

RELAZIONE

Indagine conoscitiva sugli affidamenti in regime emergenziale di forniture e servizi sanitari connessi al trattamento ed al contenimento dell'epidemia da COVID 19 – Report di seconda fase

Elaborazione ed analisi dei dati forniti dalle stazioni appaltanti sull'intero territorio nazionale degli affidamenti campionati – Criticità rilevate – Proposte per lo sviluppo dell'attività di vigilanza ed ispettiva.

Uffici UVCS-UVSF-UOSA-USPEND-ISP

Approvata dal Consiglio in data 4 agosto 2020



INDICE

Premessa

1. Riepilogo dell'attività della prima fase di indagine sugli affidamenti connessi all'emergenza Covid19

- 1.1. Inquadramento normativo degli affidamenti connessi all'emergenza COVID19
- 1.2. Gli affidamenti effettuati - Le principali categorie merceologiche interessate ed i requisiti richiesti - I dati estratti da SIMOG - Modalità di selezione degli affidamenti ed analisi dei dati raccolti
- 1.3. Il campione di affidamenti individuato e le relative caratteristiche

2 Analisi complessiva della spesa relativa agli affidamenti connessi all'emergenza Covid19 su base nazionale e regionale con aggiornamento del set di dati

- 2.1 La distribuzione della spesa in relazione alla capacità di aggregazione degli acquisti
- 2.2 La distribuzione della spesa in relazione agli strumenti di acquisto utilizzati
- 2.3 La distribuzione della spesa su base regionale e relativi indicatori

3 La seconda fase di indagine

- 3.1 La ricognizione effettuata presso le stazioni appaltanti- la scheda di rilevazione dei dati
- 3.2 Analisi dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti
 - a) i prezzi di aggiudicazione
 - b) i tempi di fornitura, la qualità della fornitura, la quantità della fornitura e la qualificazione dei fornitori

4 Le criticità di ordine generale rilevate

5. Conclusioni e proposta per un prosieguo di attività



Premesse

Nell'ambito dei compiti assegnati all'Ufficio, considerata la rilevanza socio-economica che gli effetti del periodo emergenziale hanno prodotto sul Paese e tenuto conto delle notizie di stampa diffuse in tema di approvvigionamenti sanitari si è ritenuto opportuno attivare un'indagine conoscitiva sugli affidamenti effettuati nel periodo di picco del fenomeno di forniture e servizi sanitari connessi al trattamento ed al contenimento dell'epidemia da COVID 19.

L'attività espletata in una prima fase di indagine è stata, pertanto, incentrata sulla raccolta di dati ed informazioni utili, ricavati da SIMOG sulla base di apposite *query*, al fine di condurre su di essi una prima analisi finalizzata ad un inquadramento dell'attività contrattuale svolta dalle stazioni appaltanti operanti in ambito sanitario sull'intero territorio nazionale tenendo conto della cornice normativa "speciale" che ha accompagnato tale periodo. Raccolti con tale modalità i dati relativi agli affidamenti di servizi e forniture si è quindi proceduto ad individuare, attraverso specifico campionamento, gli affidamenti da sottoporre, mediante specifica richiesta di informazioni da rivolgere alle stazioni appaltanti, ad un'analisi specifica più approfondita, oggetto della successiva ed attuale fase di attività finalizzata ad analizzare ed individuare profili di interesse connessi con i principi di efficienza ed economicità che devono caratterizzare l'azione amministrativa.

La presente relazione di seconda fase si sviluppa pertanto affrontando i seguenti temi.

Il primo capitolo riepiloga le attività svolte nella prima fase fornendo una preliminare sintesi del quadro normativo speciale che ha guidato gli affidamenti in tale periodo emergenziale per poi affrontare il tema della raccolta dei dati relativi agli affidamenti emergenziali Covid19 analizzandone le risultanze in modo aggregato a livello nazionale e regionale fornendo quindi un quadro conoscitivo di quanto avvenuto nei mesi di marzo ed aprile in materia di affidamenti connessi allo stato emergenziale sanitario dichiarato dal Governo.

Nel secondo capitolo viene analizzata la spesa relativa agli affidamenti effettuati nel periodo 1° marzo-30 aprile connessi all'emergenza sulla base di un aggiornamento ad oggi del set di dati di base, effettuandone un'analisi a livello nazionale e regionale nonché, sulla base di specifici indicatori, della relativa coerenza, efficienza ed economicità.

Il terzo capitolo affronta e descrive quanto effettuato nella seconda fase di indagine, oggetto della presente relazione, sia in termini di tipologia di dati ed informazioni richieste alle stazioni appaltanti sui CIG campionati, sia fornendo un quadro riassuntivo delle risposte pervenute alla base delle successive valutazioni in termini di criticità generali rilevate e di specifiche azioni di vigilanza, eventualmente anche di natura ispettiva.

Il quarto capitolo si propone di riepilogare, da un punto di vista generale, i fenomeni e le più tipiche criticità rilevate connesse agli affidamenti effettuati nel periodo emergenziale.

Il quinto ultimo capitolo, nel fornire e compendiare le conclusioni cui l'attività svolta consente di pervenire, fornisce una proposta di prosieguo dell'attività evidenziandone le motivazioni, i contenuti e le possibili relative modalità di intervento.



1. Riepilogo dell'attività della prima fase di indagine sugli affidamenti connessi all'emergenza Covid19

1.1 Inquadramento normativo degli affidamenti connessi all'emergenza COVID19

A seguito della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus emessa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 30 gennaio 2020 e delle conseguenti raccomandazioni circa la necessità di applicare misure adeguate¹, il Consiglio dei Ministri con **delibera del 31.01.2020** ha dichiarato su tutto il territorio nazionale lo stato di emergenza per la durata di sei mesi dalla data del citato provvedimento, ai sensi degli artt. 7, co. 1, lett. c) e 24, co. 1 del d. lgs. 2 gennaio 2018 n. 1 e, al contempo, ha disposto di provvedere, per l'attuazione degli interventi da effettuare nella vigenza dello stato di emergenza, con ordinanze emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, nei limiti delle risorse di cui al comma 3 della citata delibera.

La citata delibera del Governo discende dalla situazione di diffusa crisi internazionale determinata dalla insorgenza di rischi per la pubblica e privata incolumità connessi ad agenti virali trasmissibili, che, nel momento in cui la delibera è stata emanata, iniziavano ad interessare anche l'Italia. Si è ritenuto che tale contesto di rischio, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, imponesse l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività presente sul territorio nazionale, tenuto conto che detta situazione di emergenza, per intensità ed estensione, non fosse fronteggiabile con mezzi e poteri ordinari.

Tra gli interventi di normazione primaria d'urgenza adottati dal Governo va evidenziato il **D.L. n. 9 del 2 marzo 2020**, il cui art. 34, rubricato *Disposizioni finalizzate a facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicali*, prevede al comma 1 che il Dipartimento della protezione civile e i soggetti attuatori individuati dal Capo dipartimento con CDPC n. 630 del 3 febbraio 2020, sono autorizzati, nell'ambito delle risorse disponibili per la gestione dell'emergenza, fino al termine dello stato di emergenza di cui alla citata delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, ad acquisire dispositivi di protezione individuali (DPI) come individuati dalla circolare del Ministero della salute n. 4373 del 12 febbraio 2020 e altri dispositivi medicali, nonchè a disporre pagamenti anticipati dell'intera fornitura, in deroga al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. Si tratta di una prima disposizione che introduce una deroga di ordine generale al vigente codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Sempre per fronteggiare lo stato di emergenza è stato poi adottato il decreto cd. *Cura Italia*, approvato con **D.L. n. 18 del 17 marzo 2020**, che ha dettato una complessa ed eterogenea serie di disposizioni per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Coronavirus: il provvedimento stabilisce misure volte al potenziamento del servizio sanitario nazionale, misure di tipo economico destinate al sostegno di famiglie

¹ L'OMS l'11 marzo 2020 ha dichiarato che l'epidemia da COVID – 19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale.



e imprese, misure in materia di sospensione e riorganizzazione delle attività amministrative e giudiziarie e misure volte all'acquisizione di beni e servizi connessi alla fase emergenziale.

In tema di contratti pubblici, al fine di facilitare l'acquisizione dei beni e servizi necessari per la promozione del lavoro agile, le disposizioni del decreto legge hanno declinato una disciplina in larga parte derogatoria rispetto al modello della procedura aperta previsto in via generale dal Codice dei contratti pubblici. Il ricorso a strumenti procedurali più agili si rende necessario laddove le tempistiche dell'azione amministrativa e il complesso iter per l'aggiudicazione di un contratto non consentirebbero di assolvere con tempestività alle esigenze dettate dall'emergenza.

È il caso dell'art. 75 del d.l. n. 18/2020, rubricato *"Acquisti per lo sviluppo di sistemi informativi per la diffusione del lavoro agile e di servizi in rete per l'accesso di cittadini e imprese"*, che dispone, *"in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale e fatto salvo il rispetto delle disposizioni del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159"*, l'acquisto sino al 31 dicembre 2020, di beni e servizi informatici e di connettività, mediante procedura di cui all'art. 63, comma 2, lett. c), del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. La norma precisa che l'affidatario dovrà essere selezionato tra almeno quattro operatori economici, di cui almeno una «start-up innovativa» o un «piccola e media impresa innovativa», iscritta nell'apposita sezione speciale del registro delle imprese. La disposizione affida dunque l'acquisizione dei sistemi informativi per il lavoro agile nella P.A. alla procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, strumento flessibile che il legislatore del Codice dei contratti pubblici ha destinato, tra l'altro, alle ipotesi in cui, per ragioni di estrema urgenza derivante da eventi imprevedibili, i termini per le procedure aperte, ristrette o negoziate non possono essere rispettati. La possibilità di ricorrere alla procedura negoziata ben si adatta alla situazione contingente, di natura senza dubbio emergenziale e imprevedibile.

Altro rilevante profilo della disciplina introdotta dal decreto *"Cura Italia"* in materia di contratti pubblici è contenuto nell'art. 99 del d.l. n. 18/2020, rubricato *"Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*.

È necessaria una premessa: a fronte delle richieste pervenute dal sistema sanitario in termini di implementazione dei posti letto nei reparti di terapia intensiva e acquisizione di attrezzature mediche e presidi di protezione individuale per il personale, si è assistito ad una mobilitazione di solidarietà, attraverso donazioni spontanee da parte dei singoli cittadini, associazioni e imprese di ogni livello, sì da consentire alla Protezione Civile e alle Regioni di raccogliere fondi destinati al potenziamento del servizio sanitario.

Sul punto il Governo ha stabilito che *"sino al 31 luglio 2020, l'acquisizione di forniture e servizi da parte delle aziende, agenzie e degli enti del Servizio sanitario nazionale da utilizzare nelle attività di contrasto dell'emergenza COVID-19, qualora sia finanziata in via esclusiva tramite donazioni di persone fisiche o giuridiche private, ai sensi dell'art. 793 c.c., avviene mediante affidamento diretto, senza previa consultazione di due o più operatori economici, per importi non superiori alle soglie di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, a condizione che l'affidamento sia conforme al motivo delle liberalità"*.

La disposizione è destinata agli affidamenti da parte delle strutture sanitarie e prevede una vistosa deroga alla disciplina codicistica per le procedure al di sotto della soglia di rilevanza comunitaria, che sono sottratte alle regole dell'evidenza pubblica ed aggiudicate mediante l'affidamento diretto all'impresa individuata



dalla stazione appaltante, senza previa consultazione di due o più operatori economici. Tuttavia la disposizione nulla stabilisce per gli affidamenti al di sopra della soglia di rilevanza comunitaria, peraltro niente affatto infrequenti nel settore della sanità.

Nell'ambito del contesto emergenziale dichiarato con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, il Capo della Protezione Civile ha adottato l'**ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020** al fine di realizzare azioni di intervento necessarie, straordinarie ed urgenti e misure di coordinamento delle stesse per fronteggiare l'emergenza su tutto il territorio nazionale. Per la realizzazione degli interventi in campo sanitario quali quelli relativi alle procedure d'urgenza per l'acquisizione di farmaci, dispositivi medici, di protezione individuale, e biocidi, è stata prevista un'azione di coordinamento a livello centrale diretta dal Dipartimento di protezione civile con l'ausilio delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile e di soggetti attuatori, individuati anche tra gli enti pubblici economici e non economici e soggetti privati. Al fine di garantire una semplificazione delle procedure e il loro adeguamento alla tempistica del contesto emergenziale, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, è stata prevista la possibilità di provvedere in deroga ad alcune disposizione normative del d.lgs. n. 50/2016, specificatamente elencate nell'art. 3 dell'ordinanza. Nell'ambito delle deroghe previste dall'art. 3, il comma 3 prevede che *"Il Capo del Dipartimento della protezione civile ed i soggetti attuatori, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, della direttiva del Consiglio dei ministri del 22 ottobre 2004 e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario, per la realizzazione degli interventi di cui alla presente ordinanza, possono procedere in deroga ai seguenti articoli del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50"*:

- 21, allo scopo di autorizzare le procedure di affidamento anche in assenza della delibera di programmazione;
- 32, 33, 34, 36, 70, 72, 73, 76 e 98, allo scopo di consentire la semplificazione della procedura di affidamento e l'adeguamento della relativa tempistica alle esigenze del contesto emergenziale; la deroga agli articoli 76 e 98 è riferita alle tempistiche e modalità delle comunicazioni ivi previste, da esercitare in misura compatibile con le esigenze del contesto emergenziale;
- 35, allo scopo di consentire l'acquisizione di beni e servizi omogenei e analoghi, caratterizzati da regolarità, da rinnovare periodicamente entro il periodo emergenziale;
- 37 e 38, allo scopo di consentire di procedere direttamente ed autonomamente all'acquisizione di lavori, servizi e forniture di qualsiasi importo in assenza del possesso della qualificazione ivi prevista e del ricorso alle Centrali di committenza;
- 40 e 52, allo scopo di ammettere mezzi di comunicazione differenti da quelli elettronici, ove le condizioni determinate dal contesto emergenziale lo richiedono;
- 60, 61 e 85, allo scopo di semplificare e accelerare la procedura per la scelta del contraente;
- 63, comma 2, lettera c) relativamente alla possibilità di consentire lo svolgimento di procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando, al fine di accelerare la procedura di scelta del contraente e avviare, per ragioni di estrema urgenza a tutela della salute e dell'ambiente, gli interventi infrastrutturali di cui alla presente ordinanza.



Tale deroga, se necessaria, potrà essere utilizzata anche per l'individuazione dei soggetti cui affidare la verifica preventiva della progettazione di cui all'articolo 26, comma 6, lettera a) del medesimo decreto legislativo n. 50 del 2016;

- 95, relativamente alla possibilità di adottare il criterio di aggiudicazione con il prezzo più basso anche al di fuori delle ipotesi previste dalla norma;

- 97, relativamente alla possibilità di esercitare la facoltà di esclusione automatica fino a quando il numero delle offerte ammesse non è inferiore a cinque;

- 31, allo scopo di autorizzare, ove strettamente necessario, l'individuazione del RUP tra soggetti idonei estranei agli enti appaltanti, ancorché dipendenti di ruolo di altri soggetti o enti pubblici, in caso di assenza o insufficienza di personale interno in possesso dei requisiti necessari all'espletamento degli incarichi e dell'incremento delle esigenze di natura tecnico-progettuali derivanti dalle esigenze emergenziali;

- 24, allo scopo di autorizzare l'affidamento dell'incarico di progettazione a professionisti estranei all'ente appaltante, in caso di assenza o insufficienza di personale interno in possesso dei requisiti necessari all'espletamento dell'incarico e dell'incremento delle esigenze di natura tecnico - progettuali derivanti dalle esigenze emergenziali;

- 25, 26 e 27, allo scopo di autorizzare la semplificazione e l'accelerazione della procedura concernente la valutazione dell'interesse archeologico e le fasi di verifica preventiva della progettazione e di approvazione dei relativi progetti;

- 157, allo scopo di consentire l'adozione di procedure semplificate e celeri per l'affidamento di incarichi di progettazione e connessi, secondo le modalità ed entro i limiti stabiliti dalla presente ordinanza;

- 105, allo scopo di consentire l'immediata efficacia del contratto di subappalto a far data dalla richiesta dell'appaltatore, effettuando le verifiche circa il possesso dei requisiti, secondo le modalità descritte all'art. 163, comma 7, del decreto legislativo n. 50/2016;

-106, allo scopo di consentire varianti anche se non previste nei documenti di gara iniziali e allo scopo di derogare ai termini previsti dai commi 8 e 14 per gli adempimenti nei confronti di ANAC.

In caso di ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando, fermo restando quanto previsto al comma 3, i soggetti di cui all'art. 1 dell'ordinanza provvedono previa selezione, ove possibile e qualora richiesto dalla normativa, di almeno cinque operatori economici, effettuando le verifiche circa il possesso dei requisiti, secondo le modalità descritte all'art. 163, comma 7, del decreto legislativo n. 50/2016. Il ricorso alle deroghe deve avvenire sulla base di apposita motivazione.

In ragione dell'aggravamento dell'emergenza sanitaria, con successiva **ordinanza n. 639 del 25 febbraio 2020** sono state adottate ulteriori misure di superamento del contesto di criticità. Ai sensi dell'art. 1 dell'ordinanza, salvi gli effetti delle procedure di acquisizione già espletate o già in corso oltre che dei contratti già conclusi, il Dipartimento della Protezione civile provvede, in ragione dei fabbisogni rappresentati dai soggetti attuatori all'art.1 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, all'acquisizione dei dispositivi di protezione individuali (DPI) ed i relativi ordini di acquisto hanno priorità assoluta rispetto ad ogni altro ordine anche già emesso. Previa autorizzazione del Dipartimento della protezione civile, le amministrazioni del Comparto della sicurezza, della difesa e del



soccorso pubblico ed il Ministero della salute provvedono direttamente ed autonomamente alle acquisizioni dei dispositivi, ferma restando la possibilità delle Regioni e Province autonome di acquistare direttamente.

Al fine di realizzare gli interventi necessari al superamento del contesto emergenziale, come descritto nei provvedimenti sopra richiamati, il Capo del Dipartimento della protezione civile, in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 1, dell'ordinanza CDPC n. 630 del 2020, ha nominato, con proprio **decreto n. 666 del 2 marzo 2020**, l'Amministratore delegato di Consip S.p.A. Soggetto attuatore per l'acquisizione di beni, servizi e forniture necessari per fronteggiare l'emergenza

In qualità di "Soggetto attuatore" Consip opera sulla base di specifiche direttive impartite dal Capo del Dipartimento della protezione civile, oltre che in stretto raccordo con la struttura di coordinamento del medesimo Dipartimento attivata per la gestione dell'emergenza in esame.

Il Decreto n. 666/2020 precisa che per l'espletamento dei compiti affidati il Soggetto attuatore può avvalersi delle deroghe di cui all'articolo 3 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e s.m.i. al fine di assicurare la più tempestiva conclusione dei procedimenti, nonché della disciplina sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 5 della medesima ordinanza. Le attività in argomento sono svolte nell'ambito dei compiti istituzionali di Consip e non comportano nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In sede di attuazione di tali eccezionali compiti Consip S.p.A. ha, pertanto, espletato procedure d'urgenza per reperire nel mercato prodotti, materiali e dispositivi per il contenimento e trattamento dell'epidemia da Covid-19. L'importo totale affidato dalla Consip risulta pari ad **€ 1.045.112.381**.

In particolare, risultano espletate le seguenti procedure:

- 1) procedura negoziata d'urgenza ex art. 63, comma 2, lett. c), del d.lgs. 50/2016, per l'affidamento di accordi quadro per la fornitura di *dispositivi medici per terapia intensiva e sub-intensiva* destinati all'emergenza sanitaria (ID 2281), suddivisa in 7 Lotti, da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 06/03/2020 e termine ultimo di ricezione offerte 09/03/2020. Importo complessivo a base d'asta euro 184.875.000,00, con aggiudicazione in data 9/03/2020 per complessivi euro 114.389.910,80;
- 2) procedura negoziata d'urgenza ex art. 63, comma 2, lett. c), del D.lgs. 50/2016, per l'affidamento di accordi quadro per la fornitura di *dispositivi di protezione individuale e apparecchiature elettromedicali, dispositivi e servizi connessi*, destinati all'emergenza sanitaria (ID 2282), suddivisa in 18 lotti, da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 13/03/2020 e termine ultimo di ricezione offerte 16/03/2020. Importo complessivo a base d'asta euro 49.186.500,00, con aggiudicazioni dei lotti disposte tra il 12 e il 17 marzo 2020, per complessivi euro 134.516.907,00;
- 3) procedura negoziata ex art. 63, comma 2, lettera b) n. 2 e 3, del D.lgs 50/2016 per l'affidamento di *tamponi rinofaringei* destinati all'emergenza sanitaria (ID 2284), lotto unico, da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 11/03/2020 e termine ultimo di ricezione offerte 12/03/2020. Importo a base d'asta euro 880.000,00 con aggiudicazione disposta il 12/03/2020 per euro 879.525,00;
- 4) procedura negoziata ex art. 63, comma 2, lettera b) n. 2 e 3, del D.lgs 50/2016 per l'affidamento di *kit diagnostici* per coronavirus destinati all'emergenza sanitaria Covid-19 – (ID 2285), lotto unico, da



aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 11/03/2020 e termine ultimo di ricezione offerte 12/03/2020. Importo a base d'asta euro 1.130.000,00 con aggiudicazione disposta il 12/03/2020 per euro 900.308,00;

5) procedura negoziata d'urgenza ex art. 63, comma 2, lett. c) d.lgs. n. 50/2016 per l'affidamenti di accordi quadro per la fornitura di *umidificatori, carrelli di emergenza, caschi cpap, caschi niv, dispositivi e servizi connessi*, destinati all'emergenza sanitaria Covid-19, (ID 2286) in 4 Lotti, da aggiudicare con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 13/03/2020 e termine ultimo ricezione offerte 17/03/2020. Importo a base d'asta euro 49.186.500,00 con aggiudicazione disposta il 18/03/2020 per euro 10.418.168,00;

6) procedura negoziata d'urgenza ex art. 63, comma 2, lett. c) d.lgs. 50/2016 per l'affidamento di accordi quadro per la fornitura di *mascherine chirurgiche, dispositivi di protezione individuale e servizi connessi* (ID 2288), in 9 lotti, da aggiudicarsi con il criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione del bando 19/03/2020 e termine ultimo ricezione offerte 24/03/2020. Importo a base d'asta euro 132.341.599,50 con aggiudicazioni dei lotti disposte tra il 27 e il 31 marzo 2020 per euro 58.055.725,00;

7) affidamento diretto previa valutazione comparativa delle offerte pubbliche a catalogo presenti nel MePA, aggiudicazione al minor prezzo in ragione di quanto previsto dell'art. 36 co. 9 bis e art. 95 co. 4 e 5 del D.Lgs. 50/2016 (MEPA), per l'affidamento di *provette sterili infrangibili con chiusura mediante tappo a vite* (RdA 49749), da aggiudicare mediante criterio del minor prezzo (PPB). Data di pubblicazione della gara 12/03/2020 e termine ultimo ricezione offerte 12/03/2020. Importo a base d'asta euro 420,00 con aggiudicazione disposta il 12/03/2020 per euro 420,00;

8) affidamento diretto su Mercato elettronico della PA, *Estrattore RNA* - (quantità 2) - Ord. 49R2020, Lotto Unico, Indizione 12/03/2020 e affidamento 13/03/2020 per euro 86.072,18.

