

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



16 Acquisti sanitari: stato dell'arte e percorsi evolutivi verso logiche di valore

*di Veronica Vecchi, Niccolò Cusumano, Giuditta Callea,
Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Franco Luigi Zurlo, Chiara Mauro
e Francesco Longo¹*

16.1 Introduzione

Il presente capitolo, elaborato dal team di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei contratti in Sanità (MASAN), è strutturato in due parti. La prima parte (§16.2), come di consueto, presenta l'aggiornamento sullo stato degli acquisti centralizzati in sanità. La seconda parte, analizza, nel framework teorico della governance collaborativa e del *public value management*, il *Value-based Procurement Process* (VBPP), quale modalità per sostenere la transizione da un procurement tradizionale e operativo verso logiche strategiche volte alla generazione di valore (§16.3). Le modalità per attuare questa evoluzione sono al centro dell'agenda di ricerca dell'Osservatorio MASAN sin dalla sua origine, attraverso un approccio di ricerca collaborativo e longitudinale con i suoi aderenti e con gli stakeholder del sistema. Questo approccio ha portato alla realizzazione di una serie di documenti metodologici e alla generazione e disseminazione di evidenze. Il capitolo presenta due casi illustrativi (§16.4), sviluppati nell'ambito dell'Osservatorio MASAN, che mettono in evidenza, in logica esemplificativa e generalizzabile nel loro approccio, le condizioni organizzative e operative per impostare gare d'appalto in logica VBPP.

¹ Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN). Sebbene il capitolo sia frutto delle idee e del lavoro dell'intero team di ricerca dell'Osservatorio MASAN, i paragrafi 16.1, 16.3, 16.4, 16.4.2 e 16.5 sono stati scritti da Veronica Vecchi; il paragrafo 16.2 è stato scritto da Niccolò Cusumano con il supporto di Franco Luigi Zurlo; il paragrafo 16.4.1 da Giuditta Callea con il supporto di Chiara Mauro. La revisione complessiva del capitolo è stata curata da Fabio Amatucci, Manuela Brusoni e Francesco Longo.

16.2 Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato

16.2.1 Metodologia e dati

L'analisi dello stato dell'arte della centralizzazione degli acquisti in Italia copre il periodo dal 2013 al 2022. Il database è stato costruito con la metodologia descritta in Cusumano *et al.* (2021) usando come fonte gli open data dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC². È bene precisare che nel prosieguo si utilizzeranno in modo intercambiabile i termini di acquisto e approvvigionamento.

Rispetto all'analisi del 2021, sono state implementate alcune migliorie, soprattutto per quanto riguarda le definizioni delle macro-categorie merceologiche; inoltre sono stati fatti i necessari aggiornamenti per considerare i mutati assetti istituzionali regionali. Il database è stato consolidato con dati aggiornati al 31 dicembre 2022, al fine di garantire una migliore usabilità e affidabilità del dato e quindi maggiore rigore delle analisi³. In relazione alle macrocategorie merceologiche (es. dispositivi medici, farmaci, vaccini) si è fatto riferimento ai codici CPV (*Common Procurement Vocabulary*) presenti nel dataset ANAC che sono molto granulari.

16.2.2 Analisi

La Tabella 16.1 presenta i dati relativi al valore totale bandito per acquisti di beni e servizi da parte di aziende sanitarie, centrali regionali e soggetti aggregatori, Consip e Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, per il periodo 2013-2022. Il valore comprende anche gli acquisti inferiori a 40.000€⁴. Il dato rappresenta, quindi, il valore potenziale complessivo del mercato degli acquisti pubblici in sanità.

È bene notare, come osservato in Cusumano *et al.* (2021 e 2022), che l'attività di acquisto non segue un andamento costante. Il valore complessivo delle gare bandite, infatti, può aumentare in coincidenza del rinnovo di contratti giunti a scadenza oppure per il lancio di nuove iniziative centralizzate in sostituzione di quelle aziendali. È, tuttavia, evidente come, nel lungo periodo, il valore complessivo degli acquisti banditi evidenzia un trend di crescita. Il valore delle procedure bandite nel 2022 è circa il doppio rispetto al 2016, a fronte di

² I dataset utilizzati per le analisi sono disponibili sul sito web di ANAC all'indirizzo <https://dati.anticorruzione.it/opendata/opendata/dataset>.

³ Il download ha riguardato non solo i dati relativi al 2021 e 2022, non inclusi in Cusumano *et al.* (2021), ma anche gli anni precedenti, al fine di tenere conto dei vari aggiornamenti da parte di ANAC dei dati già inseriti. Tali aggiornamenti potrebbero determinare lievi differenze rispetto ai dati presentati nel capitolo OASI.

⁴ L'analisi viene effettuata a livello di lotto identificato da Codice Identificativo di Gara (CIG) e per gli acquisti inferiori ai 40.000€ da SmartCIG o CIG semplificato.

