

# Spunti per la costruzione di una “cultura dell’innovazione” negli appalti in sanità

di Loredana Gianì

SOMMARIO: 1. Il difficile bilanciamento tra appropriatezza e contenimento della spesa. – 2. Innovazione come strumento per la garanzia della qualità e appropriatezza della prestazione. – 3. La dimensione (soggettiva) organizzativa dell’innovazione. – 4. La dimensione contrattuale dell’innovazione. – 4.1. Gli appalti pre-commerciali. – 4.2. Gli appalti pubblici per soluzioni innovative e il partenariato per l’innovazione. – 5. L’innovazione come “processo”. – 6. Verso un “approccio strategico” degli appalti: la necessità di una nuova *capacity* istituzionale per un utilizzo flessibile degli strumenti esistenti.

## 1. *Il difficile bilanciamento tra appropriatezza e contenimento della spesa*

Affrontare il tema della innovazione, coniugato alla politica degli acquisti e delle tecnologie biomediche, nel settore della sanità, significa avventurarsi in un terreno minato in cui si confrontano diversi principi generali che appaiono di difficile coniugazione.

Sotto il profilo sostanziale è evidente la rilevanza del diritto alla salute, in tutte le sue declinazioni che arrivano fino alla (o non possono prescindere dalla) “appropriatezza” delle prestazioni rese nel contesto di quella che dovrebbe essere una rete di servizi (socio)sanitari<sup>1</sup>, riconosciuta anche come principio generale nello stesso

---

<sup>1</sup> Sul diritto alla salute e sulla sua qualificazione in termini di diritto fondamentale la dottrina è sterminata; come pure assai ampia in relazione alla sua qualificazione nel novero dei diritti sociali, con le relative caratterizzazioni problematiche correlate alla categoria. Sia consentito richiamare, solo per individuarne le coordinate principali, *ex multis*, C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. infortuni e malattie professionali*, 1961, I, 1, ora in *Raccolta di scritti*, Giuffrè, Milano, 1972, p. 433 ss.; L. CARLASSARE, *L’art. 32 cost. e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L’amministrazione sanitaria italiana*, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Vicenza, 1967, p. 103 ss.; M. BESSONE, E. ROPPO, *Diritto soggettivo alla salute, applicabilità diretta dell’art. 32 Cost. ed evoluzione della giurisprudenza*, in *Politica del diritto*, 1974, p. 766 ss.; M. BESSONE, E. ROPPO, *Garanzia costituzionale del diritto alla salute e orientamenti della giurisprudenza di merito*, in *Giur. it.*, IV, 1975, p. 3 ss.; D. VINCENTI AMATO, *art. 32*, in *Comm. Cost. Branca*, Zanichelli, Bologna, 1976, p. 173 ss.; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, p. 773 ss.; ID., *Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, XI, Roma, 1989, p. 1 ss.; F. MODUGNO, *I “nuovi diritti” nella Giurisprudenza Costituzionale*, Giappichelli, Torino, 1995; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Cedam, Padova, 1998; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in P. RIDOLA, R. NANIA (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Giappichelli, Torino, 2006, p. 1101 ss.; R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Giuffrè, Milano, 2002; G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, n. 1/2002, p. 85 ss.; R. FERRARA, *Tutela della salute: prestazioni amministrative e posizioni soggettive*, in M.

Patto della salute<sup>2</sup> e che ora trova una ulteriore declinazione nella c.d. “aderenza alla terapia”<sup>3</sup>.

Sotto il profilo si potrebbe dire formale, sebbene esso abbia una innegabile rilevanza sostanziale, si pone il fattore della spesa, elemento condizionante la piena soddisfazione del primo<sup>4</sup>. Una spesa che deve essere contenuta in modo da rientrare nei confini prefissati, garantendo l’equilibrio di bilancio<sup>5</sup>.

Sotto il profilo materiale, che si colloca tra i due aspetti richiamati, si pone l’eterno problema della scarsità di risorse economiche che ha importanti riflessi sul “diritto sociale alla salute”, vittima del costante “mutamento della scala di valori” che ha contraddistinto le politiche sanitarie nel corso dei decenni passati<sup>6</sup>.

---

ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 43 ss.; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 11 ss.; D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell’effettività*, in *Rivista AIC*, n. 4/2013; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *www.federalismi.it – Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017.

<sup>2</sup> Cfr. 82/CSR, 10 luglio 2014, nonché l’atto di indirizzo per l’anno 2018, Ministero della salute, 28 settembre 2017, nel quale si parla di “promozione della qualità e dell’appropriatezza dell’assistenza sanitaria. Sul punto, poi, non si può non rinviare al *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*, luglio 2012, del Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex DG PROGS, nel quale si precisa che “l’appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto” (p. 5). Sul punto la dottrina è assai ampia. Tra i lavori più recenti cfr. C. TUBERTINI (a cura di), *Le nuove dimensioni dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie*, AMS Acta, Bologna, 2017; L. BALLINI, *Disinvestire in avidità per riallocare in appropriatezza*, in *Politiche sanitarie*, 1, 2017, p. 46 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2018, p. 1 ss.

<sup>3</sup> Sul punto cfr. AA.VV., *Aderenza alla terapia: la via dopo l’appropriatezza*, in *Quaderni della SIP*, n. 42, Edra, Milano, 2017.

<sup>4</sup> La dottrina nel corso degli anni ha posto l’accento più volte sul difficile rapporto tra spesa pubblica e prestazioni che garantiscono l’effettività di questi diritti. Un dibattito rinnovato soprattutto a fronte della costituzionalizzazione del principio di equilibrio di bilancio. Sul punto cfr. C. PINELLI, *Diritti costituzionalmente condizionati, argomento delle risorse disponibili, principio di equilibrio finanziario*, in A. RUGGERI (a cura di), *La motivazione delle decisioni della Corte Costituzionale. Atti del Seminario (Messina, 7-8 maggio 1993)*, Giappichelli, Torino, 1994, p. 548 ss.; C. SALAZAR, *Crisi economica e diritti fondamentali*, in *Rivista AIC*, 4/2013; A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo modello sociale europeo: più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, n. 4/2011; L. CARLASSARE, *Diritti di prestazione e vincoli di bilancio*, in *www.costituzionalismo.it*, n. 1/2015; L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *www.federalismi.it*, n. 22/2017.

<sup>5</sup> Sul “costo dei diritti” cfr., *ex multis*, S. HOLMES, C.R. SUNSTEIN, *The Costs of Rights. Why Liberty Depends on Taxes*, W.W. Norton, New York 1999, trad. it. *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Il Mulino, Bologna 2000.