A completamento del quadro esaminato è opportuno richiamare anche gli orientamenti dati dalla Commissione europea in materia di appalti pubblici sulle opzioni e i margini di manovra possibili nella situazione di emergenza connessa alla crisi della Covid-19 (Comunicazione 2020/C 108 I/01).

La Commissione individua varie opzioni graduali: in primo luogo, gli acquirenti pubblici possono prendere in considerazione la possibilità di ridurre considerevolmente i termini per accelerare le procedure aperte o ristrette, qualora tali margini di manovra non fossero sufficienti, gli acquirenti possono ricorrere a una procedura negoziata senza previa pubblicazione per soddisfare le esigenze immediate. Infine potrebbe anche essere consentita l'aggiudicazione diretta a un operatore economico preselezionato, purché quest'ultimo sia l'unico in grado di consegnare le forniture necessarie nel rispetto dei vincoli tecnici e temporali imposti dall'estrema urgenza. Ad ogni modo, è consentita la ricerca di soluzioni alternative per interagire in modo rapido, agile e tempestivo con il mercato di riferimento.

Al fine di accelerare gli appalti, gli acquirenti pubblici possono anche prevedere di:

- contattare i potenziali contraenti, nell'UE e al di fuori dell'UE, telefonicamente, via e-mail o di persona;
- incaricare agenti che abbiano contatti migliori sui mercati;
- inviare rappresentanti direttamente nei paesi che dispongono delle necessarie scorte e possono provvedere a una consegna immediata;
- contattare potenziali fornitori per concordare un incremento della produzione oppure l'avvio o il rinnovo della produzione.



1.2 Gli affidamenti effettuati – Le principali categorie merceologiche interessate ed i requisiti richiesti - I dati estratti da SIMOG - Modalità di selezione degli affidamenti ed analisi dei dati raccolti

Come evidente nel seguito della relazione, gli affidamenti effettuati nel periodo emergenziale hanno nella gran parte riguardato specifiche categorie merceologiche alcune delle quali hanno assorbito gran parte della spesa effettuata. Ci si riferisce in particolare ai Dispositivi di Protezione Individuale e nell'ambito di essi alle mascherine. Si ritiene pertanto di fornire un quadro conoscitivo elementare delle caratteristiche tecniche richieste dalle norme per tali categorie di prodotto.

Nel sito del Ministero della Salute, aggiornato all'11 aprile 2020, viene evidenziato che la principale via di trasmissione del virus Covid-19, secondo l'OMS - Organizzazione Mondiale per la Sanità, in base ai dati attuali disponibili, avviene attraverso il contatto stretto con persone sintomatiche. È ritenuto possibile, sebbene in casi rari, che persone nelle fasi prodromiche della malattia, e quindi con sintomi assenti o molto lievi, possano trasmettere il virus.

E' dunque fondamentale l'utilizzo, con specifico riferimento al personale medico in servizio ma estendibile a tutte le situazioni di criticità, in termini di sicurezza esistenti e riconosciute, di dispositivi, alcuni comunemente chiamati "mascherine", che possano schermare il contagio del virus e che rientrano tra i Dispositivi di protezione individuale.

La definizione di DPI - Dispositivi di protezione individuale, si riscontra nell'articolo 74 del d.lgs. n. 80/2008 che definisce DPI qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

Ai sensi dell'art. 75 del citato d.lgs. n. 80/2008 i DPI devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro. L'articolo 76 prevede poi i requisiti dei DPI che oltre ad essere conformi alle norme di cui al d.lgs. n. 475/1992 recante "*Attuazione della direttiva 89/686/CEE del Consiglio del 21 dicembre 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi di protezione individuale*" e successive modificazioni devono:

- a) essere adeguati ai rischi da prevenire, senza comportare di per sé un rischio maggiore;
- b) essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro;
- c) tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore;
- d) poter essere adattati all'utilizzatore secondo le sue necessità.

In caso di rischi multipli che richiedono l'uso simultaneo di più DPI, questi devono essere tra loro compatibili e tali da mantenere, anche nell'uso simultaneo, la propria efficacia nei confronti del rischio e dei rischi corrispondenti

Con il decreto-legge n.9/2020 all'art. 34, sono state previste delle disposizioni finalizzate a facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicali. In particolare la Protezione Civile e il soggetto attuatore sono stati autorizzati, nell'ambito delle risorse disponibili ad acquisire dispositivi di protezione individuali (DPI) come individuati dalla circolare del Ministero della Salute n. 4373 del 12 febbraio 2020 e altri dispositivi medicali.



Al comma 3, del citato articolo 34, con specifico riferimento alle “mascherine” si era previsto che in relazione all'emergenza in corso ed in coerenza con le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in conformità alle attuali evidenze scientifiche, “è consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; **sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE previa valutazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità**”.

Già il d.l. n. 18/2020 recante “*Misure di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica di Covid-19*”, specificatamente agli articoli 15 e 16, ha previsto indicazioni di deroghe su alcune forniture in argomento. In particolare l'articolo 15 recante “*Disposizioni straordinarie per la produzione di mascherine chirurgiche e disposizione individuale*” al comma 1, fermo restando quanto previsto dall'art. 34 del decreto-legge n. 9/2020, prevede per l'emergenza COVID-19 e fino al termine dello stato di emergenza, la produzione, l'importazione, nonché l'immissione nel mercato di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale in deroga alle vigenti disposizioni.

Il successivo comma 2, del medesimo articolo 15, prevede che i produttori e gli importatori delle mascherine chirurgiche, nonché coloro che intendono immetterle in commercio e che intendono avvalersi della deroga prevista, inviano all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) una autocertificazione nella quale sotto la propria esclusiva responsabilità, attestano le caratteristiche tecniche delle mascherine e dichiarano che le stesse rispettano tutti i requisiti di sicurezza di cui alla vigente normativa. Entro e non oltre tre giorni dalla citata autocertificazione, le aziende produttrici e gli importatori devono altresì trasmettere all'ISS ogni elemento utile alla validazione delle mascherine chirurgiche oggetto della stessa. ***L'ISS nel termine di tre giorni dalla ricezione di quanto indicato nel comma, si pronuncia circa la rispondenza delle mascherine alle norme vigenti.***

Il comma 3, dell'articolo 15, prevede che i produttori dei dispositivi di protezione individuale di cui al comma 1 e coloro che li immettono in commercio, che intendono avvalersi della deroga, inviano all'INAIL una autocertificazione nella quale, attestano le caratteristiche tecniche dei dispositivi e dichiarano che gli stessi rispettano tutti i requisiti di sicurezza di cui alla vigente normativa.

Entro e non oltre tre giorni dalla ricezione dalla autocertificazione, le aziende produttrici e gli importatori devono altresì trasmettere all'INAIL ogni elemento di validazione i dispositivi di protezione individuale oggetto della stessa. L'INAIL, sempre nel termine di tre giorni dalla ricezione, si pronuncia circa la rispondenza dei dispositivi di protezione individuale alle norme vigenti.

Da ultimo il comma 4, dell'articolo 15, prevede che qualora dall'esito della valutazione i prodotti risultino *non conformi alle vigenti norme*, impregiudicata l'applicazione delle disposizioni in materia di autocertificazione, il produttore ne cessa immediatamente la produzione e all'importatore è fatto divieto di immissione in commercio.

L'articolo 16 del D.L. n. 18/2020 prevede, infine, ulteriori misure di protezione a favore dei lavoratori e della collettività in materia di mascherine.

In particolare al comma 1, prevede che per contenere il diffondersi del virus Covid-19, fino al termine dello stato di emergenza, sull'intero territorio nazionale, per i lavoratori che nello svolgimento della loro attività sono oggettivamente impossibilitati a mantenere la distanza interpersonale di un metro, sono considerati dispositivi di protezione individuale (DPI) di cui all'art. 74, comma 1, del d.lgs. 81/2008, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio, il cui uso è disciplinato dall'articolo 34, comma 3, del decreto-legge 9/2020.



Ai fini del comma 1, fino al termine dello stato di emergenza, gli individui presenti sull'intero territorio nazionale sono autorizzati all'utilizzo delle *mascherine filtranti prive di marchio CE e prodotte in deroga alle vigenti norme* sull'immissione in commercio.

Sul sito del Ministero della Salute viene specificato che le mascherine chirurgiche ricadono nell'ambito dei dispositivi medici di cui al d.lgs. 24 febbraio 1997, n.46 recante "Attuazione della direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici" e s.m.i. Sono utilizzate in ambiente ospedaliero e in luoghi ove si presti assistenza a pazienti (ad esempio case della salute, ambulatori, ecc).

Le mascherine chirurgiche, **per essere sicure**, devono essere prodotte nel rispetto della **norma tecnica UNI EN 14683:2019**, che prevede caratteristiche e metodi di prova, indicando i requisiti di:

- resistenza a schizzi liquidi
- traspirabilità
- efficienza di filtrazione batterica
- pulizia da microbi.

La norma tecnica di riferimento UNI EN ISO 10993-1:2010 (sito <https://www.uni.com>) ha carattere generale per i dispositivi medici e prevede valutazione e prove all'interno di un processo di gestione del rischio.

Le mascherine chirurgiche devono soddisfare contemporaneamente le norme UNI EN ISO 14683 e UNI EN ISO 10993 ed essere prodotte da Imprese che abbiano un sistema di gestione di qualità, ai sensi della ISO 13485 o delle Good Manufacturing Practices (GMP), per poter corrispondere alla deroga del marchio CE.

Le mascherine FFP2 e FFP3 (facciali filtranti) devono essere fabbricate secondo i criteri N95 NIOSH che corrispondono alla norma tecnica EN 149:2001 + A1:2009. Le mascherine FFP2 filtrano il 95% di particelle con diametro superiore a 0,6 micron, le FFP3 il 99%. I facciali filtranti (mascherine FFp2 e FFp3) sono utilizzati in ambiente ospedaliero e assistenziale per proteggere l'utilizzatore da agenti esterni (anche da trasmissione di infezioni da goccioline e aerosol), sono certificati ai sensi di quanto previsto dal d.lgs. n. 475/1992 e sulla base di norme tecniche armonizzate (UNI EN 149:2009). La norma tecnica UNI EN 149:2009 specifica i requisiti minimi per le semi-maschere filtranti antipolvere, utilizzate come dispositivi di protezione delle vie respiratorie (denominati FFp2 e FFp3), ai fini di garantirne le caratteristiche di efficienza, traspirabilità, stabilità della struttura attraverso prove e test tecnici. Ogni altra mascherina reperibile in commercio, diversa da quelle categorie sopra elencate, come ampiamente descritto su sito del Ministero della Salute **non è un dispositivo medico né un dispositivo di protezione individuale**; può essere prodotta ai sensi dell'art. 16, comma 2, del D.L. 18/2020, sotto la responsabilità del produttore che deve comunque garantire la sicurezza del prodotto (a titolo meramente esemplificativo: che i materiali utilizzati non sono noti per causare irritazione o qualsiasi altro effetto nocivo per la salute, non sono altamente infiammabili, ecc.). Per queste mascherine non è prevista alcuna valutazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'INAIL.

Alla luce della pubblicazione delle note tecniche, alcune stazioni appaltanti (es. la Regione Lombardia), nei documenti di gara, hanno fatto esplicito richiamo alle caratteristiche tecniche che le mascherine devono soddisfare.

Altre stazioni appaltanti (es PA Bolzano) hanno indicato negli avvisi più generiche "Fornitura urgente e distribuzione di barriere tessili specifiche e non specifiche, per la protezione delle vie respiratorie superiori, da mettere a disposizione della popolazione quali idonei strumenti di protezione e prevenzione dal Coronavirus", che come precedentemente indicato, non rientrano né tra i dispositivi medici né tra i DPI.



La Regione Friuli Venezia Giulia, da ultimo, con la recente distribuzione massiva di “mascherine” avviata presso la popolazione ad opera della Protezione Civile ha specificato che nelle confezioni distribuite sono contenute mascherine filtranti prodotte ai sensi dell’art. 16, comma 2, del D.L. 18/2020, prive di marchio CE ed in deroga alle norme vigenti sull’immissione in commercio.

Nello specifico, nella comunicazione di accompagnamento delle confezioni distribuite è indicato che “Le mascherine contenute in questa confezione NON sono un presidio sanitario né un dispositivo di protezione individuale, ma possono contribuire a limitare la diffusione del contagio COVID-19 se vengono utilizzate asciutte e se sono rispettate tassativamente le indicazioni fornite dalle Autorità per il contenimento dell’emergenza epidemiologica” (distanza interpersonale di almeno un metro).

Le caratteristiche possedute sono:

- copertura naso-mento, aderenza al volto con elastico;
- tessuto non tossico.

Il prodotto è indicato per trattenere goccioline (droplets) che possono essere veicolo di virus e batteri infettanti. Il tessuto è lavabile anche a temperature superiori a 60° C oltre 20 cicli finché da una verifica visiva non si notano deterioramenti del tessuto.

Ne è vietato l’utilizzo per scopi diversi dal contenimento dell’emergenza sanitaria.

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d’infezione da COVID 19 sono gli operatori a contatto stretto con pazienti affetti da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati alla loro assistenza diretta e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici dei casi di COVID-19, nonché il personale addetto alle attività ausiliarie (guida e addetti alle autoblancos e operatori addetti alle pulizie degli ambienti con pazienti COVID).

Il Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 sulle indicazioni per l’utilizzo razionale dei dispositivi di protezione nell’attuale scenario emergenziale ha stabilito la destinazione di questi:

- agli operatori sanitari operanti in contesti per l’assistenza diretta ai pazienti COVID, per procedure o *setting* a rischio di generazione aerosol, esecuzione di tampone oro-faringeo, screening con contatto diretto con paziente COVID, in caso di rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapia in grado di generare nebulizzazione NIV, BPAP, CPAP, tampone rinofaringeo;
- agli operatori sanitari ambulatoriali addetti all’esame obiettivo dei pazienti con sintomi respiratori;
- agli operatori addetti alle pulizie degli ambienti con pazienti con sintomi respiratori;
- agli operatori sanitari per l’assistenza domiciliare ai pazienti COVID;
- agli operatori sanitari addetti alle autoblancos e addetti alla guida per il trasporto di sospetto caso COVID alla struttura sanitaria di riferimento.

Secondo la direttiva 89/686/CEE, per Dispositivo di Protezione Individuale (DPI) si intende qualsiasi dispositivo o articolo destinato a essere indossato o tenuto da una persona affinché essa sia protetta nei confronti di uno o più rischi che potrebbero metterne in pericolo la salute e la sicurezza, nonché ogni complemento funzionale formante parte dell’articolo anche se amovibile.

Il regolamento UE 2016/245 ha definito i requisiti tecnici essenziali a cui i DPI devono essere conformati:

- adeguati al rischio da prevenire, senza comportare di per sé un rischio maggiore;
- essere adeguati alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro;



- tenere conto delle esigenze ergonomiche (facilmente adattabili, indossabili e sicuri) o di salute di qualsiasi lavoratore;
- in caso di uso contemporaneo di più DPI, questi devono essere tra loro compatibili e tali da mantenere, anche nell'uso simultaneo la propria efficienza nei confronti dei rischi corrispondenti.

I dispositivi di protezione degli occhi, del tronco e dell'addome, delle mani e dei piedi in esame, da indossare a tutela della salute e della sicurezza degli operatori nelle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'assistenza a soggetti affetti da COVID 19, sono rappresentati da occhiali di protezione a mascherina/visiera, camici/grembiuli monouso, guanti/monouso e calzature.

La protezione degli occhi contro diversi pericoli che potrebbero danneggiarli o alterare la visione può essere realizzata con diversi dispositivi anche in funzione della necessità di proteggere l'intero volto; questi generalmente sono occhiali con o senza schermi laterali, occhiali a visiera/maschere, schermi facciali (incorporano generalmente fascia giro testa, protezione anteriore, elmetto cappuccio di protezione o altro dispositivo di supporto adeguato).

Tali dispositivi devono avere caratteristiche appropriate al tipo di lavoro e al tipo di rischio; per lavori esposti a spruzzi di liquidi (compreso quelli biologici), acidi, gas o fumi, gli occhiali devono essere in gomma e del tipo a tenuta, in modo da creare l'effetto ventosa attorno alle orbite oculari, i vetri devono essere del tipo antiappannante. I DPI del viso e degli occhi devono limitare il meno possibile il campo visivo dell'utilizzatore e devono avere un grado di neutralità ottica compatibile con la natura delle attività più o meno minuziose e/o prolungate dell'utilizzatore. Se necessario, devono essere trattati o dotati di dispositivi che consentono di evitare la formazione di vapore.

Rientrano tra i dispositivi di protezione degli occhi:

- **occhiale a maschera antiappannante**, con ampio campo visivo e massima ergonomia per permettere la sovrapposizione agli occhiali correttivi. Idonei all'utilizzo come mascherine nei laboratori e per la protezione da gocce e spruzzi liquidi anche contenenti agenti biologici. L'utilizzo è adatto nei reparti – servizi in cui si opera in presenza di quantità limitate o occasionali di spruzzi o aerosol di natura chimica o biologica.

- **schermo facciale antiappannante** consente un ampio campo visivo, è utilizzabile anche dai portatori di occhiali correttivi, idoneo per la protezione da gocce e spruzzi di liquidi contenenti anche ad agenti biologici. L'utilizzo è adatto nei reparti – servizi in cui si opera in presenza di quantità limitate o occasionali di spruzzi o aerosol di natura chimica o biologica.

In attività che presentano rischi particolari è necessario usare indumenti monouso, con specifiche caratteristiche protettive stabilite da altrettante norme tecniche di riferimento. Indipendentemente da ciò qualsiasi indumento protettivo, sia questo realizzato a foggia di camice, tuta o grembiule, deve essere conforme ad alcuni requisiti base fondamentali di sicurezza e la protezione degli operatori:

- **camice monouso in TNT idrorepellente con elastico ai polsi non sterile** di colore verde munito di chiusura posteriore, con laccetti al collo e in vita e polsini in maglia. Ha la funzione di creare una barriera protettiva alla migrazione dei batteri fra l'utilizzatore e l'ambiente circostante, indicato per il personale sanitario.



- **grembiule protettivo monouso per la protezione da agenti biologici non sterile** monopezzo con pettorina, girocollo e lacci per la protezione degli operatori dal contatto con tutti liquidi biologici potenzialmente infetti.
- **tuta monouso per la protezione da agenti biologici** completa di con cappuccio con elastico adatta alla protezione degli operatori dal contatto con tutti liquidi biologici potenzialmente infetti.

I DPI delle mani sono realizzati per proteggere le mani da rischi biologici (schizzi, contatto con materiale biologico ecc) e chimici (contatti con prodotti e preparati pericolosi ecc.).

I guanti proteggono l'operatore dal contatto con vari agenti: infettivi, sostanze chimiche come acidi e basi, sostanze radioattive, caldo, freddo, meccanici, non proteggono da punture accidentali. I rischi presenti sul posto di lavoro che necessitano della protezione delle mani mediante l'uso di guanti specifici possono essere: MECCANICI (tagli e abrasioni) TERMICI (caldo e freddo) CHIMICI (sostanze chimiche) MICROBIOLOGICI (infezioni) ELETTRICI (elettrocuzione) I requisiti generali dei guanti di protezione sono definiti dalla norma EN 420.

Tipo di protezione da contaminazione con materiali infetti, esecuzione di prelievi, attività analitica di laboratorio per il personale medico e tecnico, attività in cabina di sicurezza, manipolazione contenitori di campioni biologici (preparazione, accettazione, centrifugazione, travaso, trasporto, stoccaggio ...), assistenza diretta al paziente - prelievi per campionamento di acque e alimenti - accertamenti necroscopici della polizia mortuaria - vigilanza e controlli per atti di pubblica utilità e nei depositi.

Le calzature monouso antiscivolo per la protezione da agenti biologici, sono destinate a proteggere da contaminazione da materiale biologico i medici, biologi, tecnici, operatori sanitari, ecc.) da sversamenti di prodotti chimici (biologi, chimici, tecnici di laboratorio, ecc.), oltreché alla protezione degli operatori dal contatto con tutti liquidi biologici potenzialmente infetti.

La disciplina generale inerente alle caratteristiche delle forniture oggetto della presente indagine è rinvenibile nella Circolare n. 4373 del 12.02.2020 del Ministero della Salute, avente ad oggetto i Dispositivi di Protezione Individuali (DPI). Il documento indica e descrive la sola dotazione minima dei DPI da utilizzare in ambito sanitario, data l'iniziale incertezza riguardo alle vie di trasmissione del Covid 19, elencando i seguenti dispositivi:

- mascherine di tipo almeno FFP2, per la protezione respiratoria;
- occhiali o visiera, per la protezione degli occhi;
- tuta di protezione modello Tychem C, per la protezione del corpo;
- guanti, per la protezione della mano.

1.3 Il campione di affidamenti individuato e le relative caratteristiche
L'indagine conoscitiva sugli affidamenti effettuati nel periodo marzo-aprile 2020 muove dalla disponibilità dei dati relativi ai CIG acquisiti nel periodo di riferimento come registrati nel sistema SIMOG.

Essa quindi è fondata sui dati inseriti dai RUP delle stazioni appaltanti che come noto possono risentire di errori ed omissioni che ne possono condizionare l'interpretazione.

Mediante *query* al sistema SIMOG effettuata dai tecnici di UPSIT sono stati estratti tutti gli affidamenti registrati nel periodo 1 marzo – 9 aprile 2020 pervenendo a circa 16.500 CIG.

I dati acquisiti sono stati quindi elaborati dall'Ufficio secondo i seguenti criteri e filtri:



- A. Estrazione degli affidamenti relativi a forniture e servizi con esclusione dei lavori,
- B. Estrazione degli affidamenti riconducibili all'emergenza COVID19 sulla base della declaratoria dell'oggetto dell'affidamento ovvero della compilazione dell'apposito campo urgenza;
- C. Estrazione successiva dei soli CIG perfezionati dei quali si ha quindi contezza del buon fine dell'affidamento;
- D. Estrazione successiva degli affidamenti di servizi e forniture di natura sanitaria effettuati dalle sole stazioni appaltanti operanti nel settore (centrali di committenza nazionali, soggetti aggregatori regionali, ASL, Aziende Ospedaliere, Fondazioni operanti in ambito sanitario, Istituti di ricerca, ecc...

Per effetto di tali operazioni di filtro dei dati registrati in SIMOG si è quindi pervenuto ad un insieme di **2.265** affidamenti effettuati nel periodo in esame per un importo complessivo degli stessi pari ad **€ 2.277.636.680**. Tali affidamenti sono risultati riferibili ad un totale di **194 stazioni appaltanti** del settore sanitario che hanno operato nel regime emergenziale. L'insieme degli affidamenti così filtrati è riportato nell'allegato file excel nel foglio denominato "Affidamenti Covid19 da SIMOG" riportato nell'allegato n.1.

