

13 Mar 2018

Centralizzazione degli acquisti nel Ssn: il framework dell'Osservatorio Masan

di Niccolò Cusumano, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Francesco Longo, Veronica Vecchi e Giuditta Callea

L'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (Osservatorio Masan www.cergas.unibocconi.it/osservatoriomasan) è stato costituito nel 2017 da Cergas Sda Bocconi con l'obiettivo di mettere a sistema stakeholder pubblici e privati e sviluppare nuovi modelli di interazione per la gestione efficace dei processi di acquisto pubblici.

L'Osservatorio Masan si propone di generare nuova conoscenza e di diffonderla mediante attività integrate di ricerca e di formazione promosse da Sda Bocconi, quali, ad esempio l'omonimo percorso di perfezionamento.

L'Osservatorio a questo fine ha elaborato un framework teorico che si propone di analizzare le trasformazioni nei processi regionali di acquisto del Ssn, secondo quattro dimensioni (assetti istituzionali, assetti organizzativi e gestionali, risultati di performance e impatti socio-economici), ciascuna composta da più variabili: di indagine (Figura 1 in allegato).

Quattro modelli per le centrali d'acquisto

L'analisi degli assetti istituzionali ha consentito di identificare, a prescindere dalla forma giuridica specifica, quattro modelli di centrali di acquisto (Figura 2): centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione (un'unità o una direzione della Regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante), centrale acquisti come ente del Ssr (la centrale acquisti è parte del Ssr, ad esempio come società consortile partecipata dalle Aziende Sanitarie (As), come ente specializzato finanziato dal Ssr, oppure una funzione dell'As regionale), centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato (la centrale è una società partecipata o un'agenzia della regione), oppure centrale acquisti come funzione di una società in house regionale (all'interno di una società in house esistente è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza).

La scelta dell'assetto ha un impatto non soltanto organizzativo, ma anche in termini di accountability e riconoscibilità delle centrali all'interno del sistema istituzionale. Un soggetto specializzato consente di tracciare in modo semplice le responsabilità e la capacità di creazione di valore, anche attraverso la lettura dei dati contabili. Laddove, invece, la centrale opera come funzione di un altro soggetto, come ad esempio l'ente regione, sarebbe necessario che l'organizzazione predisponesse strumenti informativi adeguati per garantire la trasparenza necessaria. Troppo spesso dall'analisi dei siti istituzionale risulta che, al di là dei documenti di gara o di altre informazioni con obbligo di pubblicazione per legge, manchi una vera accountability sui risultati ottenuti.

Le diverse soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni dimostrano come la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile. Il framework di analisi dell'Osservatorio è stato, quindi,

approfondito con interviste semi-strutturate in quattro casi aziendali rappresentativi dell'intero territorio nazionale: Arca, Estar, Soresa, Regione Sicilia.

Dall'analisi dei casi emergono tre modelli di centrali, che evidenziano tre fasi di sviluppo, o tre possibili assetti di connessione tra policy maker (la Regione) ed erogatore dei servizi (le Aziende Sanitarie), del processo di razionalizzazione degli acquisti (Figura 3).

Nel primo modello, definito macro provveditorato, la centrale si fa carico di coordinare l'attività amministrativa di acquisto delle As. Questa configurazione si osserva tipicamente nelle centrali all'interno dell'ente regione e riproduce su scala regionale le attività di un singolo provveditorato aziendale. La gestione delle procedure centralizzate può essere delegata in avvalimento a singole As, in funzione di scelte contingenti. Il modello consente, se vi sono le competenze necessarie, di raggiungere una specializzazione in particolari ambiti merceologici, senza tuttavia intaccare le scelte individuali, in quanto l'aggregazione avviene soprattutto in termini amministrativi/procedurali, ponendo l'obiettivo di razionalizzazione della domanda e dei costi in secondo piano. Per questo motivo questo modello viene completamente superato in un contesto in cui si è attuato un processo di fusione delle aziende sanitarie o in cui le aziende si consorziano nella gestione di procedure d'acquisto.

Nel secondo modello, denominato centrale acquisti, la centrale è dotata di una propria struttura tecnico-gestionale, creata con l'obiettivo di offrire un servizio aggregato, legato non solo alla funzione acquisti ma anche ad altre funzioni tecnico-amministrative. In questa configurazione la funzione acquisti è demandata alla centrale, che raggiunge un forte grado di specializzazione amministrativa nella gestione delle procedure di costruzione delle gare e selezione del fornitore. La centrale è, tuttavia, soggetto passivo rispetto alle As, che continuano a esprimere in modo autonomo i fabbisogni.