<sup>6</sup> Cfr. F. TOTH, *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Laterza, Bari, 2009.

Tre elementi la cui riconduzione a unità è sempre stata tentata all’insegna della “razionalizzazione delle risorse finanziarie”, “razionalizzazione della spesa”, legata a doppia maglia con quella degli ambiti organizzativi ed erogativi delle prestazioni sanitarie, delineando così un percorso di reciproco condizionamento tra un piano (quello delle disponibilità finanziarie) e l’altro (quello organizzativo/procedurale).

E così, all’insegna della razionalizzazione, nel corso degli anni abbiamo assistito alla riscrittura della organizzazione sanitaria<sup>7</sup>, alla sua aziendalizzazione, al ripensamento dei centri attivi erogatori di prestazioni sanitarie; al ripensamento delle procedure di acquisizione dei servizi; e l’elenco potrebbe continuare<sup>8</sup>. Ma nonostante ciò, nonostante le diverse ondate riformatrici, che tanto lavoro hanno dato non solo agli studiosi ma anche ai giudici amministrativi, e non solo, se si guarda alla sostanza delle cose che, con una estrema semplificazione, possono essere identificate con una sorta di ritrovato (sperato) equilibrio tra prestazione (satisfattiva del diritto fondamentale alla salute) ed equilibrio di bilancio, i nodi irrisolti sono ancora molti.

E questo se ci si limita alla prospettiva pubblicistica.

Ma una prospettazione completa imporrebbe di prendere in considerazione anche l’altra faccia della medaglia, o meglio, più correttamente, del prisma, in cui collocare necessariamente gli attori (imprese) operanti sul mercato dei prodotti e servizi essenziali per il pieno (corretto) adempimento della funzione, per la piena soddisfazione del diritto (fondamentale) alla salute degli individui.

Volendo tentare l’impossibile, e cioè una estrema semplificazione, i nuclei problematici potrebbero essere così sintetizzati: (i) garanzia dei diritti; (ii) scarsità di risorse/equilibrio di bilancio; (iii) organizzazione (degli erogatori delle prestazioni; del mercato); (iv) strumenti adeguati (flessibili) al bisogno.

Un percorso circolare che trova il suo *incipit* nella necessità di garantire il profilo prestazionale, essenziale per la soddisfazione del diritto fondamentale degli individui, e che termina nella soddisfazione di tale diritto realizzata attraverso la organizzazione del servizio che presuppone quella “prestazione fattuale” che si modula in concreto, segnata da esigenze di bilancio, ma che dovrebbe garantire quella appropriatezza che costituisce la chiave per la garanzia della effettiva soddisfazione del bisogno inteso anche nella sua dimensione etica.

---

<sup>7</sup> Sull’evoluzione dell’organizzazione del servizio sanitario nazionale, in generale, cfr. A. CATELANI, *La sanità Pubblica*, Vol. 40, *Trattato di Diritto Amministrativo*, CEDAM, Padova, 2010 e sui modelli di organizzazione cfr., *ex multis*, E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011; L. VANDELLI, F. FOGLIETTA, C. BOTTARI, *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli, Rimini, 2013; C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Rimini, 2016.

<sup>8</sup> AA.VV., *Management dei servizi sanitari territoriali. Efficienza e valorizzazione sociale*, Publiedit, Cuneo, 2017; AA. VV., *Pubblico e privato nel sistema del welfare*, Fondazione Cesifin, Firenze, 2017.

E per evitare che le esigenze economiche si tramutino (come è stato sin ora) in una ipotesi del primo elemento, occorre mettere in primo piano la rilevanza che il fattore organizzativo, in tutta la sua complessità e in tutte le sue articolazioni, assume<sup>9</sup>. Del resto, è innegabile che se su un piano teorico la collisione tra diritto alla salute e principio dell'equilibrio di bilancio non può in astratto portare alla soccombenza del primo, essendo il conflitto, o meglio la dinamica del bilanciamento, governata dai principi di ragionevolezza e di proporzionalità (e dunque "appropriatezza"), sul piano concreto, dove entra in gioco il dato della "effettività" della garanzia, il discorso relativo alla ricerca di un punto di equilibrio tra i due poli, non solo si fa più complesso, ma risulta necessariamente articolato, dovendo individuare un contenitore (formula contrattuale) che consenta, nel contesto delle risorse disponibili, la migliore soddisfazione possibile del bisogno, così come percepito, valutato, dal soggetto pubblico.

In questa prospettiva l'attenzione si sposta, e non potrebbe essere altrimenti, sugli strumenti che l'organizzazione ha a disposizione per garantire questo bilanciamento.

Un rapido sguardo al passato certamente palesa come la soluzione non possa essere rintracciata in formule stereotipate quali l'aziendalizzazione o altre (...) izzazioni che il legislatore di turno riesce a porre sulla sua agenda politica, ma più correttamente vada rintracciata in una più attenta riflessione sulla "qualità", del servizio, dell'organizzazione, degli strumenti a disposizione dell'organizzazione per il raggiungimento dell'obiettivo.

Qualità che può essere garantita nella misura in cui, muovendo da una corretta lettura del bisogno, e da una corretta analisi delle risorse (non solo economiche) disponibili, si individui un percorso, verrebbe da dire "il percorso", più idoneo alla sua soddisfazione; il che presuppone una certa "flessibilità" (e connessa competenza dell'organizzazione) nella individuazione (e gestione) di soluzioni idonee (anche nuove) e dello stesso sistema giuridico che non può, e a mio avviso il Codice non fa, arroccarsi su formule stereotipate.

---

<sup>9</sup> La rilevanza del modello organizzativo per il corretto esercizio della funzione è stata posta in luce dalla dottrina già nella prima metà del secolo scorso. Per tutti cfr. M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della Pubblica Amministrazione*, Giuffrè, Milano, 1966. In relazione al diritto alla salute, cfr., per tutti, lo studio di M. CAMELLI, *Per uno statuto dell'utente*, in *Politica del diritto*, 1981, p. 449 ss., secondo cui "l'ampiezza, il contenuto, le modalità di attuazione e di realizzazione di siffatte libertà si risolvono quasi integralmente nel modo stesso di essere degli apparati predisposti al loro svolgimento, vale a dire nella loro organizzazione"; sicché, prosegue l'Autore, "è intuitivo che i diritti del malato (non solo alla tutela della salute ma anche al rispetto della propria personalità, identità ecc.) si giocano quasi interamente nel modo d'essere della organizzazione sanitaria ove potranno essere del tutto disattesi o trovare, invece, adeguato rispetto", p. 449.