Sulla base del campione di affidamenti estratto, pertinente con i limiti precedentemente segnalati dei dati sorgente, relativi alla gestione dell'emergenza Covid19 in ambito sanitario l'ufficio ha quindi classificato le stazioni appaltanti in relazione alla regione di appartenenza e successivamente attribuito a ciascun affidamento una categoria merceologica sulla base di 5 categorie ritenute più significative e precisamente:

- a) Mascherine
- b) Altri Dispositivi di protezione individuale escluse mascherine
- c) Tamponi, reagenti e forniture connesse alla diagnosi
- d) Ventilatori polmonari e forniture per ossigenoterapia
- e) Disinfettanti
- f) Altre categorie non ricomprese nelle precedenti (es. apparecchiature per la terapia intensiva, servizi di ambulanza, forniture e servizi di obitorio, servizi e forniture per il trasporto salme, somministrazione di personale sanitario, ecc...

Tale classificazione è stata effettuata sulla base della declaratoria dell'oggetto della fornitura o del servizio e della macro categoria merceologica cui il RUP ha attribuito l'affidamento.

Corre l'obbligo segnalare che alcuni affidamenti sulla base di una declaratoria generica dell'oggetto sono stati attribuiti alla categoria "Altro" pur potendo contenere forniture ascrivibili alle specifiche categorie individuate. Parimenti nell'ambito di affidamenti il cui oggetto è riferibile ad un'unica categoria, si potrà riscontrare da un esame più approfondito la presenza di forniture parziali ascrivibili ad altra categoria (esempio tipico è quello dei D.P.I. laddove sono presenti forniture complete sia di mascherine che di altri dispositivi di protezione).

I dati riassuntivi degli affidamenti effettuati sono riepilogati nel file excel allegato alla presente relazione nel foglio denominato "Riepilogo generale" riportato nell'allegato n.1.

Effettuata l'acquisizione del quadro conoscitivo degli affidamenti effettuati in regime emergenziale nel periodo marzo-aprile 2020, declinata negli aspetti normativi, tecnici e numerici come descritto precedentemente, al fine di attivare una eventuale ulteriore fase di acquisizione di elementi utili per una completa analisi delle criticità riscontrate negli affidamenti finalizzata ad un intervento dell'Autorità in materia che potrà assumere valenza sia regolatoria sia propriamente di vigilanza, è stato estratto per ciascuna categoria merceologica come sopra individuata un campione di CIG riferibile a ciascuna stazione appaltante che ha operato sul territorio nazionale.



L'individuazione del CIG da campionare è stata effettuata sulla base di un criterio di prevalenza economica individuando per ciascuna categoria merceologica e per ciascuna stazione appaltante il CIG corrispondente all'affidamento di maggior importo selezionando soltanto gli affidamenti di importo superiore ad € 50.000. Qualora si volesse operare una ulteriore riduzione del campione potranno essere esclusi i CIG di importo minore di tale soglia riducendo il campione di stazioni appaltanti interessate dall'analisi.

I risultati dell'estrazione del campione hanno condotto alla identificazione di 311 CIG rilevati da 182 stazioni appaltanti distribuite su tutto il territorio nazionale. I CIG campionati, unitamente ai dati acquisiti, sono individuati nel successivo allegato n. 5 e 6.

Nell'ambito del campione di affidamenti selezionati in ragione della rilevanza economica sono stati ricompresi solo CIG perfezionati, per i quali pertanto la gara era stata regolarmente avviata dalla stazione appaltante fornendo tutte le prescritte indicazioni previste dal sistema SIMOG.



2. Analisi complessiva della spesa relativa agli affidamenti connessi all'emergenza Covid19 su base nazionale e regionale con aggiornamento del set di dati

L'analisi della spesa complessiva connessa all'emergenza epidemiologia Covid-19 di seguito illustrata è stata basata sui dati relativi alle procedure di appalto o di acquisto (identificate da un CIG o da uno smart-CIG), riferiti al periodo **marzo-aprile 2020**.

Va precisato che, al momento delle presenti analisi, i sistemi di rilevazione dell'Autorità non consentono la raccolta in modo strutturato dell'informazione relativa all'ambito dell'emergenza e, pertanto, si è reso necessario procedere mediante un'analisi testuale dell'oggetto delle gare (CIG) pubblicate nel periodo 1 marzo-30 aprile 2020 e degli smart-CIG acquisiti nello stesso periodo.

Per l'analisi testuale sono stati utilizzati gli stessi parametri individuati per lo studio pubblicato all'interno della Relazione al Parlamento presentata lo scorso 2 luglio. In particolare, essa ha riguardato, oltre che parole chiave relative all'epidemia da coronavirus (comprendendo tutti i vari termini utilizzati per la sua definizione), anche quei dispositivi sanitari e di protezione individuale ritenuti più rilevanti nella gestione dell'emergenza, quali ventilatori polmonari, tamponi nasali e faringei, mascherine, guanti, tute protettive, gel igienizzanti. Sono stati compresi nell'analisi anche gli appalti o acquisti effettuati per consentire lo svolgimento dello smart-working, rappresentando essa una delle principali misure attuate ai fini del contenimento del contagio da Covid-19.

Tuttavia, la mancanza di un'informazione specifica capace di identificare univocamente gli appalti correlati all'emergenza, e la conseguente necessità di basare le elaborazioni su una variabile testuale, oltre che su delle ipotesi finalizzate a circoscrivere il perimetro di analisi, rappresentano i limiti principali di questo studio che, quindi, potrebbe non considerare alcuni appalti comunque afferenti al COVID-19, sebbene non esattamente identificabili come tali dall'oggetto.

Rispetto ai dati disponibili per la Relazione al Parlamento (estratti il 30 aprile), a distanza di quasi 3 mesi si osserva un consolidamento dovuto all'avvenuto perfezionamento di poco più del 60% di quei CIG acquisiti in piena fase di emergenza, per cui non si era poi pervenuti all'immediata comunicazione dei dati successivi a conferma dell'avvenuto espletamento della gara.

Infine, si precisa che per avere un quadro il più esaustivo possibile nonché al fine di analizzare il ricorso alla centralizzazione della spesa, sono state prese in considerazione anche le adesioni avviate nel periodo di osservazione connesse all'emergenza, discendenti da accordi quadro/convenzioni stipulati/e precedentemente all'emergenza (e quindi non rientranti nell'analisi); sono, invece, stati esclusi, come effettuato generalmente, i contratti discendenti da accordi quadro/convenzioni stipulati/e nel periodo di osservazione, al fine di non duplicare nel calcolo della spesa il valore già compreso nell'importo dell'accordo quadro.

Il dataset delle procedure utilizzato per le analisi riportate nel presente capitolo: rappresenta un set di dati che, rispetto a quello preso come riferimento nella prima fase dell'indagine,

- è più esteso, in quanto ricomprende anche le procedure caratterizzate da smartCIG, abbraccia il periodo 1 marzo – 30 aprile, considera solo gli accordi quadro stipulati nel periodo e non anche le relative adesioni (così da non considerare due volte lo stesso importo);
- contiene i dati aggiornati al 13 luglio 2020.



2.1 La spesa per l'emergenza nel periodo marzo-aprile 2020

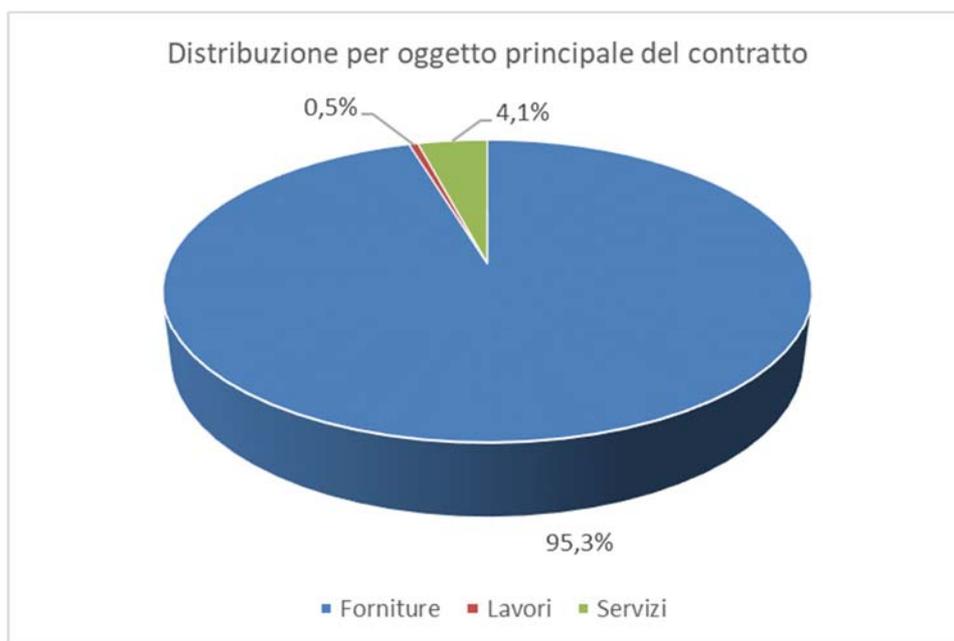
La spesa complessiva individuata sulla base delle ipotesi sopra illustrate ammonta per il periodo marzo-aprile 2020 a quasi **5,8 miliardi di euro**, derivante per il 94,1% da procedure di importo pari o superiore ai 40.000 euro (CIG) e per il 5,9% da procedure di importo inferiore ai 40.000 euro o sottoposte soltanto agli obblighi di tracciabilità (smart-CIG). Il numero totale di procedure di affidamento o acquisto ammonta ad oltre 61.431, rappresentato per il 94,1% da procedure assoggettate ai soli obblighi di tracciabilità e per il 5,9% da procedure d'appalto di importo pari o superiore ai 40.000 euro.

L'analisi per tipologia di contratto, sintetizzata dalla tabella seguente, mostra che l'82% delle procedure riguarda acquisti di forniture che rappresentano anche il 95,3% del valore complessivo.

Tabella 2. 1 - Spesa complessiva per tipologia di contratto

Tipologia di contratto		numero	% numero	Importo (valore in euro)	% Importo	
Procedure >= 40k	CIG	Forniture	3.122	5,1%	5.236.017.370	90,4%
		Lavori	81	0,1%	22.948.738	0,4%
		Servizi	399	0,7%	186.998.998	3,2%
		Totale CIG >= 40k	3.602	5,9%	5.445.965.107	94,0%
Tracciabilità	CIG < 40k	Forniture	1.115	1,8%	11.213.545	0,2%
		Lavori	4	0,0%	55.925	0,0%
		Servizi	142	0,2%	2.187.499	0,0%
		Totale CIG < 40k	1.261	2,0%	13.456.969	0,2%
	smart-cig	Forniture	46.162	75,1%	272.631.702	4,7%
		Lavori	901	1,5%	7.723.019	0,1%
		Servizi	9.505	15,5%	50.272.854	0,9%
		Totale smart-CIG	56.568	92,1%	330.627.576	5,7%
	Totale		61.431	100,0%	5.790.049.652	100,0%

Figura 2. 1



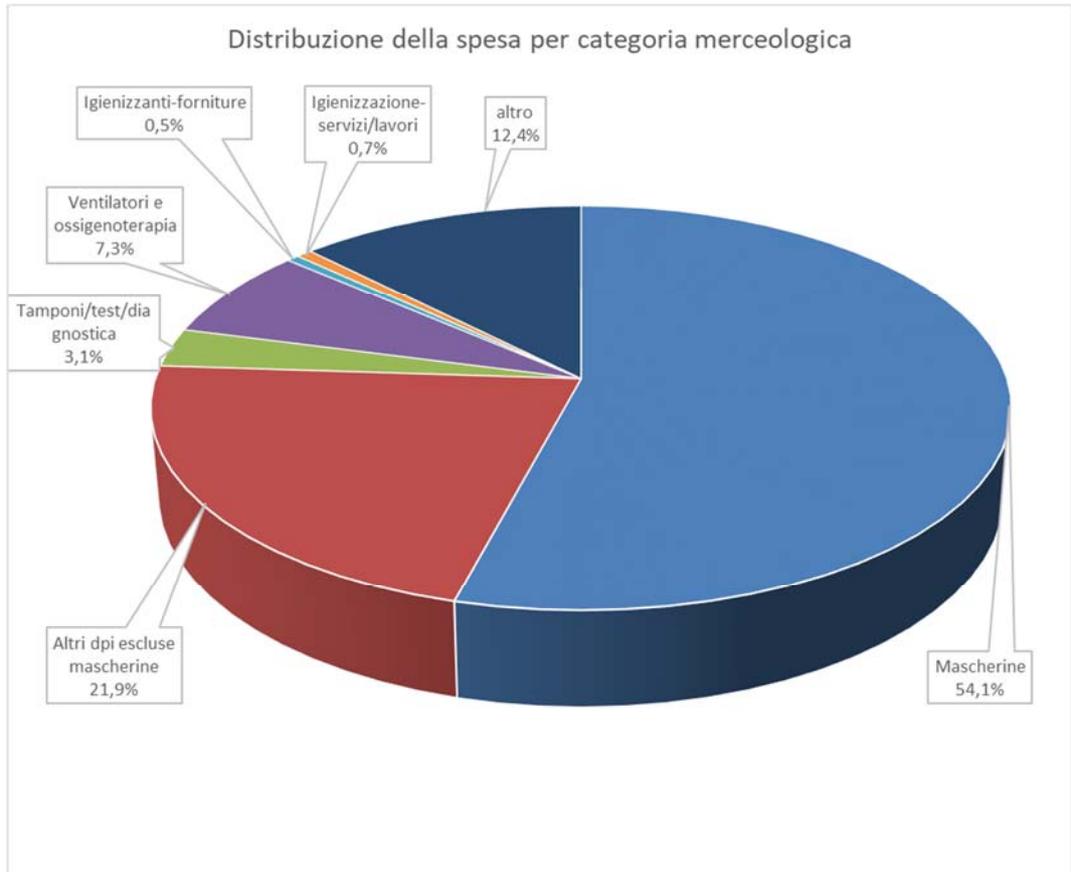
La distribuzione per categoria merceologica (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) mostra che il 54% della spesa complessiva è riconducibile all'acquisto di mascherine (cui corrisponde un valore di oltre 3 miliardi di euro); il 21,9% della spesa (corrispondente a circa 1,3 miliardi di euro) è attribuibile alla fornitura degli altri dispositivi di protezione individuale (camici, tute, calzari, ecc.). Il 7,3% della spesa è poi riconducibile all'acquisto di ventilatori polmonari e forniture per l'ossigenoterapia ed il 3,1% a tamponi e test diagnostici del Covid-19.

Tabella 2. 2 - Distribuzione della spesa per categoria merceologica

Categoria merceologica	Numero	%Numero	Importo	%Importo
Mascherine	19.040	31,0%	3.132.261.674	54,1%
Altri dpi escluse mascherine	6.255	10,2%	1.271.126.839	21,9%
Tamponi/test/diagnostica	1.685	2,7%	177.853.949	3,1%
Ventilatori e ossigenoterapia	1.584	2,6%	422.687.320	7,3%
Igienizzanti-forniture	5.501	8,9%	30.947.641	0,5%
Igienizzazione-servizi/lavori	3.600	5,9%	39.107.342	0,7%
Altro	23.766	38,7%	716.064.887	12,4%
Totale	61.431	100,0%	5.790.049.652	100,0%



Figura 2. 2



La



Tabella 2. 3 mostra la distribuzione della spesa per settore di appartenenza della stazione appaltante.

Il 42,3% del valore complessivo (pari ad oltre 2,4 miliardi di euro) è stato speso da stazioni appaltanti appartenenti al Settore degli Organi Centrali, nell'ambito del quale la quasi totalità della spesa è attribuita al **Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid19**, che ha effettuato affidamenti per circa 2,05 miliardi ed al **Dipartimento della Protezione Civile**, per una spesa di circa 332 milioni di euro.

Il 31,8% della spesa complessiva (pari a 1,8 miliardi di euro) è rappresentata dal Settore della Sanità, mentre il 19% (oltre 1 miliardo di euro) è rappresentata da Centrali di Committenza (non rientranti nel settore sanità): oltre il 60% della spesa di quest'ultimo settore è rappresentata da Consip spa (cui corrisponde un valore di quasi 660 milioni di euro).



Tabella 2.3 - Distribuzione della spesa per tipologia di stazione appaltante

Tipologia SA	CIG	% CIG	Importo complessivo (in euro)	% importo
Centrale di Committenza (escluso settore sanità)	1.008	1,6%	1.098.537.300	19,0%
Settore Edilizia residenziale/Immobiliare	170	0,3%	563.968	0,0%
Settore Enti Locali e Altro	22.560	36,7%	237.771.542	4,1%
Settore Istruzione e Formazione professionale	3.964	6,5%	11.851.486	0,2%
Settore Organi Centrali	5.394	8,8%	2.448.575.242	42,3%
Settore Previdenza, Assistenza e Ordini professionali	245	0,4%	9.271.349	0,2%
Settore Regolazione del Mercato	780	1,3%	2.513.500	0,0%
Settore Sanità	15.419	25,1%	1.843.342.602	31,8%
Settore Scientifico, Ricerca, Sviluppo e Aggiornamento Educativo	380	0,6%	3.811.613	0,1%
Settore Servizi Assistenziali, Ricreativi, Culturali	1.314	2,1%	23.403.009	0,4%
Settore Servizi di interesse generale (elettricità, gas, trasporti, telecomunicazioni, servizi postali, gestione rifiuti, approvvigionamento idrico ecc.)	3.837	6,2%	93.459.167	1,6%
Settore Servizi Finanziari, Bancari e Assicurativi	22	0,0%	1.244.110	0,0%
Settore Tutela Ambientale/Sviluppo anche industriale del territorio	401	0,7%	2.240.724	0,1%
n.c.	5.937	9,7%	13.464.042	0,2%
Totale	61.431	100,0%	5.790.049.652	100,0%

2.2 La distribuzione della spesa in relazione agli strumenti di acquisto utilizzati

Con riferimento agli strumenti di acquisto utilizzati, si fornisce un'analisi sia della tipologia di contratto affidato che delle procedure utilizzate per l'affidamento o l'acquisto.

Nella

Tabella 2. 4 è riportata la distribuzione della spesa per tipologia di contratto, intesa come modalità di realizzazione della gara. Non essendo rilevata tale informazione in caso di acquisizione di uno smartCIG, questa specifica analisi è effettuata soltanto per i 4.863 contratti identificati da un CIG ordinario, per una spesa complessiva di quasi 5,5 miliardi di euro.

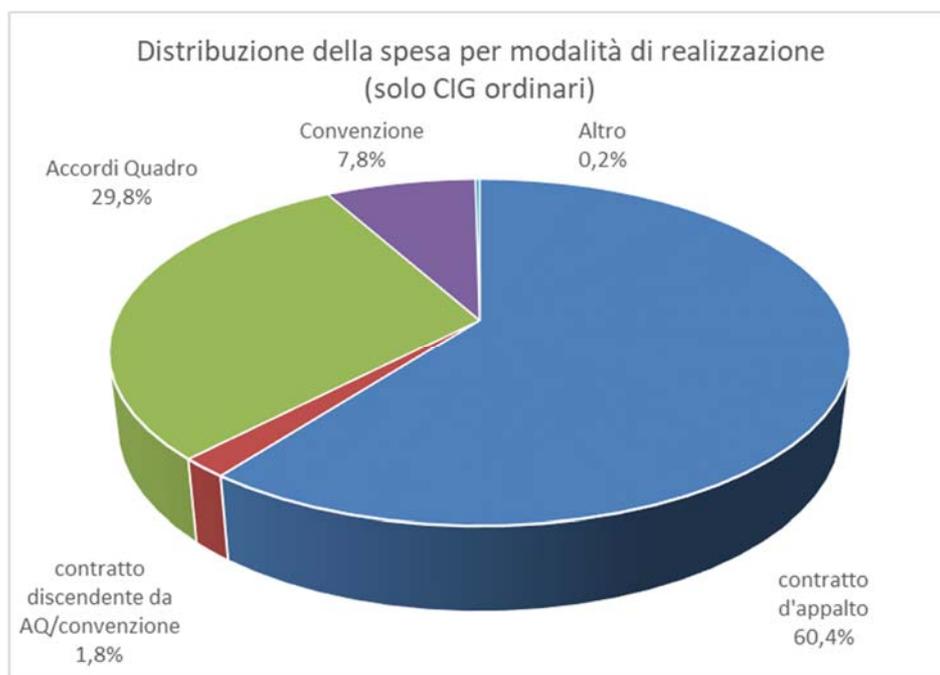
Il 60,4% della spesa (circa 3,3 miliardi di euro) deriva da contratti d'appalto; il 37,6% deriva dall'utilizzo di strumenti di aggregazione della domanda (il 29,8%, da accordi quadro ed il 7,8% da convenzioni). Infine l'1,8% della spesa è rappresentato da contratti discendenti da accordi quadro/convenzioni, corrispondenti al 9,4% del totale delle procedure avviate.

Tabella 2. 4 - Distribuzione del numero di procedure e della spesa per modalità di realizzazione per le procedure di appalto (analisi basata sui soli CIG ordinari)

Modalità di realizzazione	Numero	% Numero	Importo	% Importo
contratto d'appalto	3.459	71,2%	3.294.861.673	60,4%
contratto discendente da accordo quadro/convenzione	459	9,4%	98.669.965	1,8%
Accordo quadro	390	8,0%	1.626.723.905	29,8%
Convenzione	398	8,2%	426.620.623	7,8%
Altro	157	3,2%	12.545.910	0,2%
Totale	4.863	100,0%	5.459.422.076	100,0%



Figura 2. 3



Le due tabelle seguenti sintetizzano, invece, la distribuzione della spesa per tipologia di procedura utilizzata per la scelta del contraente, calcolata rispettivamente sugli smartCIG e sui CIG ordinari.

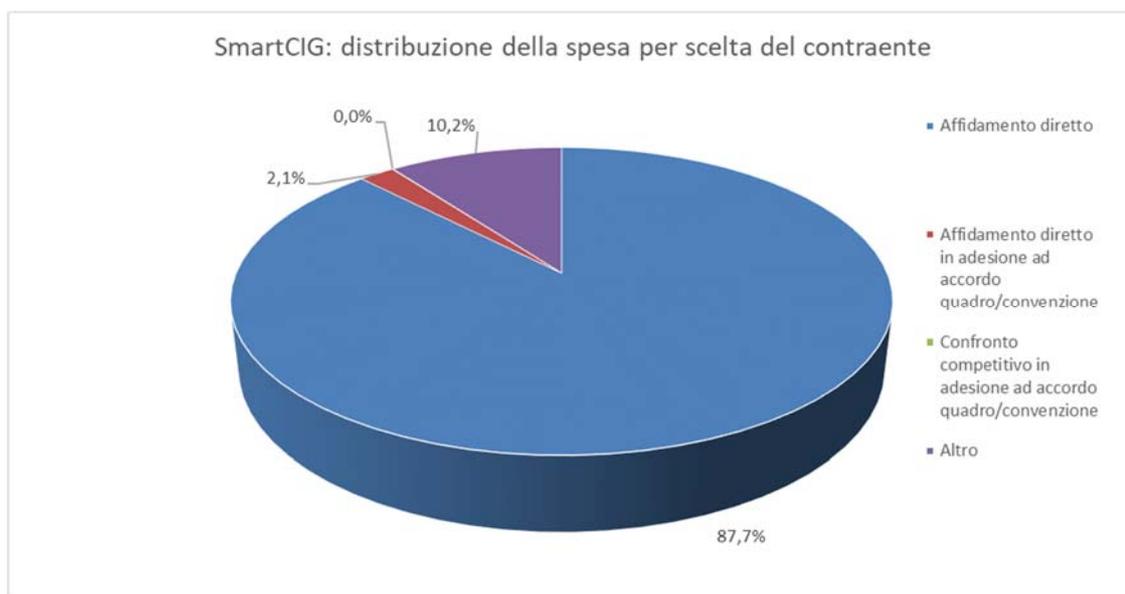
Come presumibile, la quasi totalità delle procedure tracciate da smartCIG (Tabella 2. 5) è rappresentata da un affidamento diretto (92,8%) corrispondente all'87,7% del valore complessivo delle procedure sottoposte alla sola tracciabilità. Le adesioni identificate da smartCIG rappresentano l'1,3% corrispondente al 2,1% della spesa tracciata tramite smartCIG.

