

Dal procurement operativo al procurement strategico: il punto di vista del mercato

Il Covid19 ha messo in evidenza la necessità di ripensare profondamente le logiche degli acquisti sanitari, in quanto la sola pressione al contenimento della spesa e il gap programmazione-acquisti sono alcuni degli elementi che hanno impedito alla sanità pubblica una risposta rapida e flessibile all'emergenza. In questo contesto, la centralizzazione, trend ormai irreversibile, può rappresentare una opportunità, grazie alla maggior vicinanza delle centrali/soggetti aggregatori alla programmazione sanitaria regionale e all'opportunità di creare degli hub di competenza e specializzazione in grado di avviare progettualità innovative con il mercato e di scalarle.

Durante l'emergenza, la pressione ad acquistare rapidamente ciò che era necessario per allestire le terapie intensive e dotare il personale sanitario dei necessari DPI, ha portato molti dirigenti e funzionari di centrali e aziende sanitarie a superare la cosiddetta "paura della firma" e soprattutto, al di là della flessibilità offerta dalle procedure di emergenza, a velocizzare i tempi dell'acquisto.

Per far fronte all'emergenza, molte centrali hanno, inoltre, avviato un confronto informale volto a condividere buone pratiche e criticità. Infine, l'emergenza ha imposto un più stretto collegamento tra assessorati regionali (nel caso specifico le unità di crisi) e la funzione acquisti, che ha portato anche alla sperimentazione di partnership con centri di ricerca, università, ospedali e industria per individuare rapide risposte all'emergenza, attivando cosiddette "hastily-generated partnership", ovvero partnership frugali.

Si tratta di elementi importanti che non possono essere derubricati con il superamento dell'emergenza ma su cui, piuttosto, far leva per avviare un percorso di transizione da un procurement operativo a uno strategico (vedere figura in allegato).

Questa evoluzione richiede non solo una trasformazione delle modalità di acquisto, ma anche un collegamento più stretto tra programmazione sanitaria e procurement e quindi adeguati modelli di governance.

Al fine di sostenere questa transizione e favorire un confronto costruttivo tra programmazione regionale, sistema del procurement (centrali regionali/soggetti aggregatori) e operatori economici, l'Osservatorio MASAN di SDA/Cergas Bocconi ha organizzato due focus group, prodromici all'attivazione di un confronto pubblico-privato da portare avanti nei prossimi mesi.

Il primo focus group, realizzato prima del Covid, a ottobre 2019, ha coinvolto otto regioni italiane, con la partecipazione di Direttori dell'assessorato, Direttori di centrali di committenza/soggetti aggregatori e Direttori Generali di aziende sanitarie – la cui sintesi è disponibile su Sanità 24.

Il secondo focus group, a maggio 2020, ha coinvolto gli amministratori delegati o loro referenti delle diciotto aziende private produttrici di beni e servizi sanitari associate al MASAN: AirLiquide, Bayer, Becton Dickinson, Boston Scientific, Cisa, Dedalus, Edwards Lifesciences, Fater, Gada, GE, Gore, Merck, Philips, Rekeep, Roche, Siemens, Siram, 3M.

Di seguito le principali raccomandazioni emerse dalle imprese che mostrano una straordinaria disponibilità al confronto e all'investimento per intraprendere il percorso di transizione al procurement strategico.

1. Occorre ripensare la strategia di centralizzazione per passare da uno strumento di standardizzazione fine a sé stessa, a un modello di messa a sistema delle competenze per definire perimetri procedurali/contrattuali volti a garantire, da un lato, standard di qualità delle prestazioni uniformi e, dall'altro, soluzioni coerenti con caratteristiche e fabbisogni specifici del livello locale.

2. È necessaria una evoluzione del ruolo delle centrali/soggetti aggregatori quale hub di competenze a supporto della programmazione regionale e delle aziende sanitarie. Le centrali/soggetti aggregatori dovrebbero avere anche un ruolo di spinta e coordinamento per l'attivazione di progetti pilota, volti a sperimentare metodologie e soluzioni contrattuali innovative, da scalare a livello regionale o sovragregionale.

3. È fondamentale un investimento nelle competenze delle centrali/soggetti aggregatori ma anche l'individuazione di meccanismi operativi che consentano a questi ultimi di coinvolgere le migliori competenze cliniche e tecniche disponibili nei diversi SSR per una miglior definizione del fabbisogno e dei relativi livelli di servizio e specifiche tecnico-funzionali, soprattutto per la sperimentazione di progetti pilota.