## 2. *Innovazione come strumento per la garanzia della qualità e appropriatezza della prestazione*

In questo contesto certamente spunti interessanti per la riflessione possono essere tratti proprio dalla lettura della Comunicazione della commissione “*Orientamenti in materia di appalti per l’innovazione*”<sup>10</sup> che si pone quale punto di arrivo di un lungo e articolato percorso in cui le istituzioni comunitarie, in diverse sedi, si sono cimentate con il tema della innovazione fornendo una prospettiva articolata degli appalti. Nella comunicazione viene chiarito non solo che gli appalti pubblici “*non si concentrano più soltanto sul come acquistare, ma promuovono anche il cosa acquistare*”, e ciò allo scopo di garantire che la spendita del denaro dei contribuenti non si limiti solo alla mera soddisfazione del bisogno ma, avvenga a condizioni tali da garantire “*il miglior valore aggiunto in termini ambientali, di qualità, di efficienza economica e di impatto sociale, e se offra opportunità per il mercato dei fornitori*”. Dunque, uno sviluppo strategico degli appalti per il conseguimento degli obiettivi di Europa 2020 (quella crescita intelligente, sostenibile e inclusiva di cui da anni si teorizza), precisati nel libro verde del 2011, e poi declinati nell’Europa 2030 e confluiti nella stessa direttiva che il codice ha “recepito”. Obiettivi che, letti con la lente dell’amministrativista, possono sintetizzarsi nella “garanzia” di effettività del diritto (alle prestazioni funzionali alla tutela della) alla salute.

In questo contesto la parola chiave per impostare un discorso su un piano diverso pare non possa che essere “*innovazione*”.

Nei numerosi documenti che hanno visto la luce in questi anni, da più parti viene messo in luce come le sfide poste dalla società contemporanea, particolarmente evidenti in settori quale quello della sanità, possono trovare una soluzione solo se ci si affaccia con consapevolezza alla “*innovazione*” che diviene la chiave di volta attraverso cui i decisori (pubblici) possono garantire l’erogazione di servizi che rispondano alle esigenze manifestate dal mercato in termini qualitativi e di efficienza.

Prima di passare a verificare in che termini e quanto spazio sia stato dato o si possa dare all’innovazione, tanto in termini organizzativi (pubblici e di mercato) quanto, specularmente, in termini della strumentazione a tal fine utilizzabile, una precisazione su cosa debba o possa intendersi per innovazione pare indispensabile.

L’innovazione viene configurata come vero e proprio strumento di *policy*<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> C(2018) 3051 final, 15 maggio 2018.

<sup>11</sup> Sul punto assai significativi i lavori del *Bureau of European Policy Advisers* (BEPA) che a partire dal workshop del 2008 ha posto l’innovazione sociale tra gli obiettivi strategici dell’Europa. In particolare, nei documenti del BEPA si legge che “le innovazioni sono sociali sia in relazione ai fini che ai mezzi. Si tratta di nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che contemporaneamente soddisfano esigenze sociali (in modo più efficace delle alternative) e creano nuove relazioni sociali e collaborazioni. In altre parole, sono innovazioni che non solo sono buone per la società ma migliorano anche la capacità della società ma migliorano le capacità della società di agire” (p. 33).

Già dall'*incipit* della richiamata comunicazione emerge come l'innovazione non sia da intendersi come circoscritta alla sola "innovazione tecnologica"<sup>12</sup> relativa al prodotto, ma sia un concetto più esteso, intercettando formule organizzative, che dovranno poi tradursi anche in formule contrattuali più articolate che consentono una migliore (ottimale) soddisfazione del bisogno.

Secondo quanto precisato nel Manuale di OSLO (OCSE) per innovazione si intende "the introduction of a new or significantly improved product (or good service) or process, a new marketing method or a new organizational method in the internal practice of a company, organization of the workplace or external relation".

Innovazione intesa, dunque, come processo che può, evidentemente, interessare anche la stessa organizzazione e il modo di strutturazione della domanda e dell'offerta di prodotti e servizi.

Una definizione di più ampia portata rispetto a quella contenuta all'interno del Codice che tra l'altro non collima perfettamente con gli strumenti contrattuali che lo stesso Codice individua e definisce. L'art. 3 lett. nnn), infatti, definisce l'innovazione come "l'attuazione di un prodotto, servizio o processo nuovo o che ha subito significativi miglioramenti tra cui quelli relativi ai processi di produzione e di edificazione o di costruzione o quelli che riguardano un nuovo metodo di commercializzazione o organizzativo nelle prassi commerciali, nell'organizzazione del posto di lavoro o nelle relazioni esterne", legandola, apparentemente, al profilo tecnologico del prodotto.

Ma in realtà l'innovazione, nella prospettiva più ampia che si vuole accogliere in questa sede, è un processo che consente un costante adattamento dei sistemi di *welfare* garantendo quella resilienza del sistema che consente il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel *Social Investment Package* del 2013 e nel Pilastro europeo dei Diritti sociali<sup>13</sup>.

Tornando alla Comunicazione, basta soltanto un rapido esame dei casi in essa richiamati per comprendere come l'idea di innovazione che viene proposta è certamente più ampia rispetto a quella circoscritta al profilo tecnologico. Si pensi al caso dei "defibrillatori cardiaci impiantabili" rispetto ai quali nei principali ospedali della Spagna, del Regno Unito, dei Paesi Bassi e anche dell'Italia si è passati da un sistema di appalti per l'acquisto di dispositivi a un sistema di acquisto dei servizi, garantendo anche il *check up* a distanza. Dunque, un sistema nuovo in cui emerge la rilevanza anche organizzativa e strutturale della innovazione.

È evidente, dunque, che l'innovazione ha riguardato anche la stessa struttura

<sup>12</sup> F. TRAÙ, *Ipotesi sul possibile rapporto tra public-procurement e innovazione tecnologica nel contesto italiano*, in *L'industria*, n. 2/2009, p. 267 ss.

<sup>13</sup> Strumento lanciato per aiutare a "riorientare le politiche degli Stati membri verso investimenti sociali al fine di assicurare l'adeguatezza e la sostenibilità dei sistemi sociali", seguito poi dal Pilastro Europeo dei Diritti Sociali, adottato dalla Commissione nel 2017 dopo due anni dalla proposta (Juncker 2015), nel quale la macro-area su "Protezione sociale adeguata e sostenibile" contempla anche l'assistenza sanitaria.

dell’appalto, non concepito come una “mera” fornitura, incrementando i risultati per i pazienti a costi ottimizzati.