Tabella 2. 5 - Distribuzione per procedura di scelta del contraente (smartCIG)

Procedura scelta contraente	Numero	%Numero	Importo	%Importo
Affidamento diretto	52.486	92,8%	290.047.774	87,7%
Affidamento diretto in adesione ad accordo quadro/convenzione	720	1,3%	6.887.639	2,1%
Confronto competitivo in adesione ad accordo quadro/convenzione	19	0,0%	121.958	0,0%
Altro	3.343	5,9%	33.570.206	10,2%
Totale	56.568	100,0%	330.627.576	100,0%



Figura 2. 4



Dei contratti identificati con CIG ordinario (Tabella 2. 6), quasi il 93% della spesa è stato affidato mediante procedure che non prevedono evidenza pubblica: il 77,8% mediante procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando ed il 15,1% mediante affidamento diretto.

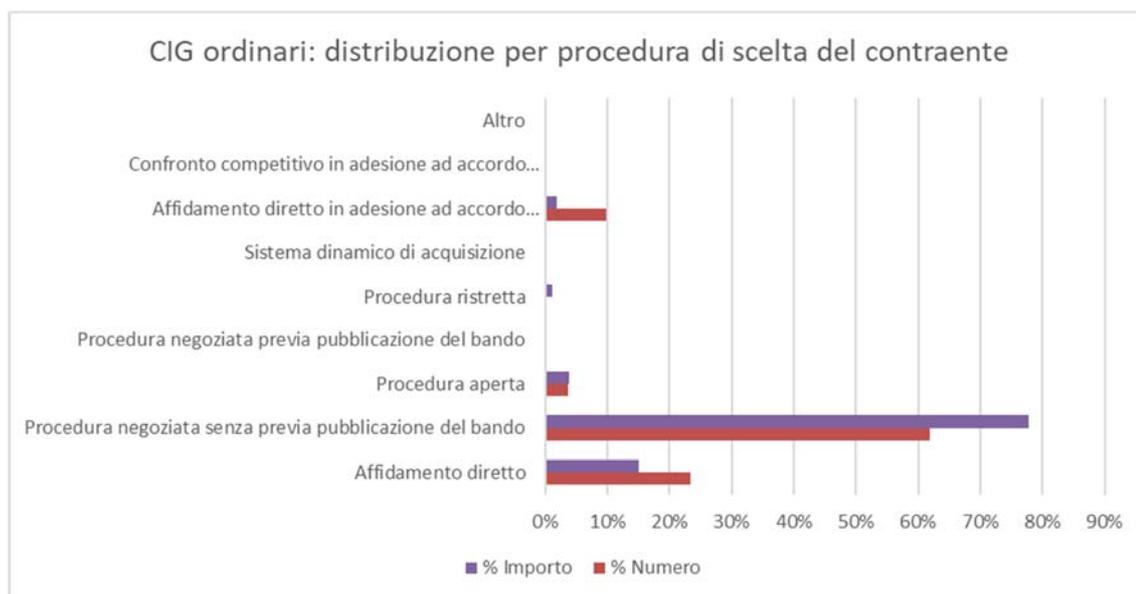
Tabella 2. 6 - Distribuzione per procedura di scelta del contraente (CIG ordinari)

Procedura scelta contraente	Numero	%Numero	Importo	%Importo	Importo medio
Affidamento diretto	1.141	23,5%	826.068.266	15,1%	723.986
Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando	3.010	61,9%	4.244.027.563	77,8%	1.409.976
Procedura aperta	181	3,7%	213.537.224	3,9%	1.179.764
Procedura negoziata previa pubblicazione del bando	11	0,2%	1.035.570	0,0%	94.143
Procedura ristretta	12	0,2%	66.898.509	1,2%	5.574.876
Sistema dinamico di acquisizione	13	0,3%	3.236.425	0,1%	248.956
Affidamento diretto in adesione ad accordo quadro/convenzione	477	9,8%	100.166.326	1,8%	209.992
Confronto competitivo in adesione ad accordo quadro/convenzione	4	0,1%	59.606	0,0%	14.902
Altro	14	0,3%	4.392.586	0,1%	313.756



Procedura scelta contraente	Numero	%Numero	Importo	%Importo	Importo medio
Totale	4.863	100,0%	5.459.422.076	100,0%	1.122.645

Figura 2. 5



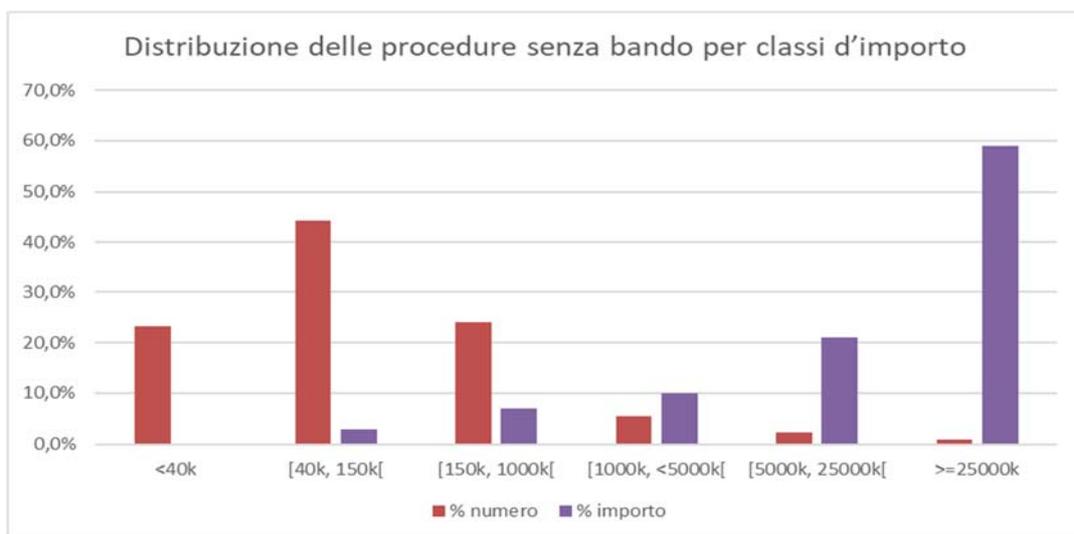
Approfondendo l'analisi per classe d'importo dei soli contratti affidati con procedure che non prevedono la pubblicazione di un bando (affidamenti diretti e procedure negoziate senza bando), emerge che sebbene numericamente il 67,3% di esse (pari al 3,2% del valore) è di importo inferiore ai 150.000 euro, l'80% della spesa complessiva corrispondente alle due tipologie di procedure è rappresentato da appalti di importo superiore ai 5 milioni di euro.

Tabella 2. 7 - Distribuzione delle procedure senza bando per classi d'importo

Classe d'importo in euro	Numero	% numero	Importo	% importo
X < 40k	960	23,1%	10.330.994	0,2%
40k <= X < 150k	1.836	44,2%	151.982.525	3,0%
150k <= X < 1000k	995	24,0%	347.427.751	6,9%
1000k <= X < 5000k	229	5,5%	503.572.547	9,9%
5000k <= X < 25000k	93	2,3%	1.068.746.590	21,1%
X >= 25000k	38	0,9%	2.988.035.423	58,9%
Totale	4.151	100,0%	5.070.095.829	100,0%



Figura 2. 6



2.3 La distribuzione della spesa in relazione alla capacità di aggregazione degli acquisti

Viene approfondita di seguito l'analisi in relazione al ricorso alla centralizzazione degli acquisti. Al fine di calcolare il valore complessivo della spesa derivante dall'utilizzo di strumenti di centralizzazione sono state prese in esame, oltre a tutte le procedure avviate nei mesi di marzo e aprile 2020 tramite gli strumenti di accordo quadro e convenzione, anche tutte le adesioni avviate nello stesso periodo e discendenti da accordi quadro/convenzioni pubblicati precedentemente al periodo in esame.

La

Tabella 2. 8 mostra che la spesa derivante dall'utilizzo di strumenti di centralizzazione è pari **2,16 miliardi di euro**, pari al 37,3% del totale della spesa relativa all'emergenza (5,8 mld).

Tuttavia, si deve anche considerare che una quota significativa della spesa sostenuta per far fronte all'emergenza è rappresentata dalle procedure di affidamento avviate dal Commissario Straordinario per l'emergenza e dal Dipartimento della Protezione Civile, che complessivamente ammontano a quasi 2,4 miliardi di euro, pari al 41% del totale della spesa relativa all'emergenza. Sebbene tali procedure siano state svolte come contratti d'appalto (e quindi non classificate come strumenti di aggregazione della domanda), esse rappresentano acquisti effettuati a livello centrale ma destinati a soddisfare le esigenze di carattere nazionale. Sulla base di questo presupposto, l'ammontare della spesa centralizzata sale a più di 4,5 mld di euro, pari al 78,4% del totale.

Tabella 2. 8 - Valore complessivo della spesa derivante dall'utilizzo di strumenti di aggregazione degli acquisti

Procedure centralizzazione spesa		Importo in €
Strumenti centralizzazione acquisti	Accordi quadro	2.053.344.528
	Adesioni tramite CIG	98.669.965
	Adesioni tramite smartCIG	7.301.237



Procedure centralizzazione spesa		Importo in €
	Totale spesa derivante da strumenti di aggregazione degli acquisti	2.159.315.730
Altre procedure avviate da amministrazioni centrali	Commissario straordinario per l'emergenza	2.046.937.906
	Dipartimento Protezione Civile	332.070.950
	Totale spesa derivante da altre procedure avviate da amministrazioni centrali	2.379.008.856
Totale spesa centralizzata		4.538.324.586

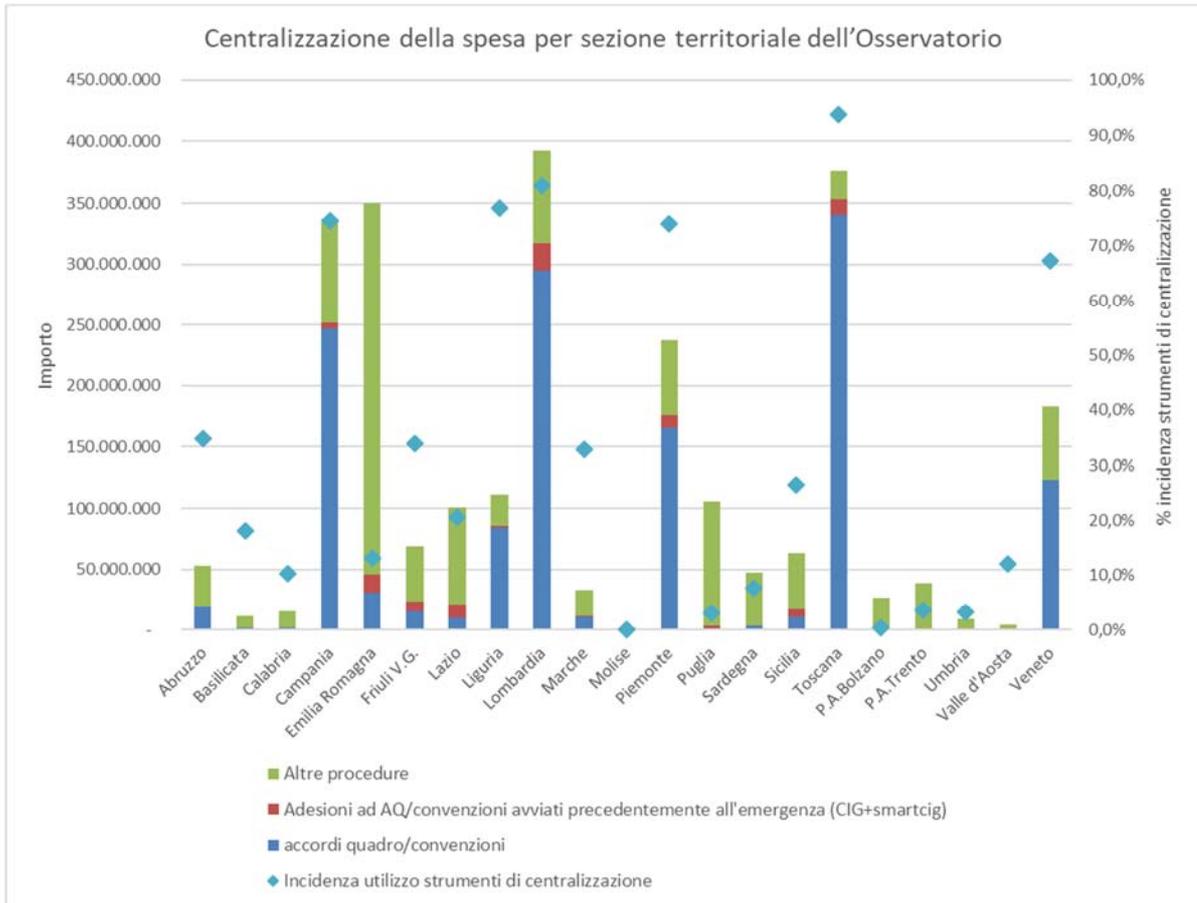
A livello territoriale, le regioni con il più alto grado di incidenza di ricorso all'utilizzo di strumenti di centralizzazione sono la Toscana, in cui per ben il 93,7% della spesa complessivamente sostenuta per l'emergenza si è fatto ricorso alle procedure di centralizzazione, e la Lombardia, in cui la spesa per approvvigionamenti centralizzati rappresenta l'80,9% della spesa complessiva regionale; seguono Liguria con un'incidenza pari al 76,8%, la Campania con il 74,6%, il Piemonte con il 74,1% ed il Veneto con il 67,3%.

Tabella 2. 9 – Centralizzazione della spesa per sezione territoriale dell'Osservatorio

Sezione Osservatorio	Spesa mediante strumenti di aggregazione		Altre procedure (c)	Spesa complessiva connessa all'emergenza (d=a+b+c)	Incidenza utilizzo strumenti di centralizzazione (a+b)/d
	Accordi quadro/convenzioni (a)	Adesioni ad Accordi quadro/convenzioni avviati prima all'emergenza (CIG+smartCIG) (b)			
Abruzzo	18.175.500	222.152	34.478.694	52.876.346	34,8%
Basilicata	1.712.800	298.440	9.106.341	11.117.581	18,1%
Calabria	1.600.000		13.941.988	15.541.988	10,3%
Campania	247.090.843	4.581.502	85.839.899	337.512.245	74,6%
Emilia	30.525.726	15.409.660	304.386.317	350.321.703	13,1%
Friuli	15.002.541	8.431.133	45.772.153	69.205.828	33,9%
Lazio	9.705.575	11.197.295	80.050.779	100.953.649	20,7%
Liguria	84.152.072	1.261.639	25.793.223	111.206.934	76,8%
Lombardia	294.867.241	22.369.082	74.905.040	392.141.362	80,9%
Marche	10.525.000	459.322	22.344.879	33.329.201	33,0%
Molise			1.447.024	1.447.024	0,0%
Piemonte	165.164.927	10.518.309	61.385.362	237.068.598	74,1%
Puglia		3.149.960	102.773.482	105.923.442	3,0%
Sardegna	3.651.362	50.700	43.990.481	47.692.543	7,8%
Sicilia	10.407.250	6.310.554	46.377.692	63.095.496	26,5%
Toscana	340.588.385	12.473.366	23.636.465	376.698.216	93,7%
P.A. Bolzano		116.480	25.494.929	25.611.409	0,5%
P.A. Trento		1.374.250	37.073.918	38.448.168	3,6%
Umbria	213152,78	69.522	8.469.329	8.752.004	3,2%
Valle d'Aosta		537.260	3.905.450	4.442.710	12,1%
Veneto	122.954.844	486.281	59.961.737	183.402.861	67,3%
Centrale – di cui	697.007.309	6.654.295	2.517.011.522	3.220.673.127	21,8%
Centrale	<i>CONSIP spa</i>	<i>657.500.447</i>	<i>2.378.400</i>	<i>659.878.847</i>	
	<i>Commissario Straordinario per l'emergenza</i>		<i>2.046.937.906</i>	<i>2.046.937.906</i>	
	<i>Dipartimento Protezione Civile</i>		<i>332.070.950</i>	<i>332.070.950</i>	
Non classificato			2.587.217	2.587.217	0,0%
Totale	2.053.344.528	105.971.202	3.630.733.922	5.790.049.652	37,3%



Figura 2. 7



Nell'ambito dell'analisi sulla centralizzazione degli acquisti, è interessante esaminare anche l'attività complessiva (in termini di spesa) delle Centrali di Committenza e Soggetti Aggregatori, rappresentata oltre che dalla spesa riconducibile ad accordi quadro e convenzioni avviati, anche dall'ammontare degli acquisti effettuati mediante altre fattispecie contrattuali: spesso infatti le centrali di committenza svolgono gare di appalto per conto di altre singole stazioni appaltanti. Come sintetizzato nella

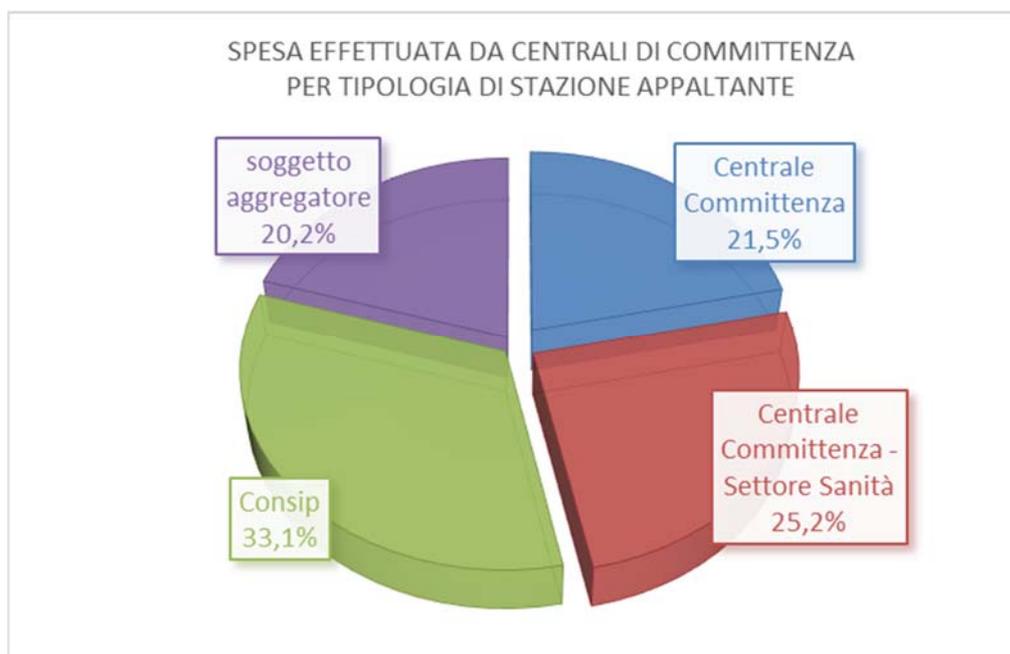
Tabella 2. 10, il valore complessivo delle procedure di affidamento avviate da Centrali di committenza e soggetti aggregatori nel periodo emergenziale ammonta a quasi 2 miliardi di euro, pari al 34,5% della spesa complessiva sostenuta per far fronte all'emergenza.

Tabella 2. 10 – Analisi della spesa fatta da Centrali di Committenza e Soggetti Aggregatori

Tipologia stazione appaltante	Accordi Quadro/convenzioni		altre procedure esclusi accordi quadro/convenzioni (CIG+smartCIG)		totale procedure	
	importo	% importo	importo	% importo	importo	% importo
Centrale Committenza	425.732.794	22,9%	3.863.620	2,9%	429.596.414	21,5%
Centrale Committenza - Settore Sanità	435.795.999	23,4%	67.993.772	50,7%	503.789.771	25,2%
Consip Spa	657.500.447	35,3%	2.378.400	1,8%	659.878.847	33,1%
Soggetto aggregatore	342.899.878	18,4%	59.905.703	44,6%	402.805.582	20,2%
Totale	1.861.929.118	100,0%	134.141.495	100,0%	1.996.070.613	100,0%

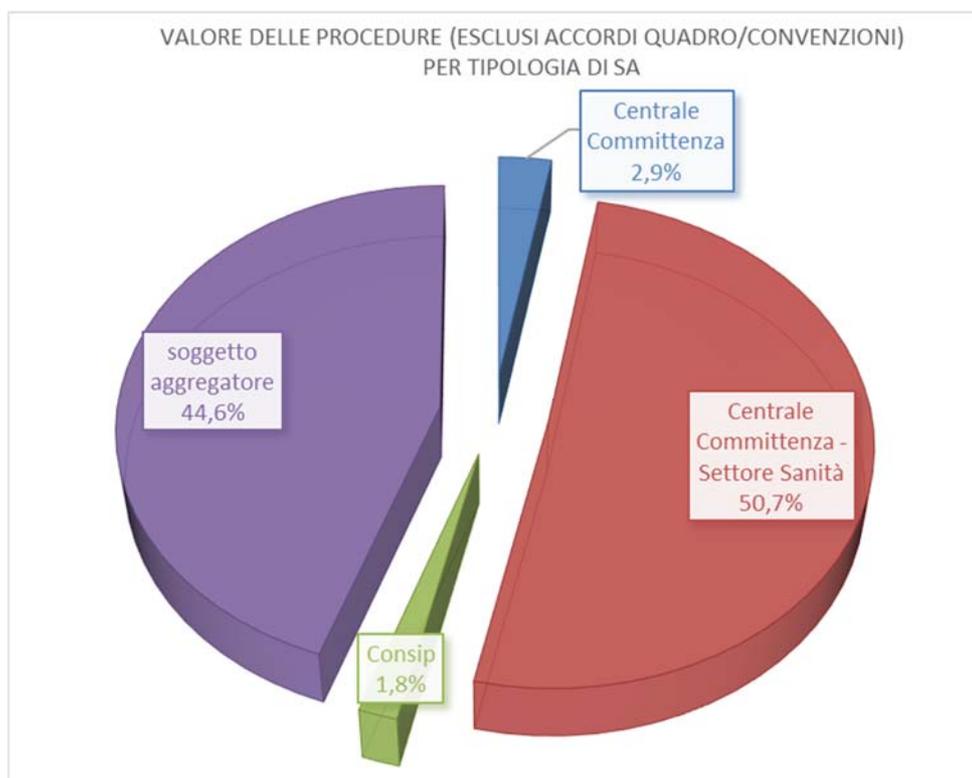
Come mostra la figura seguente, la spesa è pressoché equidistribuita tra le 4 tipologie di stazione appaltante, con una prevalenza di Consip che rappresenta il 33,1% della spesa complessiva.

