo centrale nella crisi pandemica. Tuttavia, l'analisi che abbiamo condotto ha messo in luce alcuni elementi di interesse che profilano l'attività delle centrali di acquisto regionali. In primo luogo, a livello regionale non si è verificato un vero e proprio incremento nell'importo complessivo delle procedure in ambito sanitario ma una sostituzione dell'attività routinaria con procedure Covid. È ragionevole immaginare che in questo non abbia pesato il ritardo con cui alcune regioni hanno rafforzato il grado di centralizzazione interno e la capacità operativa delle centrali di acquisto considerato che, alla data dell'inizio della pandemia, i volumi di attività delle centrali di acquisto in sanità e dei soggetto aggregatori avevano già assunto dimensioni ragguardevoli e in maniera piuttosto omogenea sul territorio nazionale. Al contrario, l'esistenza di un certo grado di centralizzazione, con procedure di grande dimensione avviate negli anni immediatamente precedenti e ancora fruibili alla data di scoppio della pandemia, ha probabilmente alleggerito il carico sia sulle stazioni appaltanti decentrate che sulle stesse centrali di acquisto, permettendo di dedicare parte consistente della loro attività a fronteggiare gli effetti della crisi mediante acquisti mirati.

In secondo luogo, la portata della crisi ha richiesto un tempestivo adattamento della commessa pubblica che passa dai centri di spesa nazionali dove la domanda Covid è stata soddisfatta ricorrendo a soluzioni procedurali semplificate, rappresentate prevalentemente dagli affidamenti diretti e da un meccanismo di ripartizione delle quantità acquistate basato sul coordinamento nazionale. Un indizio importante, in questo senso, è rappresentato anche dal ruolo di Consip, che è stato preminente nella primissima fase pandemica per l'acquisto sia di dispositivi di protezione individuale che di attrezzature mediche (ventilatori meccanici in particolare) ma che è stato subito ridimensionato per le difficoltà insite nel ricorso a procedure di accordo quadro così corpose in una fase di piena emergenza.



	<b>Soggetto Aggregatore</b>	<b>Centrale di Acquisti in Sanità</b>	<b>Forma</b>	<b>Avvalimento in sanità</b>
Abruzzo	ARIC SpA		In-House o partecipata	
Aosta	INVA SpA	AUSL VdA	In-House o partecipata + Ente del SSR	X
Basilicata	SUAP (Stazione Unica Appaltante)		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Bolzano	ACP (Agenzia per i provvedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture)	Azienda Sanitaria Alto Adige (ASDAA)	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Calabria	SUA Calabria (Stazione Unica Appaltante)		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Campania	SO.RE.SA. SpA		In-House o partecipata	
Emilia	Intercent ER (Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici)		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Friuli	PADES (Servizio Centrale unica di Committenza)	ARCS - ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Lazio	Direzione regionale centrale acquisti		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Liguria	SUAR (Stazione Unica appaltante Regionale)	Alisa - Azienda Sanitaria Regionale - Centrale Regionale di Acquisto	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Lombardia	ARIA Spa - II SpA	ARCA SpA	In-House o partecipata	
Marche	SUAM (Stazione Unica Appaltante Marche)	Asur	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Molise	CUC (Centrale Unica di Committenza)		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Piemonte	S.C.R. Piemonte		In-House o partecipata	
Puglia	InnovaPuglia SpA		In-House o partecipata	
Sardegna	Centrale Regionale di Committenza (CRC RAS)	Azienda per la tutela della salute	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Sicilia	Centrale Unica di Committenza Regionale		Dip.to/Direzione/Agenzia regionale	
Toscana	Settore Contratti nella Funzione di Soggetto Aggregatore	ESTAR	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Trento	APAC (Agenzia Provinciale per gli Appalti e i Contratti)	APSS (Azienda provinciale per i servizi sanitari)	Dip.to/Direzione/Agenzia regionale + Ente del SSR	X
Umbria	Umbria Salute e Servizi - CRAS		Ente del SSR	
Veneto	AziendaZero	Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR - CRAV	Ente del SSR	