Altri esempi di innovazione organizzativo-procedurale sono richiamati nella stessa comunicazione a riprova dei vantaggi, in termini di riduzione della onerosità per i contribuenti o in termini di risposta al cambiamento sociale, che essa può garantire.

A conferma di ciò, nel documento è infatti specificato che l’innovazione può avere molteplici significati<sup>14</sup>, addicendosi al contesto tradizionale, nel qual caso si parla di *innovazione incrementale*; o mutando il sistema consolidato, generando attori, flussi e valori diversi, allorché si parla di *innovazione dirompente*; o addirittura comportando una trasformazione di maggiore impatto rispondendo a richieste di riforme strutturali e organizzative, nel qual caso si parla di *innovazione trasformativa*.

Una impostazione che, ad una attenta lettura sistematica delle disposizioni contenute nello stesso Codice, sia pure non dichiaratamente, può essere comunque rinvenuta e in esso collocata. Basti pensare alla significativa declinazione che esso offre del concetto di “qualità”, prescindendo dalla considerazione del solo profilo tecnico del prodotto, delle sue caratteristiche estetiche e funzionali, dell’accessibilità da parte dell’utilizzatore per estendersi a profili ulteriori inerenti alla fase di commercializzazione del prodotto, alle sue caratteristiche ambientali e innovative, alla reale efficacia e fruibilità per l’utilizzatore finale, alla stessa qualificazione dello staff che, nel settore sanitario richiama evidentemente la stessa aderenza terapeutica, nonché i servizi post vendita e di assistenza tecnica.

### 3. *La dimensione (soggettiva) organizzativa dell’innovazione*

Muovendo dai rapidi cenni sin qui fatti al complesso e articolato concetto di innovazione, è interessante andare a verificare, con specifico riferimento al settore degli appalti, se e in che termini l’innovazione sia stata implementata e quali ne siano i più evidenti profili di criticità.

Il primo ambito al quale rivolgere l’attenzione è senza dubbio rappresentato dalla considerazione del profilo (soggettivo) organizzativo. Si tratta di un aspetto sul quale il nostro sistema si è già confrontato all’atto del recepimento delle direttive, quando sul panorama degli appalti si è affacciata “l’aggregazione”<sup>15</sup> che, come

---

<sup>14</sup> p. 8.

<sup>15</sup> Sulle forme di aggregazione e sui soggetti aggregatori cfr., *ex multis*, L. FIORENTINO, *Le centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti*, in *Giorn. Dir. Amm.*, n. 4/2016, p. 446 ss.; M. DE BENEDETTI, *I soggetti aggregatori: nuovo modello organizzativo nella pubblica amministrazione italiana*, in *Amministrazione in Cammino*, 20 giugno 2017; P. CHIRULLI, *Qualificazione delle stazioni appaltanti e centralizzazione delle committenze*, in *Qualità ed efficienza nel*

ricordava il compianto prof. Abbamonte in un convegno napoletano, presenta anche un problema di compatibilità con il rispetto del principio autonomistico costituzionalmente garantito, e non solo. Quella stessa aggregazione che ha spostato il fulcro del sistema degli appalti dalla gara singola verso forme “nuove” di cooperazione/aggregazione tra le stazioni appaltanti o, secondo modelli meno strutturati, tra reti e associazioni di acquirenti pubblici che collaborano su una base *ad hoc*, per attuare appalti in materia di innovazione, organizzare scambi di buone prassi, come è accaduto nel settore del “calcolo ad alte prestazioni”, rilevante anche nel settore della sanità, nel quale alcuni centri di supercalcolo (in Francia, Italia, Spagna e Germania) nel 2017 hanno costituito un gruppo di acquirenti *ad hoc* per eseguire un appalto pubblico congiunto per l’innovazione riguardante soluzioni innovative<sup>16</sup>.

Dunque, formule aggregative che hanno interessato entrambe le parti (pubblica e privata) operanti nel settore sanitario. Il problema, in questo ambito, è rappresentato dalla standardizzazione che ha portato a un uso generalizzato dei modelli di acquisto aggregativi, con non pochi problemi sul profilo della idoneità delle risorse reperite. Sul punto basta richiamare i dati offerti dall’Osservatorio Gare CSA-CER<sup>17</sup> dai quali emerge, per il settore dei dispositivi medici, un incremento dal 37% nel 2007 al 75% nel 2015 di forme di acquisto centralizzate che fino al 2014 erano riconducibili in gran parte a unioni di acquisto, mentre nel 2015 a centrali regionali e questo soprattutto con riferimento ai dispositivi medici consumabili; un incremento più ridotto per le apparecchiature dove si registra una presenza importante di Consip. Uno sviluppo cui, come si dirà, non corrisponde un incremento della qualità, il tutto evidentemente a discapito della terza «E» (efficacia) che dovrebbe essere garantita comunque nelle procedure di gara.

Si tratta di un concetto che trova a proprio fondamento una determinante extragiuridica proprio nel convincimento diffuso della utilità e dei benefici che da esse possono generalmente derivare, riconducibili soprattutto al risparmio di spesa, ma anche al miglioramento della qualità, incremento dell’efficienza.

Un convincimento, questo, che, però, come ci insegna la scienza economica (di cui avremmo dovuto far tesoro sin dall’inizio) dalla quale abbiamo preso a prestito l’idea, non ha validità assoluta; da qui la necessità di strutturare il sistema in maniera elastica, consentendo alle stazioni appaltanti di procedere alle acquisizioni,

---

*nuovo codice dei contratti pubblici. Prospettive e questioni aperte*, Banca d’Italia – Quaderni di Ricerca Giuridica, n. 83, aprile 2018, p. 21 ss. Sulle strategie di aggregazione cfr., in particolare, gli Atti del Convegno *Appalti pubblici: innovazione e razionalizzazione. Le strategie di aggregazione e cooperazione europea nelle nuove Direttive*, Roma, Palazzo Spada, 14 maggio 2014, pubblicati sul sito web del Consiglio di Stato.

<sup>16</sup> In questo caso gli acquirenti pubblici hanno coordinato le rispettive tabelle di marcia per fornire risorse HPC in tutta Europa. Il bilancio totale previsto per questo primo appalto congiunto di soluzioni HPC innovative ammonta a 73 milioni di Euro. L’appalto permetterà di migliorare in modo significativo l’infrastruttura HPC a partire dal 2019, consentendo ulteriori investimenti.