Figura 2. 8



Si rileva invece una sostanziale differenza nella distribuzione riferita alle procedure di gara diverse dagli accordi quadro, con una netta prevalenza di soggetti aggregatori (44,6%) e Centrali di Committenza-Settore Sanità (50,7%).

Figura 2.9



A livello territoriale, la Toscana e la P.A. di Bolzano, sono le regioni caratterizzate dalla maggiore incidenza dell'attività delle centrali di committenza: rispettivamente il 90,7% e l'89,6% della spesa sostenuta per fronteggiare l'emergenza è stata commissionata da centrali di committenza regionali, con la distinzione che la Toscana è caratterizzata dalla netta prevalenza di strumenti di aggregazione della domanda, mentre per la P.A. di Bolzano non sono state rilevate procedure avviate come accordi quadro e convenzioni, ma sembrerebbe piuttosto prevalere il ricorso a centrali di committenza per appalti "su delega". Seguono, per incidenza di spesa appaltata da centrali di committenza, il Veneto con il 77,5%, la Liguria con il 76,9%, la Lombardia con il 75,1% e la Campania con il 71%.

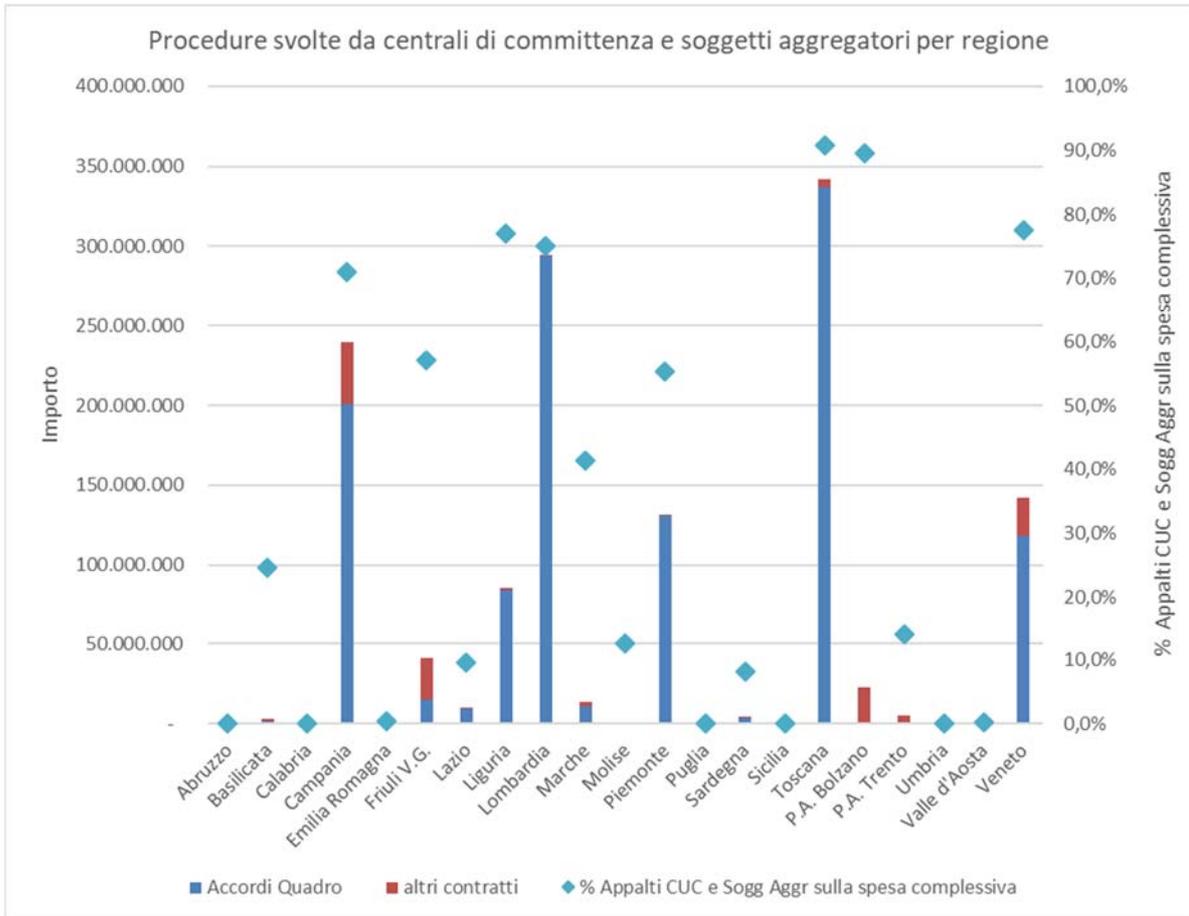
In generale è possibile constatare un'evidente disomogeneità tra le varie Regioni, con ben 7 di esse che hanno fatto ricorso alle centrali di committenza e ai soggetti aggregatori regionali per meno dell'1% della spesa, e 8 che vi hanno fatto ricorso per più del 50%.

Tabella 2. 11 - Procedure svolte da centrali di committenza e soggetti aggregatori per regione (valori in euro)

Sezione Osservatorio	Spesa tramite CUC e Sogg. Aggr.			spesa complessiva connessa all'emergenza	% Appalti CUC e Sogg. Aggr.
	Accordi Quadro	altri contratti	Totale		
Abruzzo		13.510	13.510	52.876.346	0,0%
Basilicata	1.712.800	1.014.599	2.727.399	11.117.581	24,5%
Calabria		9.372	9.372	15.541.988	0,1%
Campania	200.587.685	39.191.439	239.779.123	337.512.245	71,0%
Emilia	70.000	1.348.656	1.418.656	350.321.703	0,4%
Friuli	15.002.541	25.803.667	40.806.208	69.205.828	57,1%
Lazio	9.620.000	112.516	9.732.516	100.953.649	9,6%
Liguria	84.152.072	1.514.737	85.666.809	111.206.934	76,9%
Lombardia	293.607.644	1.014.940	294.622.584	392.141.362	75,1%
Marche	10.525.000	3.237.768	13.762.768	33.329.201	41,3%
Molise		182.956	182.956	1.447.024	12,6%
Piemonte	130.866.498	401.598	131.268.096	237.068.598	55,4%
Puglia		78.604	78.604	105.923.442	0,1%
Sardegna	3.651.362	262.050	3.913.412	47.692.543	8,2%
Sicilia		3.761	3.761	63.095.496	0,0%
Toscana	336.641.385	5.070.394	341.711.779	376.698.216	90,7%
PA Bolzano		22.940.659	22.940.659	25.611.409	89,6%
PA Trento		5.400.657	5.400.657	38.448.168	14,0%
Umbria		380	380	8.752.004	0,0%
Valle d'Aosta		13.270	13.270	4.442.710	0,3%
Veneto	117.991.683	24.145.695	142.137.378	183.402.861	77,5%
Centrale (CONSIP)	657.500.447	2.379.400	659.879.847	3.220.655.593	20,5%
Non classificato		869	869	2.604.751	0,0%
Totale	1.861.929.118	134.141.495	1.996.070.613	5.790.049.652	34,5%



Figura 2. 10





2.4 La distribuzione della spesa su base regionale e relativi indicatori

Il 55,6% della spesa connessa all'emergenza è stato impegnato a livello centrale, con il 24,2% del totale delle procedure avviate, mentre il restante 44,4% della spesa è stato sostenuto dalle Regioni, pari a circa il 74% degli affidamenti effettuati.

La

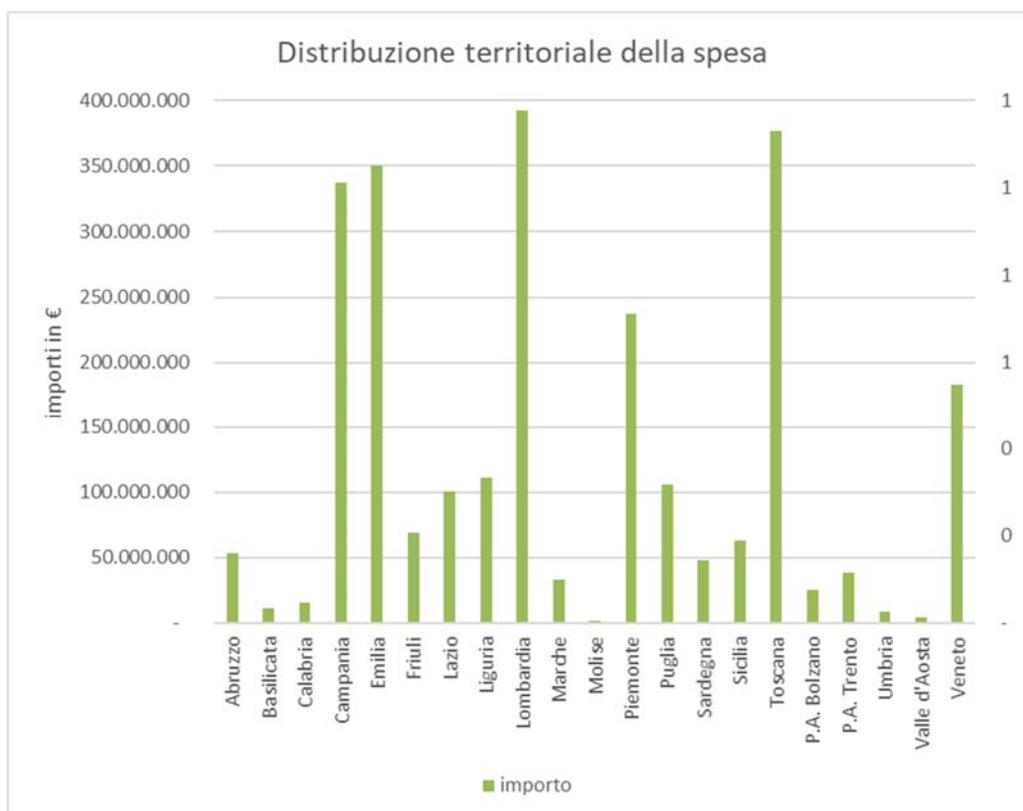
Tabella 2. 12, relativa alla distribuzione territoriale del numero di procedure e della spesa, evidenzia che le Regioni che hanno sostenuto la maggiore spesa sono la Lombardia (6,8% della spesa nazionale complessiva), la Toscana (6,5%), Emilia (6,1%), la Campania (5,8), il Piemonte (4,1%) ed il Veneto (3,2%).

Tabella 2. 12 - Distribuzione territoriale del numero di procedure e della spesa

Sezione Osservatorio	n. CIG	% CIG	Importo	% importo
Abruzzo	1.394	2,3%	52.876.346	0,9%
Basilicata	625	1,0%	11.117.581	0,2%
Calabria	1.012	1,7%	15.541.988	0,3%
Campania	3.670	6,0%	337.512.245	5,8%
Emilia Romagna	3.306	5,4%	350.321.703	6,1%
Friuli V. G.	1.433	2,3%	69.205.828	1,2%
Lazio	2.523	4,1%	100.953.649	1,7%
Liguria	1.657	2,7%	111.206.934	1,9%
Lombardia	7.850	12,8%	392.141.362	6,8%
Marche	1.731	2,8%	33.329.201	0,6%
Molise	329	0,5%	1.447.024	0,0%
Piemonte	4.379	7,1%	237.068.598	4,1%
Puglia	2.285	3,7%	105.923.442	1,8%
Sardegna	1.645	2,7%	47.692.543	0,8%
Sicilia	2.457	4,0%	63.095.496	1,1%
Toscana	2.719	4,4%	376.698.216	6,5%
P.A. Bolzano	872	1,4%	25.611.409	0,4%
P.A. Trento	1.006	1,6%	38.448.168	0,7%
Umbria	724	1,2%	8.752.004	0,2%
Valle d'Aosta	327	0,5%	4.442.710	0,1%
Veneto	3.684	6,0%	183.402.861	3,2%
Centrale	14846	24,2%	3.220.673.127	55,6%
Non classificato	957	1,6%	2.587.217	0,0%
Totale	61.431	100,0%	5.790.049.652	100,0%



Figura 2. 11



Nella Tabella 2. 13 è riportata la distribuzione regionale della spesa per categoria merceologica.

Come si può notare, la quota maggiore di "mascherine" e "ventilatori/ossigenoterapia" è stata acquistata a livello centrale (75,9% della spesa per le prima e 58,1% di spesa per la seconda categoria). Con riferimento alle mascherine, le regioni che hanno speso maggiormente sono la Toscana (212.166.888 euro, pari al 6,8%) e la Campania (127.842.878 euro, pari al 4,1%); per ventilatori e strumenti per l'ossigenoterapia, invece, la Campania è la regione che ha sostenuto la maggior spesa (69.770.528 euro, pari al 16,5% del totale speso per questa categoria merceologica), seguita da Toscana (32.955.118 euro, pari al 7,8%) e Lombardia (17.773.690 euro, pari al 4,2%).

Per tutte le altre categorie merceologiche, oltre il 50% degli acquisti, in termini di spesa, è stato effettuato a livello regionale.

Nel dettaglio, per i dispositivi di protezione diversi dalle mascherine, il 66,3% della spesa è attribuito alle Regioni. Il valore più alto spetta all'Emilia Romagna (215.476.328 euro, pari al 17%), seguita dalla Lombardia (con una spesa di 206.924.333 euro, pari al 16,3%) e Piemonte (123.720.639 euro, pari al 9,7%). L'acquisto di tamponi, test e strumenti per la diagnosi è stato effettuato quasi totalmente dalle Regioni (ben il 95,4%). Anche in questo caso, la spesa maggiore è stata sostenuta dall'Emilia Romagna (32.207.301 euro, corrispondente al 18% del totale della spesa sostenuta per la categoria). Seguono Veneto con 23.802.114 euro, pari al 13,4%, Piemonte con 13.698.210 euro e pari al 7,7%, Lazio con 13.419.594 euro, corrispondente al 7,5%, Campania, con 11.288.496, pari al 6,4% e Toscana con 10.764.654 euro, pari al 6,1%.



Infine, l'acquisto per prodotti igienizzanti e gli affidamenti per i servizi/lavori connessi alla sanificazione sono stati effettuati a livello regionale rispettivamente per circa il 60% ed il 55%.

Con riferimento alle forniture di prodotti igienizzanti, la Lombardia ha effettuato la spesa maggiore (3.757.838 euro, pari al 12%), seguita dal Piemonte (3.401.715 euro, corrispondente all'11%).

Per i servizi o lavori relativi alla sanificazione, la maggiore spesa spetta al Piemonte (con 3.829.835 euro ed il 9,8%), seguono Lombardia (2.697.377 euro, pari al 6,9%), Basilicata (2.464.197 euro ed il 6,3%) e Campania (1.995.532 euro, pari al 5,1%).

Tabella 2. 13 - spesa per regione e categoria merceologica

Osservatorio	Mascherine		Altri dpi escluse mascherine		Tamponi/test diagnosi/reagenti		Ventilatori e ossigenoterapia		Igienizzanti (forniture)		Igienizzazione (servizi/lavori)		Altro		Totale complessivo	
	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%	IMPORTO	%
Abruzzo	2.705.560	0,1%	5.729.766	0,5%	7.346.700	4,1%	5.982.048	1,4%	180.166	0,6%	497.326	1,3%	30.434.780	4,3%	52.876.346	0,9%
Basilicata	1.078.546	0,0%	1.560.636	0,1%	1.597.550	0,9%	745.925	0,2%	68.690	0,2%	2.464.197	6,3%	3.602.037	0,5%	11.117.581	0,2%
Bolzano	2.470.341	0,1%	12.072.351	0,9%	3.211.532	1,8%	1.200.104	0,3%	330.781	1,1%	179.569	0,5%	6.146.731	0,9%	25.611.409	0,4%
Calabria	1.145.943	0,0%	1.435.631	0,1%	1.804.583	1,0%	808.711	0,2%	123.391	0,4%	167.850	0,4%	10.055.879	1,4%	15.541.988	0,3%
Campania	127.842.878	4,1%	19.393.881	1,5%	11.288.496	6,3%	69.770.528	16,5%	1.746.869	5,6%	1.995.532	5,1%	105.474.062	14,7%	337.512.245	5,8%
Emilia	34.005.691	1,1%	215.476.328	17,0%	32.207.301	18,1%	10.316.997	2,4%	1.386.594	4,5%	393.000	1,0%	56.535.793	7,9%	350.321.703	6,1%
Friuli	19.848.726	0,6%	10.403.162	0,8%	7.131.687	4,0%	5.225.943	1,2%	366.538	1,2%	232.240	0,6%	25.997.532	3,6%	69.205.828	1,2%
Lazio	15.837.656	0,5%	4.058.470	0,3%	13.419.594	7,5%	2.205.394	0,5%	643.099	2,1%	1.588.906	4,1%	63.200.530	8,8%	100.953.649	1,7%
Liguria	43.760.347	1,4%	48.883.581	3,8%	4.034.793	2,3%	1.504.189	0,4%	470.381	1,5%	870.221	2,2%	11.683.423	1,6%	111.206.934	1,9%
Lombardia	92.146.449	2,9%	206.924.333	16,3%	8.392.955	4,7%	17.773.690	4,2%	3.757.838	12,1%	2.697.377	6,9%	60.448.720	8,4%	392.141.362	6,8%
Marche	13.079.801	0,4%	8.010.832	0,6%	2.793.831	1,6%	1.227.672	0,3%	182.817	0,6%	476.864	1,2%	7.557.385	1,1%	33.329.201	0,6%
Molise	236.932	0,0%	210.922	0,0%	198.710	0,1%	11.845	0,0%	16.132	0,1%	49.506	0,1%	722.977	0,1%	1.447.024	0,0%
Piemonte	60.774.151	1,9%	123.720.639	9,7%	13.698.210	7,7%	4.398.006	1,0%	1.045.833	3,4%	3.829.835	9,8%	29.601.923	4,1%	237.068.598	4,1%
Puglia	10.061.295	0,3%	46.836.363	3,7%	7.288.636	4,1%	11.266.684	2,7%	3.401.715	11,0%	1.575.297	4,0%	25.493.450	3,6%	105.923.442	1,8%
Sardegna	17.559.655	0,6%	5.700.813	0,4%	5.070.327	2,9%	1.449.104	0,3%	246.852	0,8%	1.099.080	2,8%	16.566.712	2,3%	47.692.543	0,8%
Sicilia	9.057.753	0,3%	7.281.359	0,6%	5.869.247	3,3%	5.004.551	1,2%	757.956	2,4%	987.407	2,5%	34.137.223	4,8%	63.095.496	1,1%
Toscana	212.166.888	6,8%	61.844.689	4,9%	10.764.654	6,1%	32.955.118	7,8%	924.989	3,0%	368.009	0,9%	57.673.869	8,1%	376.698.216	6,5%
Trento	18.307.468	0,6%	2.151.179	0,2%	7.888.890	4,4%	989.340	0,2%	715.320	2,3%	1.179.511	3,0%	7.216.460	1,0%	38.448.168	0,7%
Umbria	1.275.091	0,0%	1.000.526	0,1%	1.605.541	0,9%	1.329.182	0,3%	416.286	1,3%	243.099	0,6%	2.882.280	0,4%	8.752.004	0,2%
Valle d'Aosta	636.309	0,0%	1.772.218	0,1%	250.468	0,1%	423.385	0,1%	57.266	0,2%	70.324	0,2%	1.232.740	0,2%	4.442.710	0,1%
Veneto	71.072.123	2,3%	57.965.542	4,6%	23.802.114	13,4%	2.523.170	0,6%	1.851.340	6,0%	593.008	1,5%	25.595.564	3,6%	183.402.861	3,2%
Centrale	2.376.217.652	75,9%	428.539.481	33,7%	8.152.751	4,6%	245.534.973	58,1%	12.131.456	39,2%	17.440.897	44,6%	132.655.916	18,5%	3.220.673.127	55,6%
n.c	974.419	0,0%	154.139	0,0%	35.379	0,0%	40.762	0,0%	125.331	0,4%	108.286	0,3%	1.148.901	0,2%	2.587.217	0,0%
Totale	3.132.261.674	100,0%	1.271.126.839	100,0%	177.853.949	100,0%	422.687.320	100,0%	30.947.641	100,0%	39.107.342	100,0%	716.064.887	100,0%	5.790.049.652	100,0%



Approfondendo l'analisi comparativa territoriale, è stata calcolata la spesa pro capite per regione, ottenuta dividendo la spesa complessiva regionale (intendendo la spesa sostenuta dalle stazioni appaltanti di competenza regionale) per popolazione residente al 31/12/2019 (Tabella 2. 14). Il valore più elevato è rappresentato dalla Toscana, dove l'emergenza ha pesato su ogni residente per un costo pari a 101,19 euro. A seguire, troviamo l'Emilia Romagna, con un costo di circa 78 euro pro-capite, Liguria con 72 euro, Trento con 70,84 euro, Campania e Friuli, rispettivamente 58,33 e 57,13 euro, Piemonte con 54,61 euro e Bolzano con 48,13.

Come rappresentato dalla Figura 2. 12, tutte le suddette regioni presentano una spesa pro-capite superiore al valore medio pro-capite sostenuto a livello regionale, pari a 42,61 euro.

Le regioni per cui si rileva la minor spesa pro-capite sono invece il Molise (4,79 euro), la Calabria (8,08 euro), l'Umbria (9,94 euro), la Sicilia (12,70 euro), il Lazio (17,21 euro) e la Basilicata (19,96 euro), tutte con una spesa pro-capite inferiore al 50% della media regionale.

La Figura 2. 12 mostra anche come la spesa pro-capite della regione Toscana non solo sia il valore più elevato rispetto alle altre Regioni, ma è anche superiore alla spesa nazionale pro-capite (riferita cioè alla spesa complessiva sostenuta dalla totalità delle stazioni appaltanti, comprese quelle operanti a livello centrale), pari a 96,11 euro.