4. Occorre un confronto sistematico a più livelli tra PA e Mercato. Il dialogo non dovrebbe essere, infatti, solo prodromico alla definizione di iniziative di gara specifiche (mediante la consultazione preliminare con il mercato, su cui peraltro anche dalle evidenze dell'Osservatorio MASAN è necessario un serio investimento per sfruttare appieno le potenzialità offerte da questo strumento), ma dovrebbe riguardare lo scouting delle innovazioni di prodotto/servizio, la presentazione della programmazione sanitaria e la discussione delle regole del gioco, lontano da ogni partita, coinvolgendo anche la programmazione sanitaria regionale, che deve rilanciare il proprio ruolo di committente di sistema. L'interazione pubblico-privato, ponendosi così a monte del processo vero e proprio di approvvigionamento – lontano quindi da pressioni competitive – renderebbe più intelligibili alle imprese i fabbisogni pubblici e consentirebbe alle Amministrazioni di interiorizzare meglio le traiettorie di evoluzione dei prodotti/servizi. Si favorirebbero, inoltre, un miglior collegamento tra politiche sanitarie e strategie di approvvigionamento, la trasparenza del processo decisionale e un aumento del livello di fiducia reciproco nel sistema. Per realizzare questo dialogo è necessario costituire degli ambienti di confronto dedicati, in cui discutere le lezioni apprese e l'eventuale attivazione di progetti pilota per introdurre, valutare e

riprodurre l'innovazione nei SSR.

5. Al fine di rendere il Sistema Sanitario più resiliente, sostenibile e meglio rispondente ai fabbisogni clinici e dei pazienti, occorre sperimentare soluzioni contrattuali con assunzione di rischio di risultato da parte dell'operatore economico, sia clinico che di performance economica, basate sull'introduzione di innovazioni di prodotto o su soluzioni più "olistiche" che superino l'acquisto del semplice bene/servizio, che si misurano quindi con l'impatto sull'outcome di salute, superando la logica dei silos per input.

L'introduzione di queste sperimentazioni potrebbe essere fatta con progetti pilota, geograficamente circoscritti, in cui sperimentare modalità di selezione basate sul costo della presa in carico di un paziente e/o del total cost of ownership e meccanismi di pagamento legati al conseguimento di chiari KPI di risultato.

6. È necessario, soprattutto nei servizi e nell'alta tecnologia, introdurre forme di partnership pubblico-privato, non tanto da intendersi come meccanismo finanziario in un contesto di risorse scarse, quanto soprattutto quale modalità contrattuale per favorire il co-sviluppo di soluzioni più mirate per le specifiche esigenze, basate sulla co-progettazione, e l'introduzione di chiari e forti incentivi per il conseguimento di risultati di efficienza ed efficacia, attraverso istituti, quali quello della concessione, che consentano la condivisione dei rischi contrattuali.

7. L'introduzione di innovazioni di processo, contrattuali e di prodotti/servizi richiede una maggior collaborazione pubblico-privato per la raccolta e la condivisione dei dati. Tali dati sono fondamentali per assumere decisioni strategiche; per meglio definire cosa acquistare successivamente e per mettere il mercato nella posizione di fare offerte più adeguate; per mettere a punto meccanismi di selezione e pagamento legati al risultato e, infine, per superare bias quali per esempio la convinzione che l'innovazione o soluzioni olistiche costino di più o creino situazioni di lock-in.

I prossimi passi

Il post Covid apre importanti spazi per avviare un percorso sperimentale, basato su iniziative pilota locali, per individuare procedure e soluzioni contrattuali che consentano di generare evidenze su cui innestare un processo di scalabilità o azioni correttive. L'utilizzo di progetti pilota consente non solo di testare nuovi processi (come rafforzare il dialogo pubblico-privato), procedure (che superino i silos esistenti), metodologie e metriche di valutazione e soluzioni (anche di pagamento) ma anche di farlo in un ambiente "più protetto", nelle maglie appunto di una sperimentazione, utile anche a rafforzare la fiducia tra pubblico e privato.

I risultati delle sperimentazioni potranno poi essere oggetto di una discussione ai livelli istituzionali più alti, quali Ministero della Salute, ANAC e Corte dei Conti anche con l'obiettivo di definire raccomandazioni/linee guida snelle che favoriscano l'introduzione di una maggior innovazione.

In ogni caso, innovare richiede, in primis, coraggio, discussione costruttiva, convergenza e leadership da parte del management pubblico e privato. Pertanto, è necessario attivare un confronto tra questi leader volto a capire quali progetti pilota avviare e con quali modalità operative.

Inoltre, è importante sottolineare la necessità, più alta, di una seria riforma del sistema dei controlli, del diritto penale e della cultura interpretativa e di utilizzo del Codice dei Contratti, in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea, affinché le regole sul public procurement vengano utilizzate in modo appropriato, per generare efficienza ed efficacia nel sistema degli acquisti e quindi dei servizi pubblici e non come strumento per perseguire prevalentemente obiettivi di anticorruzione.

* Osservatorio Masan SDA Bocconi Cergas