<sup>17</sup> [https://www.assobiomedica.it/static/upload/csa/csa\\_studiogar401.pdf](https://www.assobiomedica.it/static/upload/csa/csa_studiogar401.pdf).

in proprio o attraverso il meccanismo dell’appalto congiunto, permettendo così al sistema di individuare al suo interno degli strumenti di auto-correzione, o meglio di adeguamento per rispondere compiutamente alle esigenze manifestate dal mercato. Ma è proprio la standardizzazione dell’innovazione il principale fattore di criticità.

Sul punto assai significativi gli esiti dello studio condotto dall’Osservatorio CSA-CER richiamato in precedenza nel quale sono evidenziati significativi profili di criticità ma anche i *mitigants* che sono stati individuati in alcune realtà regionali. Dati che certamente in astratto non sono rincuoranti se si riflette sulla soddisfazione del bisogno, in termini di adeguatezza dei prodotti acquisiti tramite le centrali uniche: si pensi ad esempio che il 63% degli intervistati concorda sul fatto che le centrali uniche di acquisto disincentivano l’innovazione perché lontane dai bisogni reali e dalle esigenze dell’utenza e, cosa ben più preoccupante, il 53% degli intervistati dichiara di essersi trovato a non utilizzare i dispositivi che sono stati acquistati o perché obsoleti o perché comunque non funzionali rispetto alle specifiche esigenze del presidio. Dati che fanno riflettere se si pensa all’esperienza dell’Emilia e Romagna dove il *masterplan* relativo ai fabbisogni viene aggiornato con cadenza annuale e con degli aggiustamenti su base territoriale, secondo una formula che pare mitigare la obbligatorietà in ottemperanza a un certamente condivisibile principio secondo cui deve essere la corretta valutazione dell’esigenza (fabbisogno) a guidare la individuazione della formula (anche organizzativa) migliore.

#### 4. *La dimensione contrattuale dell’innovazione*

Analogamente è a dirsi sul piano degli strumenti a disposizione.

Se la chiave è l’innovazione, il primo pensiero non può che andare alla categoria dei c.d. appalti innovativi rispetto ai quali il fattore innovazione è legato al prodotto: si pensi agli “*appalti pre-commerciali*”, cioè gli appalti di Ricerca, sviluppo e innovazione che “possono essere utilizzati quando non vi siano ancora soluzioni efficaci sul mercato e si rendano necessarie attività di ricerca e sviluppo”; oppure gli “*appalti pubblici per le soluzioni innovative*” (PPI) per l’acquisto di innovazioni esistenti che non hanno una piena diffusione, da tenere ben distinti dal c.d. Partenariato per l’Innovazione. E gli esempi potrebbero continuare richiamando le procedure competitive con negoziazione, il dialogo competitivo, o ancora i concorsi di progettazione o gli appalti di forniture di ricerca e sviluppo.

##### 4.1. *Gli appalti pre-commerciali*

Senza alcuna pretesa di esaustività dell’analisi dei singoli contratti, quanto ai primi, come noto, si tratta di strumenti che consentono a una o più stazioni appal-

tanti di risolvere le sfide economiche e sociali per le quali il mercato non presenti una soluzione attraverso attività di Ricerca e Sviluppo<sup>18</sup>.

Una formula che normalmente non rientra nella disciplina degli appalti pubblici e che, come noto, non necessariamente sfocia in un PPI (Public Procurement for Innovative Solutions) nel quale gli acquirenti pubblici agiscono quali *launch customers* di lavori, servizi e forniture che non sono ancora diffusi su larga scala. Appalti, appunto, “pre-commerciali” perché presuppongono possibili futuri acquisti delle soluzioni innovative sviluppate, quando rese commercialmente disponibili<sup>19</sup>.

Si tratta, come precisato nel Comunicato dell’ANAC del 9 marzo 2016, di contratti di appalto di servizi di ricerca e sviluppo tecnologico che prevedono:

- a) *“la condivisione dei rischi e dei benefici alle condizioni di mercato tra acquirente pubblico e soggetti aggiudicatari per lo sviluppo di soluzioni innovative, non già presenti sul mercato, a partire dall’ideazione fino allo sviluppo iniziale di quantità limitate di prodotti o servizi sperimentali idonee a risolvere un problema irrisolto e tecnologicamente complesso, posto dall’acquirente pubblico;*
- b) *la clausola di non esclusiva, in funzione della quale la stazione appaltante non riserva al suo uso esclusivo i risultati derivanti dalle attività di R&S;*
- c) *il cofinanziamento da parte delle imprese aggiudicatariè”.*

Dunque, come precisato nella comunicazione COM 799/07, siamo in presenza di una formula che mira a descrivere un approccio all’aggiudicazione di appalti e servizi di ricerca e sviluppo diverso da quelli “i cui risultati appartengono esclusivamente all’amministrazione aggiudicatrice perché li usi nell’esercizio della sua attività, a condizione che la prestazione del servizio sia interamente retribuita da tale amministrazione e che non costituisca un aiuto di stato” (art. 63).

Formula il cui ciclo, secondo quanto previsto nella richiamata comunicazione, muove dalla “curiosità” o meglio dalla necessità di offrire una risposta a un’esigenza avvertita/espressa dal mercato, che porta, attraverso la “formulazione di una idea di prodotto”, alla elaborazione della soluzione, seguita dalla messa a punto di prototipi che vengono prima prodotti in quantità limitate, in forma di serie sperimentali, per poi passare alla commercializzazione<sup>20</sup>.

#### 4.2. *Gli appalti pubblici per soluzioni innovative e il partenariato per l’innovazione*

Quanto agli Appalti pubblici per soluzioni innovative, essi riguardano beni, servizi e lavori con caratteristiche innovative. Gli acquirenti pubblici operano come

<sup>18</sup> Sul tema cfr. M. NULLI, *Gli appalti precommerciali*, in [www.osservatorioappalti.unitn.it](http://www.osservatorioappalti.unitn.it); R. WILKINSON ET AL., *Public procurement for research and innovation: expert and group report on developing procurement practice favourable to R&D and innovation*. EC Report EUR 21793, Luxembourg, Office for Official Publications of the EC.

<sup>19</sup> Com 799/2007/CE, art. 158 del Codice.

<sup>20</sup> I partecipanti a questa procedura sono individuati ai sensi dell’art. 45.