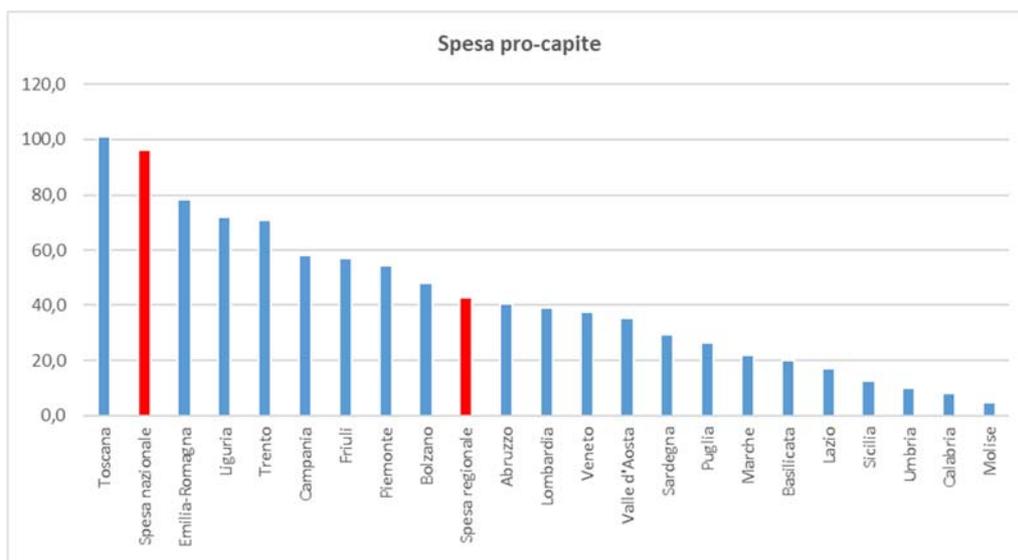


Tabella 2. 14 - Spesa pro-capite per regione

Regione	Spesa (euro)	popolazione residente al 31/12/2019	spesa pro-capite (euro)
Toscana	376.698.216	3.722.729	101,19
Emilia-Romagna	350.321.703	4.467.118	78,42
Liguria	111.206.934	1.543.127	72,07
P.A. Trento	38.448.168	542.739	70,84
Campania	337.512.245	5.785.861	58,33
Friuli	69.205.828	1.211.357	57,13
Piemonte	237.068.598	4.341.375	54,61
P.A. Bolzano	25.611.409	532.080	48,13
Abruzzo	52.876.346	1.305.770	40,49
Lombardia	392.141.362	10.103.969	38,81
Veneto	183.402.861	4.907.704	37,37
Valle d'Aosta	4.442.710	125.501	35,40
Sardegna	47.692.543	1.630.474	29,25
Puglia	105.923.442	4.008.296	26,43
Marche	33.329.201	1.518.400	21,95
Basilicata	11.117.581	556.934	19,96
Lazio	100.953.649	5.865.544	17,21
Sicilia	63.095.496	4.968.410	12,70
Umbria	8.752.004	880.285	9,94
Calabria	15.541.988	1.924.701	8,08
Molise	1.447.024	302.265	4,79
Totale spesa regionale	2.566.789.308	60.244.639	42,61
Totale spesa nazionale	5.790.049.652	60.244.639	96,11

Fonti: ANAC e Istat

Figura 2. 12



La distribuzione della spesa pro-capite per regione mostra un'alta variabilità (con un coefficiente di variazione pari al 63%). Lo scopo, quindi, della successiva analisi è quello di verificare l'esistenza di una possibile correlazione tra la spesa e la struttura demografica della popolazione di ciascuna regione: infatti, almeno nel periodo iniziale di diffusione del Coronavirus, le fasce di età più elevate della popolazione sono risultate quelle più vulnerabili.

Come indice di vecchiaia della popolazione, ai fini dello studio qui presentato, si è ritenuto utile considerare la quota di ultrasessantacinquenni presenti nella popolazione di ciascuna regione (Tabella 2. 15).

Tabella 2. 15 - Quota della popolazione ultrasessantacinquenne per regione

Regione	Quota POP65+
Piemonte	25,8
Valle d'Aosta	24,2
Liguria	28,6
Lombardia	22,8
Bolzano	19,8
Trento	22,4
Veneto	23,2
Friuli	26,4
Emilia-Romagna	24,1
Toscana	25,6
Umbria	25,8
Marche	25,1
Lazio	22



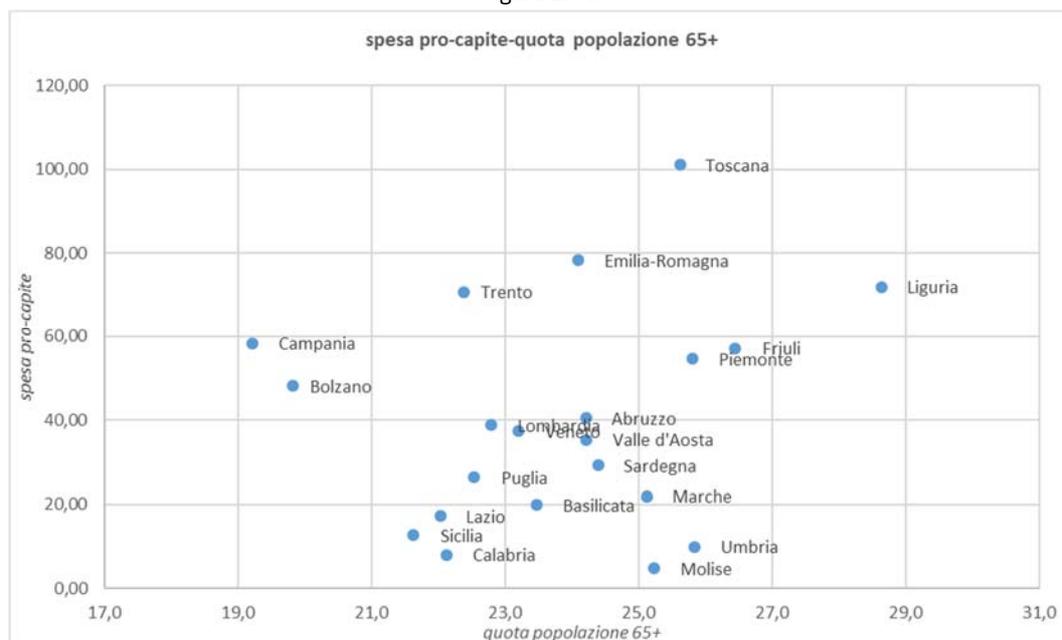
Regione	Quota POP65+
Abruzzo	24,2
Molise	25,2
Campania	19,2
Puglia	22,5
Basilicata	23,5
Calabria	22,1
Sicilia	21,6
Sardegna	24,4

Fonte: Istat

L'indice di correlazione tra il tasso di vecchiaia e spesa pro-capite, pari a 0,2, indica una bassa correlazione tra i due fenomeni.

Lo scatter plot, rappresentato nella Figura 2. 13, mostra come si distinguono, in particolare, alcune regioni: Campania e Bolzano, che avendo il più basso tasso di vecchiaia, risultano tra le regioni con una spesa pro-capite superiore alla media. Anche Trento, che presenta un tasso di vecchiaia (pari a 22,4%) inferiore al valore nazionale (23,2%) presenta invece un valore di spesa pro-capite tra i più elevati. Tra le regioni con un tasso di vecchiaia elevato emergono Umbria e Molise che presentano invece una spesa pro-capite molto bassa.

Figura 2. 13



Si prosegue lo studio con un'analisi comparativa della spesa "proattiva", intesa come spesa per l'acquisto di dispositivi di protezione e strumenti per il contenimento della diffusione del virus. A tal fine, è stata



considerata la spesa effettuata per mascherine e altri dispositivi di protezione, per strumenti per la diagnosi e per gli affidamenti relativi all'igienizzazione e sanificazione.

Nella Tabella 2. 16 è riportata la spesa proattiva pro-capite per regione. Anche tale distribuzione presenta un coefficiente di variazione elevato (pari a 78%) indicando un'alta variabilità intorno alla media dei valori regionali.

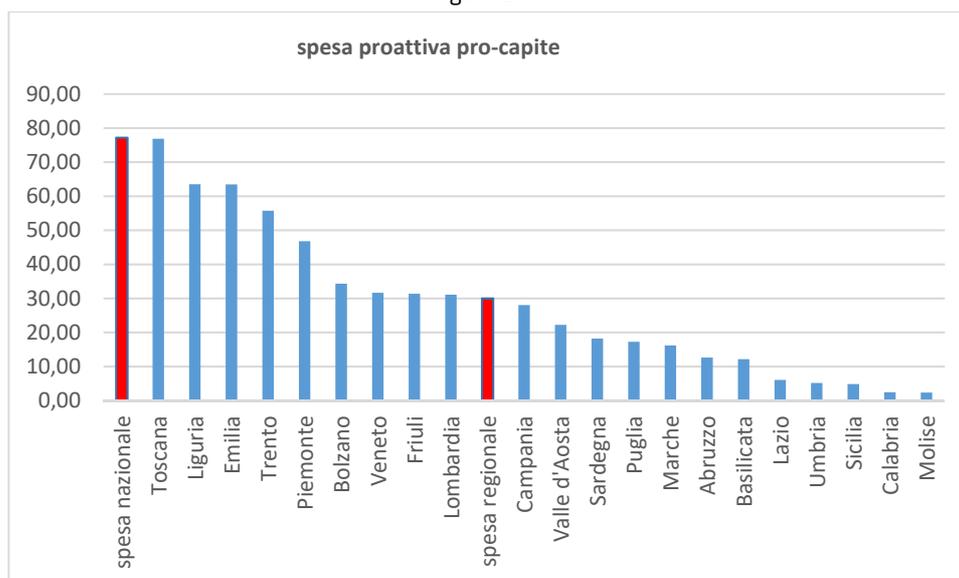
Tabella 2. 16 - Distribuzione delle spesa "proattiva" per regione

Regione	spesa proattiva (€)	spesa proattiva pro-capite (€)
Toscana	286.069.230	76,84
Liguria	98.019.323	63,52
Emilia	283.468.913	63,46
Trento	30.242.368	55,72
Piemonte	203.068.669	46,78
Bolzano	18.264.574	34,33
Veneto	155.284.128	31,64
Friuli	37.982.353	31,36
Lombardia	313.918.952	31,07
Campania	162.267.655	28,05
Valle d'Aosta	2.786.585	22,2
Sardegna	29.676.727	18,2
Puglia	69.163.307	17,26
Marche	24.544.144	16,16
Abruzzo	16.459.518	12,61
Basilicata	6.769.619	12,16
Lazio	35.547.725	6,06
Umbria	4.540.542	5,16
Sicilia	23.953.722	4,82
Calabria	4.677.398	2,43
Molise	712.202	2,36
Totale spesa regionale	1.807.417.654	30,00
Totale spesa nazionale	4.651.297.445	77,21

La Tabella 2. 16 mostra come, anche con riferimento alla spesa "proattiva", sia la Toscana la regione con spesa pro-capite più elevata, con 76,84 euro, valore prossimo alla spesa nazionale pro-capite (come già detto, riferita alla spesa complessiva sostenuta dalla totalità delle stazioni appaltanti, comprese quelle operanti a livello centrale), pari a 77,21 euro. Seguono Liguria ed Emilia con circa 63,50 euro pro-capite per

entrambe, Trento con 55,72 e Piemonte con 46,78 euro. Le regioni con spesa "proattiva" pro-capite più bassa sono il Molise con 2,36 euro, Calabria, con 2,46 euro, Sicilia, Umbria e Lazio rispettivamente con 4,82 euro, 5,16 e 6,06 euro.

Figura 2. 14



Infine, si fornisce un'analisi comparativa della spesa regionale in relazione al numero dei contagiati registrati da ciascuna regione alla data del 30 aprile 2020 (Tabella 2. 17)

Come mostra anche la Figura 2. 15, la Campania è la regione che fa registrare il valore più elevato di spesa rispetto al numero di contagiati. Il valore rappresentato dalla Campania è pari al 610% del valore medio della spesa regionale per contagiato e pari al 270% del valore medio della spesa nazionale per contagiato. A fronte di un numero di circa 4.420 contagi, la Regione Campania ha infatti speso circa 337 milioni di euro. Si noti che la Lombardia, che ha registrato circa 75.700 contagi, ha sostenuto una spesa complessiva di 392 milioni di euro.

Tra le regioni che presentano un rapporto spesa/contagiati tra i più elevati vi sono poi la Toscana, la Sardegna e la Basilicata, tutte con un valore superiore al valore pro-capite della spesa sostenuta a livello nazionale.

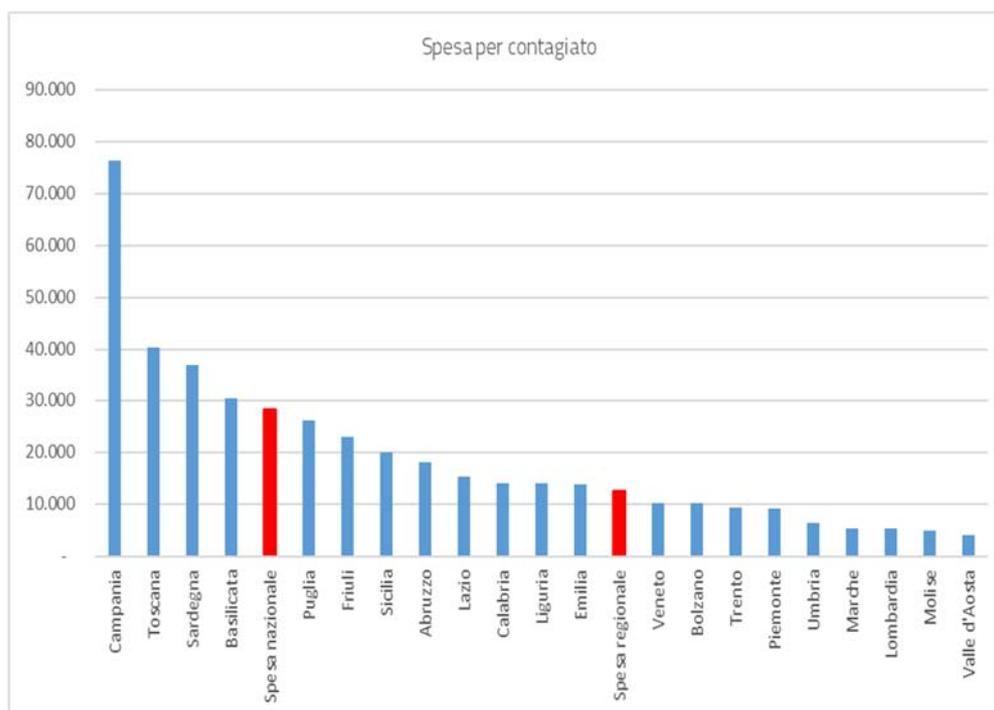


Tabella 2. 17 – Spesa per contagiato

Regione	numero contagi al 30 aprile 2020 *	spesa complessiva (euro)	spesa per contagiato (euro)
Campania	4.423	337.512.245	76.308
Toscana	9.352	376.698.216	40.280
Sardegna	1.295	47.692.543	36.828
Basilicata	367	11.117.581	30.293
Puglia	4.072	105.923.442	26.013
Friuli	3.025	69.205.828	22.878
Sicilia	3.166	63.095.496	19.929
Abruzzo	2.930	52.876.346	18.047
Lazio	6.616	100.953.649	15.259
Calabria	1.108	15.541.988	14.027
Liguria	7.993	111.206.934	13.913
Emilia	25.436	350.321.703	13.773
Veneto	17.960	183.402.861	10.212
Bolzano	2.518	25.611.409	10.171
Trento	4.116	38.448.168	9.341
Piemonte	26.289	237.068.598	9.018
Umbria	1.392	8.752.004	6.287
Marche	6.247	33.329.201	5.335
Lombardia	75.732	392.141.362	5.178
Molise	298	1.447.024	4.856
Valle d'Aosta	1.128	4.442.710	3.939
Totale spesa regionale	205.463	2.566.789.308	12.493
Totale spesa nazionale	205.463	5.790.049.652	28.180

* Fonte: Dipartimento Protezione Civile

Figura 2. 15



L'eterogeneità tra Regioni è evidenziata anche dalla **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**, che rappresenta sia la distribuzione rispetto alle due variabili (spesa sulle ordinate, numero di contagi sulle ascisse), sia la spesa per contagiato (rappresentata dal diametro della bolla).

Il caso della Toscana emerge tra le Regioni con valore spesa per contagiato più elevato, ossia con la bolla più grande. La Toscana, infatti, dopo la Lombardia, è la regione con la spesa complessiva più elevata, nonostante un numero di contagi al 30 aprile pari a circa 9.350, contro i quasi 18.000 del Veneto, gli oltre 25.000 dell'Emilia e 26.000 del Piemonte ed i circa 75.700 della Lombardia.

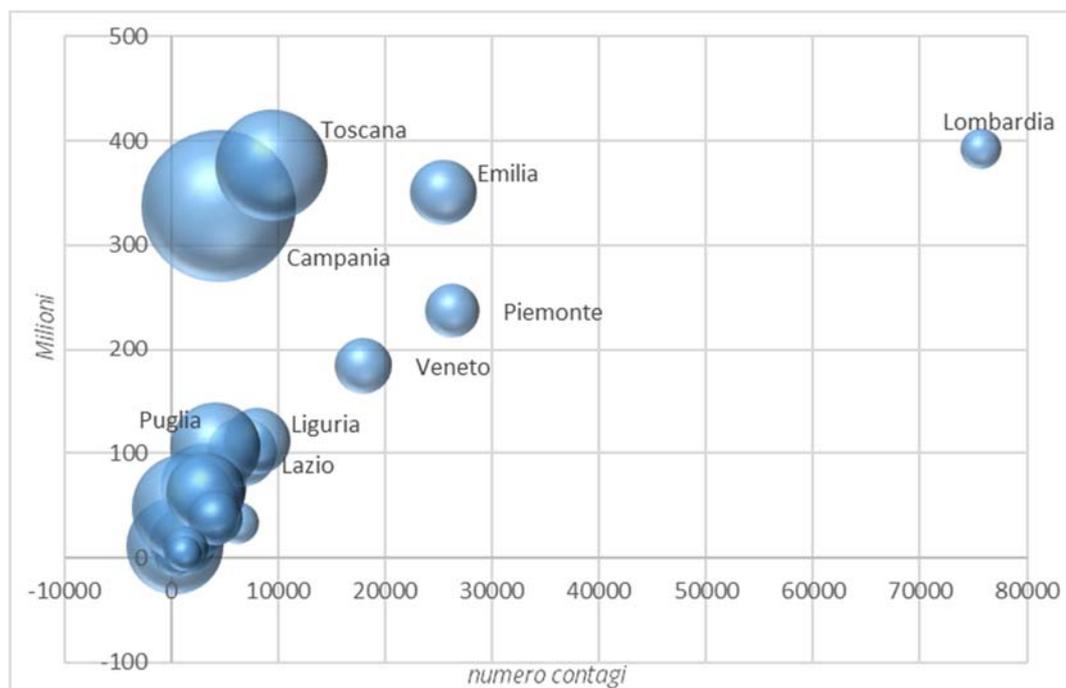
Come mostra anche la **Tabella 2. 17Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**, esclusa la Campania che rappresenta un outlier della distribuzione, si registra discreta variabilità (con un coefficiente di variazione pari al 62%) anche nei valori spesa/contagiato delle regioni con un numero di contagi più contenuto: il valore più elevato è quello della Sardegna con oltre 36.800 euro, mentre la regione con una spesa per contagiato più bassa è la Valle d'Aosta con un costo di 3.939 euro.

L'indicatore "spesa per contagiato" risente ovviamente della variabilità territoriale osservata sia per la spesa che per il numero di contagi. Per completezza, bisogna anche tener conto della differenziazione tra regioni nel ricorso all'aggregazione degli acquisti: infatti, l'elevata incidenza dell'utilizzo di strumenti quali accordi quadro o convenzioni influisce sull'ammontare della spesa, trattandosi di contratti di durata pluriennale, per un ampio bacino di utenza e pertanto di importi molto elevati. L'alta incidenza di accordi quadro sulla spesa complessiva regionale, pari al 90,4% per la Toscana e al 73,2% per la Campania, potrebbe in parte spiegare i valori elevati di questo indicatore per le due regioni.

È interessante approfondire l'analisi della correlazione tra spesa e numero di contagi.

Il coefficiente di correlazione r , calcolato su tutta la popolazione, risulta pari a 0,69, indicando che esiste una relazione di proporzionalità tra le due variabili: la spesa complessiva cresce all'aumentare del numero assoluto di contagi. Il coefficiente di determinazione (r^2), pari a 0,48, indica invece la quota di variabilità della variabile "spesa" dovuta alla variazione della variabile "numero dei contagi", ipotizzando una relazione lineare tra le due: in termini assoluti, ciò vuol dire che l'aumento della spesa è correlabile per il 48% all'aumento dei contagi, mentre per il 52% dipende da altri fattori (sebbene il coefficiente di correlazione risenta degli *outliers* della distribuzione ed il suo valore, nel caso in esame, è abbassato dai dati relativi a Campania e Toscana).

Figura 2. 16 - Distribuzione delle regioni per spesa complessiva e numero di contagi (valori assoluti)

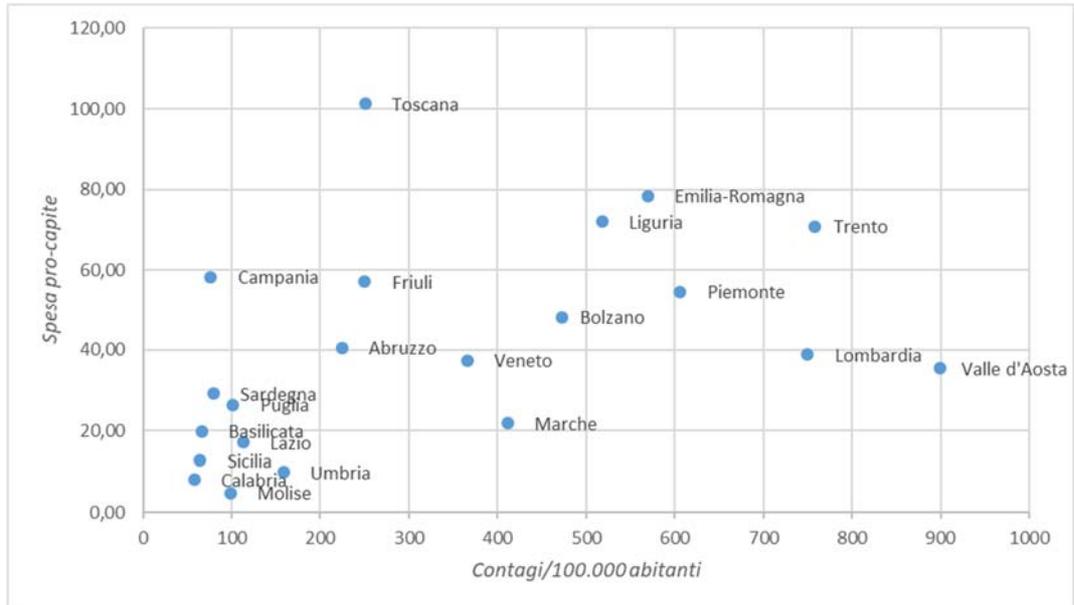


È, tuttavia, necessario considerare le differenze territoriali del Paese: infatti, oltre che per dinamica di diffusione ed impatto del virus, le regioni italiane sono altamente diversificate anche in termini demografici. Pertanto, appare opportuno effettuare un'analisi della correlazione esistente tra la spesa pro-capite ed il numero di contagiati ogni 100.000 abitanti.

Già dallo scatter plot riportato nella Figura 2. 17, si osserva una maggiore dispersione: il coefficiente di correlazione scende infatti a 0,45, mostrando una relazione positiva tra le due variabili, ma meno forte. Inoltre, utilizzando un modello lineare, un aumento dell'incidenza del contagio spiegherebbe solo il 20% della variazione di spesa pro-capite.