L'ultimo modello, chiamato centro di competenze hub & spoke, è quello che si può definire centrale di competenza e aggregatore della domanda. Secondo questa impostazione, la gestione delle singole procedure può tornare in parte di competenza delle singole aziende, ad esempio attraverso l'uso di accordi quadro e sistemi dinamici di acquisizione, o attraverso gare gestite in modo autonomo, anche con ruolo di capofila, nell'ambito delle quali la centrale agisce con ruolo di supporto metodologico e di competenza. La centrale, lavorando con e coordinando le As, definisce in modo proattivo e strategico il perimetro delle forniture, specie quelle più strategiche. Questo processo consente di analizzare in modo puntuale i consumi e, quindi, di individuare in modo più specifico i fabbisogni; inoltre, consente di definire, anche mediante una triangolazione con il mercato, specifiche funzionali, requisiti soggettivi e valori economici più puntuali e sfidanti. Questo modello è quello che potenzialmente consente di guidare in modo strategico la funzione acquisti, con il conseguimento di migliori risultati di performance e maggiori impatti sul sistema sanitario e sul mercato.

La centralizzazione non basta

Sulla scorta delle analisi svolte, appare utile iniziare a riflettere sulla bontà di alcuni assunti alla base delle politiche di centralizzazione degli acquisti fin qui perseguite. La centralizzazione degli acquisti da sola, infatti, non genera valore aggiunto in assenza di un adeguato processo di raccolta dei fabbisogni, valutati non soltanto in termini di consumo storico, ma anche di evoluzione futura della domanda, di capacità di adozione dell'innovazione e di outcome.

La capacità di coniugare l'esigenza di controllo della spesa e dei consumi e la capacità del sistema di garantire l'appropriatezza delle cure e l'autonomia determinerà il successo o l'insuccesso delle politiche di centralizzazione. L'interazione tra queste dimensioni non deve essere vista come trade-off, ma deve essere lo stimolo a ripensare i processi di acquisto e la relazione pubblico-privato, in cui anche le imprese fornitrici diventano parte delle soluzioni e non soltanto delle voci di costo.

In quest'ottica, in cui i processi di acquisto si riconfigurano come un sistema a rete, occorre definire delle modalità di interazione tra i nodi della rete, tra centro e territorio, tra funzione acquisti centralizzata e destinatari finali dei beni e servizi acquistati. Perché il sistema operi in modo efficace, occorre lavorare non soltanto sulla definizione di meccanismi di governance e sistemi informativi di supporto, ma nel rafforzamento generale delle competenze che può fornire il collante tra i nodi della rete. Il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti, il cui Dpcm è in corso di approvazione, non dovrà in questo senso tradursi in una mera compliance verso standard normativi, ma costituire uno strumento di capacity building.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Figura 1 Dimensioni e variabili di indagine del framework MASAN (Fonte: adattamento da Cusumano et al, 2017)

ASSETTI ISTITUZIONALI	RISULTATI DI PERFORMANCE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assetto giuridico 2. Estensione dell'ambito di intervento della centrale (istituzionale, funzionale, merceologico, geografico) 3. Risorse disponibili (umane ed economiche) 4. Modalità di coordinamento inter istituzionale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidenza delle attività centralizzate sul totale delle attività 2. Razionalizzazione del portfolio prodotti e fornitori 3. Risparmi economici 4. Concorrenzialità delle gare 5. Continuità nella fornitura 6. Qualità delle forniture 7. Ricorsi
ASSETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI	IMPATTI SOCIO-ECONOMICI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Processo di acquisto: modalità di gestione delle attività di programmazione, analisi del fabbisogno, istruttoria, selezione del fornitore, valutazione del fornitore 2. Strategia di gara: in termini di durata, numero di lotti, valore medio, elemento qualitativo dell'offerta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesso al mercato da parte delle PMI, imprese locali, nazionali e estere 2. Contendibilità del mercato, ricambio dei fornitori 3. Aggregazione del mercato
VARIABILI INDIPENDENTI	VARIABILI DIPENDENTI

Figura 2 Assetti istituzionali delle centrali di acquisto operanti in sanità

Ente SSR	Ente Regione
<p>Azienda 0 ATS Sardegna</p> <p>CRAS EGAS</p> <p>ESTAR Alisa</p>	<p>SUA Abruzzo SUA Calabria</p> <p>CUC Molise Dir. Acquisti Reg. Lazio</p> <p>SUA Marche CUC Sicilia</p> <p>APAC Trento SUA Basilicata</p>
<p>InnovaPuglia</p> <p>Inva</p> <p>Funzione in house regionale</p>	<p>ARCA SCR Piemonte</p> <p>ACP Bolzano Soresa</p> <p>Intercent-ER</p> <p>Soggetto autonomo specializzato</p>

Figura 3 Stadi evolutivi delle centrali di acquisto

Obiettivi:

- Riduzione costi d'acquisto (prezzo aggiudicazione e di procedura)
- Standardizzazione contratti

Obiettivi:

- Ottimizzazione della spesa
- Innovazione