*early adopter* di soluzioni innovative non ancora adottate su larga scala, donde la necessità che l’acquisto riguardi una massa critica di soggetti tali da introdurre una produzione idonea al raggiungimento di prezzi e standard di qualità che consentono l’adozione della soluzione su larga scala. Dunque, una formula i cui elementi chiave sono (i) la creazione di un gruppo di acquisto, individuato sulla base di una attenta analisi del fabbisogno, che generi mercato per i prodotti e servizi innovativi (acquisti coordinati/congiunti); (ii) la valutazione di un capitolato tecnico sulla base degli *outcome* attesi.

Una formula che ben si presta a soddisfare le esigenze del settore socio-sanitario (come emerge dalla consultazione pubblica UE sul *procurement* per l’innovazione, ad esempio, per le *electronic diabetes management solutions; patient empowerment solutions*, ecc.).

Uno strumento da tenere distinto dal Partenariato per l’Innovazione disciplinato dall’art. 65 del Codice e dal Partenariato in generale (art. 180) come formula di cooperazione economica in assenza di risorse pubbliche. Una procedura, la prima, mono-aggiudicataria e multifase che porta a un acquisto integrato di ricerca e sviluppo e della soluzione innovativa non presente sul mercato. Dunque, una procedura strutturata in fasi successive, secondo la sequenza delle fasi del processo di ricerca e innovazione e che, pertanto, non richiede una massa critica di acquirenti.

Esso muove dal presupposto che l’amministrazione sia in grado di porsi come soggetto innovatore, creando così il mercato, di qui la necessità che le informazioni offerte siano sufficientemente precise da permettere agli operatori di individuare natura e ambito della soluzione richiesta, anche decidendo se partecipare o meno alla stessa procedura che l’art. 65 del Codice struttura come una procedura bifasica che vede prima una “prequalificazione”, seguita da una negoziazione strutturata in sottofasi.

Particolarità della fase di prequalificazione, nella quale vi è la possibilità di fare ricorso alla forcella con predeterminazione del numero minimo e massimo sulla base degli stessi criteri e condizioni, è rappresentata essenzialmente da 3 elementi:

- a) gli operatori forniscono alla stazione appaltante in merito alla soluzione richiesta;
- b) l’amministrazione formula inviti a presentare progetti di innovazione;
- c) la selezione avviene alla luce dei criteri relativi alle capacità nel settore ricerca e sviluppo, nonché della messa a punto di soluzioni innovative.

Le sottofasi in cui la seconda fase della negoziazione si articola vanno dalla domanda alla aggiudicazione e contano due fasi di negoziazione delle offerte iniziali e negoziazioni progressive sulla cui base vengono definiti i livelli di prestazione attesi e i costi massimi da sostenere per la realizzazione e lo sviluppo del processo innovativo.

## 5. *L'innovazione come "processo"*

Ma se si prescinde dal considerare l'innovazione come riferita strettamente al profilo tecnologico del prodotto e la si riferisce al "processo" anche di acquisto, un ruolo rilevante che potrebbe rivestire il PPP<sup>21</sup> che, nonostante le sue indubbie potenzialità, sta attraversando un momento di crisi dovuto a una molteplicità di fattori che vanno dall'elevato rischio amministrativo che ha caratterizzato le procedure di aggiudicazione; alla complessità delle procedure e le distorsioni alla concorrenza dovute al diritto di prelazione, che hanno scoraggiato la partecipazione di imprese alle gare e allontanato le imprese estere; e soprattutto alle difficoltà, insite nel nostro sistema di utilizzare i contratti per attuare una precisa allocazione del rischio e una altrettanto precisa delimitazione dei rischi assunti dalle parti; alla *capacity* delle amministrazioni<sup>22</sup>; e, non da ultimo, alla complessità dei contratti.

Uno strumento, il PPP, che, invece, anche per la scarsità di risorse, potrebbe avere un impiego significativo anche al di fuori del settore dei lavori, e questo anche nel settore della sanità, dove sui 38 contratti attivi tutti riguardano in diversa misura le strutture (14 sono per la realizzazione di nuovi ospedali; 8 per la ristrutturazione e ampliamento di ospedali esistenti; 2 per il completamento di ospedali realizzati con logiche tradizionali; 8 per la realizzazione di poli sanitari satellite o altre strutture – quali ad esempio i laboratori di analisi; e 8 per interventi di efficientamento energetico).

<sup>21</sup> Il PPP è stato diversamente approfondito dalla dottrina nel corso degli anni che ne ha esaminato le molteplici sfaccettature, evidenziando le principali problematiche e le maggiori criticità, cui i recenti studi hanno cercato di porre rimedio attraverso la formulazione, da parte di un gruppo di studio composito, guidato dal Mef, di un contratto standard. Tra i numerosi Autori, per la dottrina giuridica, cfr. R. DI PACE, *Partenariato pubblico privato e contratti atipici*, Giuffrè, Milano, 2006; M.P. CHITI, *Il partenariato pubblico-privato e la finanza di progetto*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2009; F. MASTRAGOSTINO (a cura di), *La collaborazione pubblico-privato e l'ordinamento amministrativo. Dinamiche e modelli di partenariato in base alle recenti riforme*, Giappichelli, Torino, 2011; A. DI GIOVANNI, *Il contratto di partenariato pubblico privato tra sussidiarietà e solidarietà*, Giappichelli, Torino, 2013. Sul partenariato pubblico-privato come strumento di innovazione cfr. S. PELLIZZARI, *Le forme di partenariato pubblico-privato come strumento di innovazione per lo sviluppo delle imprese e dei servizi sociali*, in *Impresa Sociale*, n. 3/2014, p. 36 ss.

<sup>22</sup> Di particolare interesse sono a questo proposito le considerazioni contenute nella Relazione Speciale n. 9 del 2018 della Corte dei Conti Europea su *Partenariati pubblico-privato nell'UE: carenze diffuse e benefici limitati*. La Corte, infatti, ha rilevato che "Per attuare con successo i progetti PPP è necessario disporre di capacità amministrative non indifferenti, che possono scaturire solo da quadri istituzionali e normativi adeguati e da una lunga esperienza nell'attuazione di progetti PPP"; la Corte ha al contrario "constatato che attualmente tali capacità esistono solo in un numero limitato di Stati membri dell'UE. La situazione non corrisponde quindi all'obiettivo dell'UE di dare esecuzione alla maggior parte dei fondi UE tramite progetti a finanziamento misto, tra cui i PPP". Di talché, "La combinazione tra finanziamenti UE e PPP comporta incertezze e requisiti aggiuntivi. Inoltre, la possibilità di registrare i progetti PPP come voci fuori bilancio è un elemento importante nella scelta dell'opzione PPP; in pratica, tuttavia, c'è il rischio che risultino compromessi il rapporto benefici/costi e la trasparenza" (p. 11).