Figura 2. 17 - Scatter plot spesa pro-capite/numero di contagi per 100.000 abitanti





3. La seconda fase di indagine

3.1 La ricognizione effettuata presso le stazioni appaltanti- la scheda di rilevazione dei dati

A seguito del campionamento degli affidamenti effettuati da ciascuna stazione appaltante operante sul territorio nazionale sono state predisposte le schede di rilevazione delle informazioni da acquisire il cui formato è riportato nell'allegato n. 2b

La scheda è costituita da due sezioni, la prima riguardante i dati relativi alla fornitura, la seconda afferente le informazioni relative agli aspetti contrattuali connessi all'affidamento.

Per quanto concerne i dati relativi alla fornitura è stata prevista l'acquisizione per ciascun CIG campionato delle seguenti informazioni:

- Tipologia prodotto
- Descrizione sintetica del prodotto
- Quantità richiesta
- Prezzo unitario a base dell'affidamento
- Importo totale a base dell'affidamento
- Quantità fornita
- Prezzo unitario offerto
- Importo totale offerto
- Termine ultimo previsto per la completa fornitura
- Termine ultimo effettivo per la completa fornitura
- Richiesta di certificazione CE del prodotto
- Effettiva certificazione CE del prodotto
- Nome del produttore
- Esito accertamento corrispondenza quantitativa della fornitura
- Esito accertamento corrispondenza qualitativa della fornitura
- Criticità rilevate

Per la sezione relativa alle caratteristiche del contratto è stata prevista l'acquisizione delle seguenti informazioni:

- Data del contratto
- Eventuale suddivisione in lotti
- Denominazione aggiudicatario
- Codice fiscale aggiudicatario
- Eventuali penali applicate
- Motivazioni penali applicate
- Eventuale risoluzione del contratto
- Motivazioni eventuale risoluzione
- Estremi comunicazione risoluzione all'ANAC
- Esito della verifica del possesso dei requisiti di partecipazione
- Requisiti sottoposti a verifica
- Eventuali requisiti accertati negativamente
- Estremi comunicazione ad ANAC di esclusione per falsa dichiarazione



Le schede, predisposte in formato excel secondo un format in grado di consentire una facile compilazione, sono state quindi inviate nel mese di maggio alle 182 stazioni appaltanti interessate dall'indagine in allegato ad una nota di richiesta (vedi allegato n.2a) nella quale venivano esplicitati i fini del rilevamento e le modalità di compilazione assegnando il termine di 30 giorni per l'acquisizione della risposta.

In esito all'indagine sono state censite n.163 risposte pervenute al protocollo dell'Autorità registrando quindi un mancato riscontro da parte di 19 stazioni appaltanti corrispondenti a circa il 10% di quelle intervistate.

In allegato n.3. è riportato l'elenco complessivo delle stazioni appaltanti oggetto dell'indagine con evidenziate quelle intervistate in relazione ai CIG campionati e quelle che hanno fornito riscontro a tale richiesta con indicazione dei numeri di protocollo dei relativi documenti di richiesta e risposta.

Nel successivo allegato n.4 . sono riportate le schede delle risposte di ciascuna stazione appaltante.

Le risposte pervenute dalle stazioni appaltanti sono state organizzate per comodità di lettura e di elaborazione in due tabelle in formato excel, la prima (vedi allegato n.5) al fine di una analisi dei prezzi unitari rilevati oggetto di successiva disamina di cui al paragrafo 3.2 a) e la seconda (vedi allegato n.6) funzionale a valutare le criticità rilevate dalle stesse stazioni appaltanti in termini di rispetto dei tempi di consegna previsti contrattualmente, delle quantità ordinate, delle caratteristiche qualitative della fornitura registrate ed infine relativamente all'esito della verifica del possesso dei requisiti dell'aggiudicatario. Di tali aspetti si relaziona nel successivo paragrafo 3.2. al punto b).

3.2 Analisi dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti

In questo paragrafo si darà evidenza di quanto dichiarato dalle 163 stazioni appaltanti intervistate sulla base delle tabelle allo scopo predisposte con riferimento sia ai prezzi di fornitura registrati sia alle criticità rilevate in termini di tempi di fornitura, rispondenza quantitativa e qualitativa della stessa nonché in termini di verifica del possesso dei requisiti richiesti all'aggiudicatario.

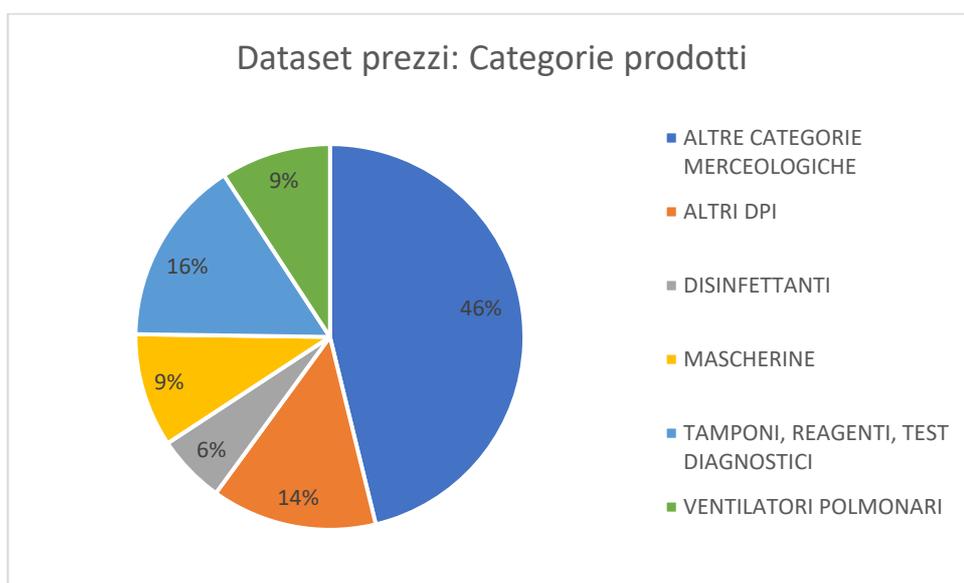
Occorre rilevare ed evidenziare come molte stazioni appaltanti abbiano omesso di fornire alcune informazioni sostanziali in merito agli indicatori di criticità per i quali era prevista una risposta alternativa (SI/NO) consentendo pertanto un'analisi inficiata da tali omissioni di informazioni da interpretarsi pertanto alla luce di tali limiti.

a) i prezzi di aggiudicazione

Preliminarmente all'analisi dei prezzi di aggiudicazione rilevati nell'indagine è opportuno effettuare alcune precisazioni in relazione agli elementi fattuali che hanno indirizzato il tipo di analisi che è stato possibile realizzare. In particolare, a seguito di un'operazione di data-entry è stato costruito un dataset prevedendo un singolo record per ciascun bene acquistato. Procedendo in tal senso è stato realizzato un dataset composto da circa 900 record. Tale patrimonio informativo costituisce di per sé un output di rilievo in quanto consente di avere a disposizione un insieme di informazioni di dettaglio che possono rivelarsi utili per diversi scopi.

Nella figura 3.1 è riportata la ripartizione nelle macro categorie dei circa 900 record disponibili.

Figura 3.1



Dall’osservazione dei dati emergono tuttavia alcune criticità che non permettono di svolgere un’analisi esaustiva delle informazioni raccolte. Una prima criticità è relativa al fatto che poco meno della metà dei record complessivi fanno riferimento alla categoria residuale “ALTRE CATEGORIE MERCEOLOGICHE” che presenta al suo interno acquisti riferiti alle più disparate tipologie di affidamento: arredi, monitor multiparametrici, medici, infermieri, letti elettrici, ambulanze, ossigeno, azoto ecc..

Tale eterogeneità di prodotto ovviamente non consente su tale categoria, allo stato, alcuna analisi sui prezzi.

L’analisi dei dati ha evidenziato criticità anche su altre categorie di prodotto. Ad esempio nella categoria “TAMPONI, REAGENTI, TEST DIAGNOSTICI” il range di prezzi osservato va da un minimo di qualche euro ad un massimo di decine di migliaia di euro evidenziando la presenza di tipologie di prodotto estremamente differenti e per i quali risulta estremamente complesso –senza l’ausilio di un esperto del settore – identificarne sottocategorie omogenee. Infine, le analisi di prezzo sono di fatto non percorribili anche per la categoria “DISINFETTANTI” principalmente a causa del mancato utilizzo in fase di compilazione di un riferimento omogeneo ad una misura di capacità: talvolta viene inserito il prezzo al litro e più spesso il prezzo a confezione senza specificare la dimensione del confezionamento.

Sulle restanti categorie è stata effettuata un’operazione di riclassificazione puntuale dei singoli prodotti e di correzione/eliminazione di anomalie che quanto meno ha consentito di rappresentare sinteticamente alcuni elementi di base della distribuzione dei prezzi, ovvero il prezzo minimo, medio e massimo (Tabella 3.1).

Tabella 3.1 - Prezzo minimo, medio e massimo per sottocategoria di prodotto.

Tipologia di Prodotto	Numero	Prezzo		
		Min	Medio	Max
CAMICI	18	1,80	4,29	7,90
COPRICALZARE	9	0,03	0,20	1,28
GUANTI	12	0,02	0,13	0,87
OCCHIALI	9	1,40	5,04	12,25
SCHERMI	19	2,92	6,91	14,87
TUTE	14	6,60	13,69	27,90
MASCH. CHIRURGICHE	18	0,40	0,90	1,82
MASCH. FFP2	36	1,33	4,03	9,00
MASCH. FFP3	10	3,80	9,14	20,28
VENTILATORI POLMONARI	49	6950	17811	38200

Come si può osservare dai valori riportati nella tabella, il range di prezzi osservato è abbastanza ampio per tutte le tipologie di prodotto identificate. Tale livello di variabilità può essere, in parte, attribuibile alla crisi di mercato innescata dall’emergenza sanitaria, durante la quale si è registrato un aumento repentino della domanda a cui è corrisposta una difficoltà di reperimento dei prodotti sul mercato. Va tuttavia considerato che un’ulteriore causa della significativa variabilità riscontrata è attribuibile alla presenza all’interno di ciascuna tipologia merceologica di differenti livelli qualitativi o addirittura di configurazioni (nel caso dei ventilatori polmonari) che rendono i prodotti, di fatto, poco comparabili tra loro.



Considerate tali criticità che di fatto renderebbero le comparazioni dei prezzi scarsamente significative, si è ritenuto di concentrare l'attenzione su due tipologie di prodotto sufficientemente confrontabili, ovvero le mascherine FFP2 e le mascherine chirurgiche². Inoltre anche al fine di aumentare il numero di osservazioni disponibili sono stati inclusi nell'analisi i dati provenienti dall'attività di verifica di congruità del prezzo per procedure in somma urgenza prevista dall'art. 163, comma 9, del D.Lgs 50/2016.

Nel periodo di emergenza COVID-19 il numero delle richieste di parere è cresciuto in maniera assai rilevante ed ha consentito di disporre di un set informativo abbastanza consistente sui prezzi unitari di affidamento, relativamente a prodotti analoghi a quelli rilevati con l'indagine.

Tali dati sono stati pertanto integrati con quelli rilevati con l'indagine anche al fine di rendere maggiormente significative le risultanze dell'analisi.

Mascherine FFP2

Con riferimento alle mascherine FFP2, è stato pertanto possibile utilizzare 23 ulteriori osservazioni – riferite alle richieste di parere di congruità pervenute - alle 36 rilevate con l'indagine.

Tabella 3.2

FFP2	Osservazioni	Prezzo Medio (Media aritmetica semplice singoli acquisti)	Quantità (Numero di mascherine)	Prezzo Medio Ponderato (con le quantità)
Indagine	36	4,03	12.869.977	3,78
Richieste congruità	23	3,43	2.980.090	3,47
Totale	59	3,8	15.850.067	3,72

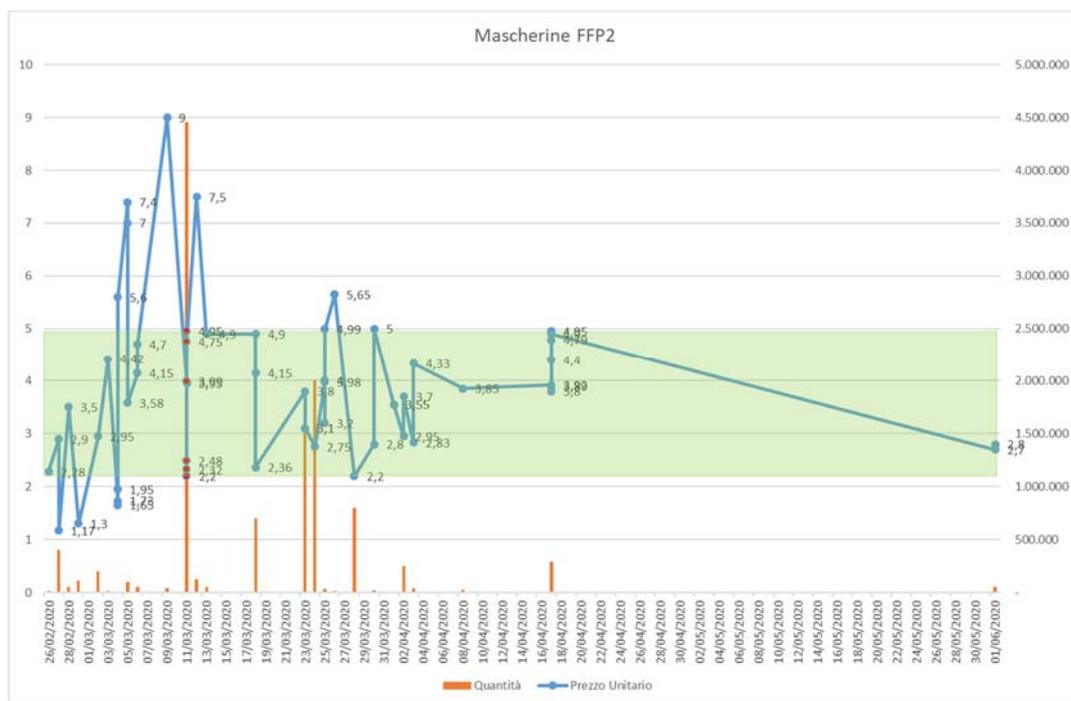
Come si può osservare dalla tabella il quantitativo di mascherine preso in esame (Indagine + richieste di parere di congruità) è di poco inferiore ai 16 milioni di mascherine, di cui più dell'80% è stato rilevato con l'indagine. Osservando i prezzi si può notare che i prezzi "spuntati" dalle Stazioni Appaltanti che hanno fatto ricorso a procedure di somma urgenza – e successivamente fatto richiesta di parere di congruità – presentano valori medi inferiori a quelli rilevati con l'indagine. Ciò sembra indicare che le Amministrazioni che si sono trovate di fronte alla necessità di effettuare acquisti in estrema urgenza sono riusciti ad ottenere prezzi di acquisto anche migliori rispetto alle altre SA che hanno proceduto ad effettuare l'affidamento senza ricorrere all'art. 163. c.9 del Codice. Circostanza apparentemente controintuitiva che potrebbe anche essere lo spunto per ulteriori approfondimenti.

L'analisi si è poi soffermata sulla dinamica temporale dei prezzi nel periodo di riferimento.

² Il numero limitato di osservazioni relative alle mascherine FFP3 non rende poco significativa l'analisi.



Figura 3.2



Occorre preliminarmente precisare che le considerazioni di seguito riportate vanno valutate anche alla luce del numero limitato di osservazioni e di un campione non necessariamente rappresentativo dell'intero contesto nazionale. Fatta tale doverosa premessa, dal grafico riportato in figura 3.2 si possono ottenere alcune interessanti informazioni. Ad esempio, inizialmente si osserva una forte impennata dei prezzi dovuta alla relativa rapidità in cui da un lato è cresciuta in maniera esponenziale la domanda di mascherine, dall'altro si è probabilmente innescata una crisi anche dal lato dell'offerta, con imprese non in grado di soddisfare la quantità richiesta e la tempistica di consegna necessarie a fronteggiare l'emergenza sanitaria. Nel grafico, evidenziati con punti di colore rosso, vengono riportati gli acquisti effettuati da Consip S.p.A. che ha acquistato mascherine nel periodo di picco dell'emergenza a prezzi in un range che va da 2,2€ a 4,95€ (prezzo medio ponderato pari a 4,18€). A partire da quel momento sembrerebbe che la dinamica di crescita si sia arrestata o quanto meno stabilizzata. Ciò è verosimilmente attribuibile all'allentamento dello stato emergenziale, cui si è aggiunto un effetto "calmierante" attribuibile alle ingenti quantità acquistate da alcune SA, tra cui Consip. D'altro canto, prendendo a riferimento il range di prezzi di Consip – evidenziato sul grafico con una banda verde – possiamo osservare che la maggior parte dei prezzi rilevati si colloca all'interno di tale fascia, denotando pertanto delle buone performance anche da parte delle altre SA. Infine, è possibile osservare delle situazioni "estreme" che potrebbero essere meritevoli di eventuali approfondimenti istruttori anche in termini di vigilanza³.

³ Si veda l'allegato "Lista_CIG_vig.xlsx".



Mascherine chirurgiche

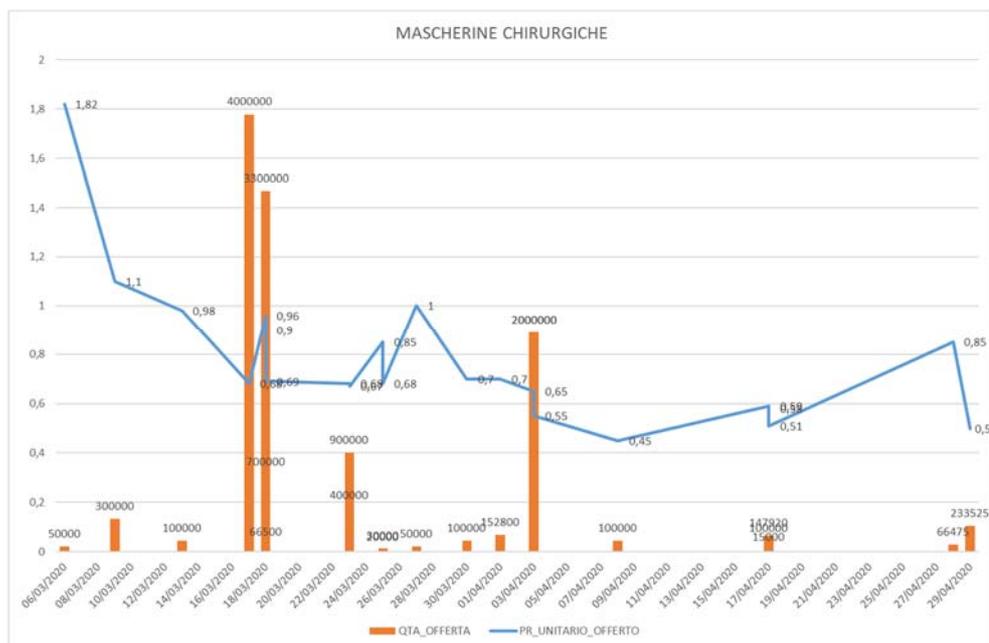
Per quanto concerne le mascherine chirurgiche, è stato possibile integrare le 18 rilevazioni effettuate con l'indagine con 7 ulteriori valori ricavati dalle richieste di parere di congruità. I dati disponibili mostrano (tab. 3.3) un quantitativo pressoché identico a quello rilevato per le mascherine FFP2. Anche in questo caso, ed in maniera ancor più marcata rispetto alle mascherine FFP2, si rileva che i prezzi rilevati nelle richieste di congruità risultano inferiori a quelli rilevati con l'indagine.



Tabella 3.3

CHIRURGICHE	Osservazioni	Prezzo Medio (Media aritmetica semplice singoli acquisti)	Quantità (Numero di mascherine)	Prezzo Medio Ponderato (con le quantità)
Indagine	18	0,90	12.719.300	0,75
Richieste congruità	7	0,61	3.262.920	0,58
Totale	25	0,82	15.982.220	0,72

Relativamente alla dinamica dei prezzi possiamo osservare come si riscontri una tendenza negativa che sembra indicare una graduale discesa dei prezzi man mano che ci si allontana dal momento più critico della situazione di crisi (sanitaria e di mercato). Si rileva inoltre un legame molto debole – di sostanziale indipendenza⁴ - tra prezzo d’acquisto e quantità acquistate riconoscibile nella mancata presenza di picchi elevati della curva dei prezzi in corrispondenza di colonne della quantità basse, ovvero da “valli” in corrispondenza di colonne della quantità alte.



⁴ Correlazione (prezzo,quantità)= -0,17.



- b) criticità rilevate dalle stazioni appaltanti relative ai tempi di fornitura, alla qualità della fornitura, alla quantità della fornitura ed alla qualificazione dei fornitori

L'esame delle risposte ricevute, relative a 311 CIG campionati per un importo complessivo di circa 304 milioni di euro, evidenzia come le stesse stazioni appaltanti abbiano riscontrato varie tipologie di criticità negli affidamenti aventi per oggetto le varie categorie merceologiche.

In particolare si deve registrare, a conferma di quanto già emerso anche dagli organi di informazione, come gli affidamenti di forniture di mascherine abbiano presentato in circa un caso su due varie tipologie di criticità con particolare riferimento al mancato rispetto dei tempi di consegna segnalato per circa il 25% degli affidamenti.

Si registrano altrettante criticità relativamente al mancato rispetto di consegna dei quantitativi ordinati, nonché delle caratteristiche qualitative richieste. Nel 5% dei casi si sono inoltre registrate negative verifiche del possesso dei requisiti da parte degli aggiudicatari.

L'incidenza di tali criticità si riduce fortemente, mantenendo comunque livelli di attenzione, per le altre categorie merceologiche constatando percentuali ridotte ad un terzo per gli altri dispositivi di protezione individuale e per i ventilatori polmonari per scendere a circa un sesto per i disinfettanti e per le altre categorie merceologiche.

Le maggiori criticità si concentrano nel mancato rispetto dei tempi di consegna (32 su 52 segnalate), sulla qualità della fornitura (8 su 52), sulle quantità della fornitura (7 su 52) nonché sul mancato rispetto del possesso dei requisiti di partecipazione (5 su 52).

La successiva tabella sintetizza quanto riscontrato dalla campagna di indagine effettuata sulla base delle risposte pervenute da parte delle stazioni appaltanti intervistate.

Categoria merceologica	N° CIG campionati	Importo CIG campionati	Criticità dichiarate dalle S.A.					
			Tempi	Quantità	Qualità	Requisiti	TOTALI	% su n° di CIG
MASCHERINE	39	50.828.295	10	4	3	2	19	48,72%
ALTRI D.P.I.	43	114.363.048	4	0	1	2	7	16,28%
TAMPONI, REAGENTI	61	14.889.701	5	2	1	0	8	13,11%
VENTILATORI, OSSIGENO	54	56.914.612	6	1	1	1	9	16,67%
DISINFETTANTI	22	2.374.802	1	0	1	0	2	9,09%
ALTRE CATEGORIE	92	64.792.856	6	0	1	0	7	7,61%
TOTALE	311	304.163.314	32	7	8	5	52	16,72%

A fronte di tale diffusa presenza di criticità si deve registrare soltanto in 7 casi su 311 il ricorso all'applicazione di penali o risoluzioni contrattuali ed un solo caso di segnalazione all'ANAC di esclusione per mancato possesso dei requisiti ovvero per grave inadempimento.



4 Le criticità di ordine generale rilevate

A seguito delle decisioni consiliari assunte nelle Adunanze del 22 e 29 aprile u.s. è stata avviata una capillare attività istruttoria volta ad acquisire dalle amministrazioni rientranti nel campione selezionato specifiche informazioni sui CIG ritenuti rilevanti nella prima fase ricognitiva di indagine.

Trattandosi di indagine estesa ad un vasto campione di CIG, le richieste di informazioni sono state strutturate in modo da acquisire dati omogenei mediante trasmissione di una scheda in formato excel da compilare a cura dei destinatari con inserimento di dati ritenuti di interesse, come indicati in dettaglio nel capitolo 3 della presente relazione.

In riscontro alle richieste inviate in modo massivo (182 stazioni appaltanti) sono pervenute le schede di riscontro da parte di 163 s.a., con un tasso di omessa risposta del 10% (pari a 19 s.a.). Le schede pervenute sono state prontamente esaminate per individuare eventuali criticità suscettibili di valutazioni di ordine generale ed approfondimenti istruttori per le successive fasi di attività degli uffici.

Si tratta di affidamenti che, come è noto, sono riconducibili nella disciplina speciale in deroga adottata per fronteggiare l'emergenza sanitaria (deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31.1.2020; decreto del CDPC del 27.2.2020; OCDPC n. 630/2020 e n. 639/2020; D.L. 2.3.2020 n. 9; D.L. 17.3.2020 n. 18; Comunicazione della Commissione Europea C/108/I/I).

Al fine di accelerare e semplificare l'approvvigionamento di beni e servizi sanitari urgenti finalizzati a fronteggiare l'epidemia sono state adottate disposizioni, in particolare con il D.L. n. 18 del 17 marzo, aventi portata derogatoria rispetto alle ordinarie procedure di scelta del contraente e relativi adempimenti previsti dal Codice dei contratti pubblici. Il ricorso a strumenti procedurali più agili si è reso necessario in quanto le procedure ordinarie avrebbero compromesso la tempestività delle misure urgenti richieste dall'emergenza epidemiologica.

L'esame dei dati forniti, pertanto, è stato condotto in considerazione del particolare regime normativo che ha caratterizzato gli affidamenti in argomento. Per un esame dettagliato dell'inquadramento normativo si rinvia ad altro capitolo della presente trattazione (cap. 1).

Particolare attenzione è stata dedicata ai dati relativi ai prezzi unitari a base d'asta e a quelli offerti, alle tempistiche di consegna delle forniture, alle eventuali criticità riscontrate dal committente, all'applicazione di penali, alla verifica dei requisiti del fornitore condotta dall'amministrazione e all'eventuale risoluzione del contratto per inadempimento.

Deve evidenziarsi che il contesto emergenziale ha determinato uno stravolgimento del mercato dei dispositivi di protezione individuale, soprattutto negli approvvigionamenti di mascherine protettive, alterandone ogni parametro di riferimento rispetto al contesto commerciale pre-pandemia. La crescita esponenziale dei prezzi registrati nel periodo di picco (marzo-aprile 2020) deriva dall'impennata della domanda a fronte di una ridotta capacità produttiva e da speculazioni di mercato. La variabilità dei prezzi dei DPI ha caratterizzato gli affidamenti in esame sull'intero territorio nazionale. Tendenzialmente non si registrano oscillazioni estremamente significative, indice di anomalie suscettibili di particolari approfondimenti istruttori. In ragione della particolare rilevanza e diffusione degli approvvigionamenti di mascherine, l'attenzione è stata incentrata soprattutto su tali DPI. Non a caso le criticità più diffuse si sono registrate proprio su tali dispositivi di protezione (48,72%), soprattutto per ciò che attiene alla tempistica di



consegna dei prodotti. A seguire in ordine di criticità sono gli altri DPI (16,8%), i tamponi e reagenti (13,11%), i ventilatori polmonari e l'ossigeno (16,67%), i disinfettanti (9,09%) e altre categorie (7,61%). Nel rinviare l'analisi dei prezzi di aggiudicazione ad altro capitolo della presente trattazione (cap. 3.2), può rilevarsi che in genere i prezzi unitari delle mascherine ffp2 (le più richieste) oscilla tra € 2,20 (PCM-Protezione Civile) e € 7,50 (Regione Lazio), mentre quelle chirurgiche in genere presentano un prezzo unitario che oscilla tra € 0,50 e 0,70.

In ordine al rispetto della tempistica di completamento delle forniture si è notato che nella maggior parte dei casi il termine contrattualizzato è stato rispettato dai fornitori. Tuttavia, nei casi in cui è emerso uno sfioramento della tempistica di consegna si è trattato per lo più di un ritardo contenuto, tollerato dal committente, e generalmente il ritardo ha trovato giustificazione in cause non sempre dipendenti dal fornitore, quali i blocchi doganali vigenti, trasporti (soprattutto aerei) compromessi dalle restrizioni del periodo emergenziale, ridotta capacità produttiva, carenza di materie prime e altre criticità legate al momento di diffusa crisi a livello mondiale. Non sono tuttavia mancate misure sanzionatorie adottate in alcuni casi, accompagnate dalla risoluzione del contratto per inadempimento. I ritardi registrati in media si assestano in circa 15/25 giorni. In una limitata casistica, inoltre, oltre al ritardo è stata segnalata la mancata consegna, totale o parziale, della fornitura, cui ha fatto seguito la risoluzione contrattuale attivata dal committente.

Altre criticità di rilievo riguardano l'esito negativo delle verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale ex art. 80 d.lgs. n. 50/2016 che, in applicazione delle vigenti disposizioni, hanno indotto le amministrazioni appaltanti a procedere con i consequenziali provvedimenti espulsivi e di segnalazione all'Autorità nonché, laddove previsto dalla lex specialis di gara, all'applicazione di penali.

In un circoscritto campione di affidamenti è stata rilevata la sopravvenuta necessità di aumentare i volumi della fornitura per esigenze sanitarie con conseguente modifica contrattuale in aumento. In altri casi, ancor più limitati, si è registrata invece la tendenza inversa, ossia l'azzeramento o la riduzione della fornitura (soprattutto di apparecchiature medicali) per sopravvenuto ridotto fabbisogno. Al riguardo si ritiene che tali variazioni siano fisiologiche all'impossibilità di programmare con adeguato anticipo l'approvvigionamento di forniture, stante l'oscillazione imprevedibile del contagio nel periodo di riferimento.

Nell'ambito della casistica sottoposta ad esame si rivelano, altresì, procedure andate deserte, affidamenti revocati, difformità qualitative e/o quantitative delle forniture contrattualizzate, procedure annullate per riscontrata inaffidabilità dell'offerente (che non ha fornito idonee garanzie di competenza, nonché di solidità finanziaria) e/o dei prodotti offerti (carenze documentali delle schede tecniche dei dispositivi offerti), verifiche dei requisiti non eseguite o eseguite ex post, forniture non certificate CE, CIG da escludere dal campione di indagine perché riferiti a forniture non riconducibili all'emergenza Covid19.

In alcuni casi la gara è risultata ancora in corso ed in altri risulta invece che alcune fasi finali della procedura di affidamento (ad es. verifica dei prescritti requisiti in capo all'affidatario) sono ancora in corso. In limitati casi la disamina effettuata ha rivelato criticità che suggeriscono di fare approfondimenti istruttori, in altri non sono stati forniti nella scheda i dati richiesti e per altri ancora non risulta pervenuta risposta da parte della stazione appaltante.

Con riguardo alle segnalazioni pervenute, le criticità emerse, pur se in genere legate a specifici aspetti di interesse dell'esponente, ripropongono in gran parte quelle riscontrate nel corso della valutazione delle risposte fornite dalle stazioni appaltanti coinvolte nell'indagine. In particolare, relativamente alla fase di affidamento gli esponenti contestano il costo eccessivo di alcune forniture (prevalentemente mascherine ed



altri DPI) rispetto ai prezzi correnti, gli affidamenti diretti in assenza di indagini di mercato e di una, seppur minima, competizione tra gli operatori del settore, nonché il mancato possesso da parte dell'affidatario della commessa dei necessari requisiti di ordine generale o speciale.

Relativamente alla fase esecutiva si rilevano in particolare contestazioni inerenti gli inadempimenti degli affidatari alle disposizioni contrattuali, i ritardi e la scarsa qualità delle forniture o l'assenza di idonee certificazioni che certifichino l'idoneità dei prodotti forniti.





5. Conclusioni e proposta per un prosieguo di attività

La grave emergenza connessa all'epidemia di Covid19 ha pesantemente coinvolto la nostra Nazione sia dal punto di vista sanitario e sociale sia da quello economico. La consistente parte della spesa sostenuta per l'acquisizione di beni e servizi sanitari nell'intento di contenere l'epidemia ha indotto l'Anac ad approfondire il tema degli affidamenti effettuati in ambito sanitario. Alla iniziale fase di acquisizione dei dati resi disponibili dalla Banca dati dell'Anac è seguita anche quella di acquisizione di ulteriori dati direttamente dalle stazioni appaltanti, interpellate su un campione di affidamenti individuati tramite CIG.

Un ulteriore apporto di informazioni e dati, prettamente finalizzati alla individuazione di criticità e alla vigilanza sui contratti, è intervenuto per il tramite delle numerose segnalazioni e comunicazioni inviate ad Anac dagli operatori del settore. Ai fini dell'analisi complessiva della spesa su base nazionale e regionale il set di dati è stato aggiornato anche con quelli pervenuti ad Anac successivamente al 10 aprile, termine preso come riferimento per la prima analisi finalizzata all'inquadramento dell'attività contrattuale delle stazioni appaltanti in ambito sanitario.

Nel corso dell'attività svolta gli Uffici hanno dovuto tener presente gli orientamenti dati dalla commissione europea volta alla riduzione dei termini previsti per le procedure di gara al fine di accelerarne la conclusione, alla semplificazione delle procedure negoziate e dirette e alle altre modalità di intervento per approvvigionarsi in maniera celere e tempestiva; hanno inoltre considerato le disposizioni normative e le ordinanze nazionali (D.L., successivamente convertiti in legge con modificazioni, Ordinanze del Capo Dipartimento della protezione civile ecc.) intervenute successivamente alla dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020. In particolare deve richiamarsi l'ordinanza n. 630 del 3.3.2020 che, per consentire l'acquisto rapido di beni e servizi nel contesto emergenziale, ha previsto la possibilità di procedere in deroga a diverse disposizioni normative del d.lgs. 50/2016.

In conclusione, dall'analisi e valutazione della rilevante mole di informazioni e dati acquisiti gli Uffici, per gli aspetti di rispettiva competenza, sono giunti alle conclusioni, puntualmente espresse nei precedenti capitoli, che succintamente si richiamano nel seguito:

- **Analisi complessiva della spesa relativa agli affidamenti connessi all'emergenza Covid19 su base nazionale e regionale**

Le analisi sulla spesa complessiva per fronteggiare l'emergenza Covid-19 evidenziano il ruolo chiave svolto dal **Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica**, che come stazione appaltante ha gestito procedure per un valore pari a poco più di un terzo (35%) della spesa nazionale: se a questo dato sommiamo l'importo delle procedure svolte dal Dipartimento per la Protezione Civile, osserviamo come il 41,1% della spesa nazionale (circa 2,38 mld di euro) sia passata attraverso questi due soggetti i cui affidamenti, seppur effettuati a livello centralizzato, hanno avuto impatto sulle esigenze di tutta la popolazione italiana.



Gli acquisti a livello centralizzato si sono concentrati soprattutto nell'acquisto di "mascherine" (per il 75,9% della spesa nazionale) e di "ventilatori e altri strumenti per ossigenoterapia" (per il 58.1%), ossia nei settori cruciali della fase più drammatica dell'emergenza anche dal punto di vista delle difficoltà di approvvigionamento. Per le altre categorie merceologiche oggetto dell'indagine, invece, sono state le Regioni a farsi carico della quota maggioritaria della spesa.

Esaminando la distribuzione delle procedure in base alla scelta del contraente utilizzata, escludendo le procedure caratterizzate dall'acquisizione di uno smartCIG, com'era prevedibile si osserva un massiccio ricorso alle **procedure che non prevedono l'evidenza pubblica**, utilizzate nell'85% dei casi e per il 93% della spesa complessiva: lo sfruttamento delle deroghe al Dl. Lgs. n.50/2016 concesse con l'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 630 del 3.2.2020 si manifesta negli importi medi di tali appalti, pari a circa 724.000 euro per gli affidamenti diretti e a 1.410.000 euro per le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando. Inoltre, sebbene numericamente il 67,3% di esse (pari al 3,2% del valore) sia di importo inferiore ai 150.000 euro, l'80% della spesa complessiva corrispondente alle due tipologie di procedure è rappresentato da appalti di importo superiore ai 5 milioni di euro.

Oggi, potendosi dire superata la fase più critica dell'emergenza e ritenendo sotto controllo il trend del contagio, ma anche alla luce delle azioni intraprese per rendere le strutture sanitarie in grado di fronteggiare un eventuale peggioramento della situazione, forse sussistono le condizioni per poter valutare l'opportunità di eliminare le deroghe al Codice dei contratti per gli affidamenti espletati dai soggetti attuatori di cui al comma 1 della citata Ordinanza n. 630.

Il ricorso alla **centralizzazione degli acquisti** si attesta al 78,4% della spesa complessiva, risultato insperato se consideriamo che spesso il ricorso a centrali di committenza e soggetti aggregatori viene visto come causa di complessità e dilatazione dei tempi, laddove in una situazione emergenziale il fattore *tempo* è di vitale importanza. In tale fattispecie sono state incluse anche le procedure espletate dal Commissario Straordinario per l'emergenza e dal Dipartimento della Protezione Civile che, sebbene siano state svolte come contratti d'appalto (e quindi non classificate come strumenti di aggregazione della domanda), rappresentano acquisti effettuati a livello centrale ma destinati a soddisfare le esigenze di carattere nazionale.

Sussiste una forte variabilità a livello regionale, con ben 7 Regioni che hanno fatto ricorso alle centrali di committenza e ai soggetti aggregatori regionali per meno dell'1% della spesa, e 8 che vi hanno fatto ricorso per più del 50%.

Sono state poi condotte delle ulteriori analisi con riferimento ad alcuni indicatori specifici del contesto epidemiologico, con l'obiettivo di correlare l'entità della spesa dovuta all'emergenza con alcune variabili di tipo demografico o legate al contagio. Le analisi sono state condotte sia con riferimento alla spesa a livello regionale (ossia fatta da stazioni appaltanti di competenza regionale) che a livello nazionale (ossia sostenuta dalla totalità delle stazioni appaltanti, comprese quelle operanti a livello centrale), e sempre sulla base delle procedure espletate tra il 1° marzo e il 30 aprile. I principali risultati emersi si possono illustrare attraverso una serie di interrogativi con le relative risposte:

D: Quanto ha pesato economicamente la spesa per l'emergenza Covid-19 su ogni singolo cittadino, in media?



R: *La spesa pro-capite per l'emergenza, sostenuta da ogni singola Regione, varia da un minimo di 4,79 € in Molise fino ad un massimo di 101,19 € in Toscana, per una media che si attesta a 42,61 €. Se consideriamo invece la spesa nazionale, comprensiva degli acquisti fatti dalle stazioni appaltanti centrali, la quota pro-capite si attesta a 96,11 €.*

D: Si è speso di più nelle Regioni la cui popolazione è più anziana? In altre parole, c'è una correlazione tra la spesa pro-capite e l'indice di vecchiaia della regione?

R: *In linea di massima no, c'è una bassa correlazione tra le due variabili. Ad esempio, Campania e P.A. di Bolzano, che hanno il più basso tasso di vecchiaia, risultano tra le regioni con una spesa pro-capite superiore alla media.*

D: Quanto ha speso ogni Regione in rapporto al numero di contagiati che ha avuto? È possibile considerare questo dato come un indicatore di efficienza della spesa sostenuta?

R: *Il rapporto tra la spesa regionale e il numero di contagiati della regione al 30 aprile è caratterizzato da un'alta variabilità: si va dai 76.308 € per contagiato della Campania ai 3.939 € della Valle d'Aosta. Il valore nazionale, che tiene conto della spesa complessiva fatta anche dalle stazioni appaltanti centrali, si attesta a 28.180 €. La Lombardia, all'apice come numero di contagi, registra una spesa per contagiato pari a 5.178 €, terz'ultima in graduatoria. Chiaramente su queste cifre influiscono diversi fattori: la distribuzione geografica e la tempistica con cui si è diffuso il virus; le forniture distribuite dal Commissario straordinario all'emergenza e dalla Protezione Civile; il tempo che hanno avuto le Regioni per reagire all'emergenza; l'incidenza dell'utilizzo di strumenti quali accordi quadro o convenzioni che, essendo di durata pluriennale, hanno importi più elevati.*

D: La spesa pro-capite è aumentata al crescere dell'incidenza del contagio?

R: *Dai dati rilevati, si osserva una debole relazione positiva: è possibile stimare che un aumento dell'incidenza del contagio spiegherebbe solo il 20% della variazione di spesa pro-capite.*

- **Analisi delle criticità rilevate e proposte di attività di vigilanza ed ispettive su affidamenti specifici**

Nell'analisi dei dati acquisiti particolare attenzione è stata dedicata alla rilevazione delle eventuali criticità nella fase di affidamento e di esecuzione, oltre ad un particolare focus rivolto al confronto tra i prezzi unitari rilevati.

In particolare, relativamente a tale ultimo aspetto, è emersa un'elevata variabilità dei prezzi, con particolare riferimento a quelli delle mascherine, spiegabile probabilmente solo in parte con le differenze qualitative dei prodotti e con la situazione di mercato generata dall'emergenza sanitaria. Si è comunque potuto osservare che dopo un'iniziale sensibile crescita dei prezzi in corrispondenza del picco emergenziale, si è innescato un processo di stabilizzazione dei prezzi, presumibilmente attribuibile da un lato all'allentamento dello stato emergenziale, dall'altro all'effetto "calmierante" attribuibile alle ingenti quantità acquistate da alcune importanti stazioni appaltanti, tra cui Consip. Sia pur limitatamente a sole due tipologie di mascherine e a un numero di osservazioni non particolarmente elevato, quindi non necessariamente generalizzabile, è



comunque degna di nota l'evidenza che i prezzi pagati dalle stazioni appaltanti che hanno fatto istanza di parere di congruità ai sensi dell'art. 163, comma 9, del D.Lgs. 50/2026, presentano valori medi non di poco inferiori a quelli rilevati con l'indagine. Ciò sembra indicare che le Amministrazioni che si sono trovate di fronte alla necessità di effettuare acquisti in estrema urgenza utilizzando l'art. 163 e che hanno comunicato l'affidamento all'Anac ai fini del parere, sono riusciti ad ottenere prezzi di acquisto anche migliori rispetto alle altre stazioni appaltanti che hanno utilizzato altre procedure. Un risultato apparentemente sorprendente e controintuitivo, dacché ci si sarebbe aspettati esattamente il contrario, ossia prezzi in somma urgenza mediamente non inferiori e anzi, ovviamente entro certi limiti, giustificatamente superiori rispetto a quelli risultanti dalle altre procedure, con differenze via via crescenti in relazione alla maggiore apertura al confronto concorrenziale sotteso alle diverse procedure⁵Le principali criticità di ordine generale rilevate negli affidamenti eseguiti in occasione dell'emergenza COVID19 sono state le seguenti:

- variabilità elevata dei prezzi, con particolare riferimento a quelli delle mascherine;
- frequente esito negativo delle verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale (art. 80 del d.lgs. 50/2016);
- frequente inaffidabilità dell'offerente che non ha fornito idonee garanzie di competenza tecnica e solidità economico-finanziaria;
- frequente mancato rispetto dei tempi previsti per il completamento delle forniture;
- frequente mancato rispetto delle condizioni contrattuali relativamente a difformità qualitative e/o quantitative delle forniture e, talvolta, conseguente risoluzione contrattuale attivata dalla committenza.

È emerso in modo evidente che l'eccezionale richiesta a livello mondiale e l'estrema necessità di acquisire in tempi strettissimi beni e servizi ha spesso determinato un consistente incremento dei prezzi (in particolare mascherine ed altri DPI). In altri casi, la causa del mancato rispetto dei tempi di consegna delle forniture è talvolta derivata da cause oggettive non dipendenti dal fornitore tra cui blocchi doganali e carenza di materie prime per l'eccezionale richiesta a livello mondiale nel periodo emergenziale.

E' da evidenziarsi il comportamento di alcuni fornitori che, in assenza dei necessari requisiti di ordine generale o delle idonee garanzie tecniche ed economico-finanziarie hanno comunque proceduto ad acquisire commesse, spesso tramite affidamenti diretti disposti dalle stazioni appaltanti, confidando su superficiali o mancati controlli. Medesimo discorso vale per l'acquisizione di commesse di gran lunga superiori alle reali possibilità d'impresa o in assenza di adeguate certificazioni di conformità dei prodotti alle disposizioni sanitarie in materia o di conformità alle disposizioni contrattuali.

In conclusione, relativamente alle 182 richieste inviate alle stazioni appaltanti e alle oltre 160 schede di risposta riferite ai cig campionati pervenute ed analizzate, si propone di procedere ad un supplemento istruttorio mediante richiesta informazioni su circa 35 cig in cui sono state riscontrate criticità di particolare rilevanza o l'assenza/insufficienza della risposta.

Per alcuni di essi ,ove sono state rilevate probabili o certe verifiche negative sul possesso dei requisiti di ordine generale e/o la risoluzione o la possibile risoluzione contrattuale, si potrà preventivamente procedere ad una informativa ad USAN per verificare l'intervenuta comunicazione da parte della stazione appaltante



per consentire ad ANAC lo svolgimento dell'istruttoria finalizzata all'annotazione sul casellario delle imprese e all'irrogazione di una eventuale sanzione nel caso di esclusione per falsa dichiarazione..

Per i restanti casi in cui sono state riscontrate rilevanti criticità o per quelli rispetto ai quali le stazioni appaltanti non hanno fornito in modo chiaro i dati richiesti dall'Autorità si propone di procedere ad una puntuale richiesta informazioni direttamente alla stazione appaltante.

Specifiche informazioni verranno richieste anche per gli affidamenti per i quali è emersa l'applicazione di prezzi unitari particolarmente elevati.

In merito alle istruttorie in corso, attivate d'ufficio o su segnalazione, si ritiene di procedere autonomamente secondo le disposizioni del Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sui contratti. Peraltro già diverse di queste istruttorie sono concluse o in via di definizione.

Roma, 28 luglio 2020

*Il Dirigente dell'Ufficio
UVCS*

Ing. Umberto Reale

*Il Dirigente dell'Ufficio
UVSF*

Ing. Maurizio Ciccone

*Il Dirigente dell'Ufficio
UOSA*

Dott. Rosario Riccio

*Il Dirigente dell'Ufficio
USPEND*

Dott. Fabrizio Sbicca

*Il Dirigente coordinatore
ISP*

Ing. Maurizio Ivagnes