Elementi di crisi sui quali ha posto anche l’accento l’ANAC nelle Linee guida n. 9, in particolare con riferimento alla valutazione *ex ante* della convenienza economica e della sostenibilità finanziaria dell’investimento finalizzata a verificare la convenienza o l’opportunità delle procedure. Oggi obbligo rafforzato dal c. 3 dell’art. 181. Unitamente a un non efficace monitoraggio della fase di post-aggiudicazione, soprattutto sotto il profilo della permanenza in capo al partner privato dei rischi che gli erano stati trasferiti che hanno avuto l’effetto di vanificare il valore aggiunto atteso dal coinvolgimento di capitali e competenze privati.

Dunque, criticità che concernono l’allocazione dei rischi all’operatore economico, per ciò che concerne il rischio operativo, includendo, come sottolineato dall’ANAC, non solo il rischio connesso alla costruzione ma anche il rischio di disponibilità e il rischio di domanda e, sempre seguendo le linee guida ANAC, facendo in modo che, in linea con il c. 3 dell’art. 180, “il contenuto del contratto [sia] definito tra le parti in modo che il recupero degli investimenti effettuati e dei costi sostenuti dall’operatore economico, per eseguire il lavoro o fornire il servizio, dipenda dall’effettiva fornitura del servizio o utilizzabilità dell’opera o del volume dei servizi erogati in corrispondenza della domanda”. “Ciò significa che, da un lato la valutazione della sostenibilità dell’operazione è fatta sulla base di flussi stimati – e non effettivi – dei servizi resi o dalla disponibilità dell’opera, secondo (mere) previsioni di domanda e secondo criteri di quantità e qualità dell’opera definiti *ex ante*; dall’altro i livelli di servizi effettivamente forniti e la relativa qualità potranno divergere (*ex post*) da quelli stimati e ciò potrà determinare una perdita o un guadagno in capo all’operatore economico”. Ciò in coerenza con la stessa definizione di rischio operativo dettata proprio per le concessioni.

Una corretta gestione del rischio operativo consentirebbe, tra l’altro, una maggiore remuneratività del capitale investito. Dunque, un lavoro di “consolidamento” della matrice su cui poggia la stessa struttura contrattuale, ivi incluso lo stesso piano economico e finanziario, rispetto al quale, sempre nelle richiamate linee guida, in linea con le osservazioni rese dal Consiglio di Stato e dal MEF, si evidenzia la non accoglibilità dell’opzione di rimettere alla libera discussione delle parti l’individuazione di tali eventi, essendo necessario – ai fini di una certezza dei rapporti contrattuali – che nel contratto essi siano già individuati.

In questo contesto, la corretta definizione delle clausole contrattuali è uno dei passaggi per la corretta allocazione dei rischi in capo alla parte ritenuta più capace di gestirli, nonché per il mantenimento in capo all’operatore economico dei rischi allo stesso trasferiti.

Di qui l’opzione di definire i vari elementi, inclusa la stessa matrice dei rischi, considerata come parte integrante del contratto di PPP, sia pure con le necessarie garanzie di elasticità, onde consentire la corretta valutazione/redazione da parte degli operatori, di modo che possano porla a base per la redazione del documento di fattibilità economica e finanziaria, per verificare la convenienza del ricorso al

PPP rispetto ad un appalto tradizionale e per la corretta indizione della fase procedimentale.

E la matrice dei rischi, assieme alla garanzia di un adeguato flusso informativo sui dati relativi all'andamento della gestione dei lavori e dei servizi e del resoconto gestionale sono strumenti prioritari di controllo.

Elementi, questi sommariamente richiamati, che se correttamente ricalibrati potrebbero essere adeguati alle esigenze di un "oggetto" contrattuale non limitato ai lavori ma, come del resto altre esperienze hanno già provato, esteso anche ai servizi (inclusivi di forniture di prodotti)<sup>23</sup>.

#### 6. *Verso un "approccio strategico" degli appalti: la necessità di una nuova capacity istituzionale per un utilizzo flessibile degli strumenti esistenti*

In tutti i casi la chiave del successo è la definizione di una corretta strategia organizzativa, anche allargando il panorama dei soggetti coinvolti, da un lato, e la costruzione di una competenza (*capacity*) dei soggetti, dall'altro.

A base della costruzione di detta strategia non può che esserci una corretta lettura del fabbisogno espresso dal mercato. Sul punto sia consentito richiamare la stessa idea che il codice propone di qualità cui si faceva cenno in precedenza. Una idea che presuppone che a monte vi sia una amministrazione in grado di cogliere le "rinnovate esigenze" (fabbisogni dell'utenza) espresse dal mercato (e dall'altro lato un mercato degli operatori in grado di fare delle proposte) e tradurle, assieme agli attori privati, in risposte concrete, individuando anche le possibili fonti di finanziamento.

In questo senso può assumere un ruolo di primaria importanza la consultazione preliminare del mercato che, sebbene non disciplinata espressamente dall'art. 66 del Codice deve, alla luce dei principi generali, essere trasparente; improntata alla non discriminazione e alla parità di trattamento; non deve compromettere la contendibilità dell'affidamento in sede di gara successiva<sup>24</sup>. La consultazione, pertanto, dovrebbe essere indetta mediante avviso pubblico, per garantire la trasparenza, quanto alle finalità deve tendere alla

- a) verifica della disponibilità sul mercato di servizi/prodotti aventi specifiche caratteristiche richieste;
- b) verifica di criticità nell'impostazione dei documenti;

---

<sup>23</sup> Sul punto cfr. la Comunicazione della Commissione *Orientamenti in materia di appalti per l'innovazione*, cit.

<sup>24</sup> Spunti in tal senso possono cogliersi dalle Linee guida ANAC, 13 settembre 2017, n. 8 e dalla stessa giurisprudenza che, ad esempio, ha posto in luce la rilevanza che può avere la massima partecipazione alle consultazioni anche al fine di individuare la formula più idonea (in tal senso, da ultimo, TAR Toscana, III, 16 novembre 2018, n. 1089).

c) ricevere osservazioni e suggerimenti.

Quanto alle modalità di svolgimento:

a) invio di contributi scritti (relazioni, documentazione tecnica, questionari, ecc.) senza contatti diretti;

b) audizione contemporanea degli operatori b) verbalizzazione dei risultati dell’incontro/eventi pubblici;

c) successiva audizione con pubblicazione dell’esito.

In questo quadro va comunque tenuto presente che la partecipazione o la mancata partecipazione sono ininfluenti ai fini dell’ammissione alla gara successiva.

Dunque, una amministrazione che sia in grado di farsi essa stessa motore di sviluppo, spronando i mercati ad adottare soluzioni innovative, come nel caso di Öbrero (Svezia) in cui la richiesta di un prodotto specifico, non molto diffuso sul mercato, ha portato a un adeguamento della offerta da parte dei fornitori che, in un breve periodo hanno aggiunto il prodotto “con le specifiche caratteristiche” richiesto dall’amministrazione (nel caso di specie si trattava di prodotti privi di sostanze dannose, nella specie PVC) modificando il loro ciclo produttivo.

Si pensi proprio ai casi degli appalti pre-commerciali<sup>25</sup> o degli appalti per soluzioni innovative. In entrambi i casi, essenziale la definizione della esigenza anche attraverso il ricorso a consultazioni di mercato, con gli operatori interessati perché solo così è possibile definire il contesto operativo nel quale definire i requisiti della soluzione richiesta: funzionali nel PCP; funzionali e/o tecnici nel PPI (art. 59).

In questo senso è, però, indispensabile che si investa sulla “*capacity*” istituzionale, in modo offrire all’amministrazione gli strumenti che le consentano di abbandonare un “approccio puramente amministrativo” che considera gli appalti una mera procedura di acquisto di prodotti o servizi, in favore di un “approccio strategico” che sfrutti gli appalti per favorire gli investimenti nell’economia reale e stimoli la domanda, in un’ottica di accrescimento della competitività, basata sull’innovazione e sulla digitalizzazione (una esigenza chiaramente espressa nel Protocollo di intesa per l’individuazione delle strategie per potenziare il ruolo della domanda pubblica con leva per l’innovazione sottoscritto da Confindustria, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, agenzia per l’Italia digitale e Itaca).

Dunque, una nuova cultura che consenta, anche nel contesto di Horizon 2020, di individuare nuovi strumenti di finanziamento.

In questo senso la stessa commissione nella comunicazione COM 2018 evidenzia la necessità di operare un raffronto delle competenze anche nell’ambito degli appalti per l’innovazione individuando i seguenti punti essenziali:

---

<sup>25</sup> Sull’argomento v. M. NULLI, *Gli appalti precommerciali*, in [www.osservatorioappalti.unitn.it](http://www.osservatorioappalti.unitn.it), 2012; C. EDQUIST, J.M. ZABALA – ITURRIAGAGOITIA, *Pre-commercial procurement: a demand or supply policy instrument in relation to innovation?*, in *R&D Management*, Vol. 45, Issue 2, 2014; S. PAPA, *Gli appalti precommerciali: un particolare approccio all’aggiudicazione degli appalti di ricerca e sviluppo*, in [www.giustamm.it](http://www.giustamm.it), n. 3/2017.

- *“Formazione e assistenza per i soggetti interessati, risultando la professionalità uno dei fattori alla base del successo:*
- *Conoscenze*
  - *Coinvolgimento del mercato e delle parti interessate*
  - *Prodotti e servizi pertinenti*
- *Competenze di base*
  - *Quadro giuridico pertinente*
  - *Trattative*
  - *Gestione dei contratti*
- *Competenze specifiche nel settore dell’innovazione*
  - *Valutazione dei rischi*
  - *Gestione dei diritti di proprietà intellettuale*
  - *Imprenditorialità strategica”.*

Dunque, necessità della costruzione di una competenza (*capacity* istituzionale e degli attori) tecnica che, con specifico riferimento al PPP, emerge ancor più se si considerano le cause di mortalità dei progetti (per l’Italia il dato registrato è pari al 95%, il più alto in Europa). Una necessità ormai riconosciuta anche dalla stessa Corte dei conti nel “rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica”, che, a seguito del monitoraggio e della valutazione delle operazioni di PPP in Italia, nel decennio 2007-2017 ha sottolineato come *“il presupposto fondamentale affinché il mercato delle PPP possa crescere all’interno di una politica di rilancio degli investimenti in infrastrutture e servizi, è costituito, inoltre, dalla qualità dei progetti, laddove la combinazione delle capacità e dei capitali pubblici e privati, la condivisione dei rischi, lo scambio di esperienze riescano a costruire un efficace quadro di cooperazione”.*

*Capacity* che deve permanere dalla ricognizione del fabbisogno per tutta la vita del contratto rilevando su tutto il processo, si pensi alla valutazione dei rischi, o alla capacità di valutare i potenziali benefici di “formule nuove”, evitando, pertanto che le standardizzazioni, pur esse necessarie, intese come processo di riduzione dei rischi, si tramutino in una sterile imposizione di modelli non funzionali alle esigenze dell’utenza e del mercato.

E in questo quadro non è certamente un caso che lo stesso documento del 2018 precisa non solo l’esigenza che gli appalti per l’innovazione non abbiano luogo in maniera isolata, generando “migliori risultati se sostenuti da altre politiche settoriali e orizzontali in grado di favorire l’innovazione”. E con specifico riferimento proprio al settore sanitario viene sottolineata l’opportunità di “prevedere azioni mirate riguardanti appalti per l’innovazione in quadri strategici e piani d’azione per settori specifici (ad esempio, sicurezza, sanità, cambiamenti climatici, ecc.)”, esprimendo così la consapevolezza che proprio le peculiarità del settore richiedono non solo una visione strategica specifica ma che tale visione strategica sia riportata in un quadro *ad hoc* che superi la (sterile) standardizzazione.

**Abstract**

Ideas for the construction of a culture of innovation in health procurement

by Loredana Giani

The paper focuses on the difficult balance between appropriateness of treatment and containment of health expenditure from the perspective of the effective guarantee of the right to health. It therefore analyses possible solutions for such a difficult balance, that have to be traced by moving from an in-depth discussion on the “quality” of the service itself, the “organisational” profiles and the instruments that the organisation possesses to achieve this goal.

From this perspective the paper analyses the role that innovation can play. Innovation as a criterion of policy that intercepts new organisational and contractual formulae, as well as new ways of offering products and services which guarantee a better meeting of needs.

In particular the paper focuses on the subjective and contractual dimension of innovation in public procurement, underlining the importance of the strategic approach, and the necessity to invest in the capacity building of administrations so as to give them the possibility to make flexible use of existing instruments, finding the most suitable procedure that guarantees the best balance between the containment of costs and the effective guarantee of the right to health.

*Keywords:* Innovation; Organisation; Capacity building; Innovative procedures.