Tabella 16.1 **Acquisti di beni e servizi per la sanità (miliardi di euro, anni 2013-2022, importo totale bandito)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1,5	1,9	3,1	1,7	2,9	4,0	2,7	5,8	2,6	3,5
Valle d'Aosta	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
Lombardia	5,1	3,8	9,3	6,8	10,1	9,1	21,3	12,8	15,7	28,8
P.A. Bolzano	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	1,4	1,0	0,6	1,3	1,1
P.A. Trento	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	1,1
Veneto	1,4	1,3	1,9	1,5	5,0	2,9	4,4	5,5	7,7	4,3
FVG	0,4	1,4	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,4	2,6	1,6
Liguria	0,4	1,0	0,3	1,5	0,9	1,2	1,8	2,6	1,0	1,0
E-R	3,1	2,2	2,7	2,6	5,4	3,3	5,3	3,2	2,9	6,8
Toscana	1,2	1,3	1,4	2,4	9,1	3,7	5,0	3,2	8,2	3,5
Umbria	0,3	0,8	0,5	0,5	1,2	1,5	0,9	0,9	0,8	0,9
Marche	0,5	0,9	0,7	0,5	1,3	1,2	1,3	1,4	3,2	1,4
Lazio	2,2	2,7	1,1	5,5	4,4	1,9	3,7	5,5	3,6	4,2
Abruzzo	0,6	0,4	1,8	0,8	0,6	1,4	0,8	2,1	1,0	2,3
Molise	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Campania	1,7	2,2	3,5	6,8	7,2	3,0	2,7	6,2	6,1	5,0
Puglia	2,3	1,0	1,6	0,9	3,7	2,4	2,4	5,0	4,3	7,2
Basilicata	0,2	0,2	0,2	0,6	0,6	0,3	1,0	0,4	0,5	0,3
Calabria	1,3	0,5	0,5	0,4	1,5	0,8	0,2	0,3	0,6	0,7
Sicilia	4,4	2,4	1,9	5,9	8,9	4,1	3,4	4,6	7,8	5,0
Sardegna	1,0	0,8	0,9	2,5	2,5	1,6	1,8	3,3	1,6	2,6
Comm. Straord.								9,5	3,2	0,7
Consip	7,1	12,2	11,3	3,9	6,8	8,2	11,4	7,1	10,0	15,7
Totale	35,5	37,6	44,3	46,2	75,1	54,3	73,0	82,2	85,8	98,1
Variazione % vs anno precedente		5,9	17,8	4,3	62,6	-27,7	34,4	12,6	4,4	14,3

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

un aumento della spesa per beni e servizi del 35% (vedi Capitolo 3). Questa divergenza trova una serie di spiegazioni:

1. la difficoltà ad aggiudicare iniziative centralizzate o i maggiori tempi richiesti per le gare aggregate, possono indurre le aziende sanitarie più virtuose a bandire gare aziendali per assicurare la continuità della fornitura; questo può portare a una parziale sovrapposizione o duplicazione del valore di bandito per la medesima categoria merceologica, che poi non si traduce in valore di consumato/spesa effettiva.
2. durata maggiore dei contratti posti a base di gara, con il conseguente aumento del valore degli stessi.
3. con il passare degli anni, le centrali, soprattutto, sono diventate più efficienti nella programmazione delle gare, con la conseguente riduzione delle pro-

roghe contrattuali; questo si traduce in un incremento effettivo del numero di gare.

Rispetto al 2021, il 2022 ha registrato un aumento del valore del bandito del 14,3%, dato che rappresenta la variazione più elevata degli ultimi 3 anni, nonostante l'incidenza, nel biennio precedente, degli acquisti eseguiti dal Commissario Straordinario per far fronte alle esigenze pandemiche. Gli acquisti Covid, che hanno toccato il picco nel 2020 con 9,5 miliardi di euro, sono, ormai, del tutto marginali nel 2022. Continua, invece, a crescere in maniera significativa (+57% rispetto al 2021) l'attività di Consip in sanità, anche come conseguenza delle gare nazionali in attuazione del PNRR.

La Tabella 16.2 presenta i dati relativi alla percentuale di acquisti centralizzati sul totale di quelli condotti per ciascuna regione, sia anno per anno sia come media 2020-2022. Il dato medio calcolato sul triennio è fondamentale per apprezzare l'incidenza degli acquisti centralizzati, in considerazione della durata pluriennale dei contratti. Come già evidenziato nell'analisi condotta da Cusumano *et al.* (2022), le regioni settentrionali mantengono, ad esclusione di Piemonte e Valle d'Aosta, una quota di acquisti centralizzati generalmente, salvo eccezioni, superiore al resto del Paese. Toscana e Friuli-Venezia Giulia confermano una quota di acquisti centralizzata con una media di oltre il 90% nel triennio 2020-2022. Queste due regioni, sin dal 2015, hanno registrato valori di centralizzazione molto elevati. Seguono Lombardia, Veneto, Liguria. Bisogna notare che la Liguria, che ha modificato l'assetto istituzionale del sistema regionale degli acquisti centralizzati⁵, mantiene un livello di centralizzazione medio negli ultimi anni molto alto, ha registrato una progressiva riduzione del volume degli acquisti centralizzati (72% nel 2022, rispetto al 73% del 2021 e al 90% del 2020). Tra le regioni del sud, la Campania mostra dati di aggregazione molto alti, e si conferma tra le più attive a livello nazionale; tuttavia, registra una leggera flessione rispetto al 2021. I territori che presentano un tasso di centralizzazione maggiore sono accomunati dall'aver posto la funzione di acquisto centralizzato in capo a enti del SSR (ESTAR, EGAS – ARCS, Azienda Zero). Valle d'Aosta, le Province Autonome di Bolzano e Trento, Molise e Calabria sono le uniche regioni che non raggiungono il 50% di centralizzazione degli acquisti. Per le regioni Valle d'Aosta e Molise e per le Province Autonome il dato non tiene conto della presenza di un'unica azienda sanitaria, per cui il processo di centralizzazione è connaturato alle scelte di assetto istituzionale. Regione Calabria invece continua a presentare dei ritardi nel processo di centralizzazione.

⁵ Le funzioni svolte da Alisa sono state attribuite alla Stazione Unica Regionale (SUAR) per l'acquisto delle categorie merceologiche da DPCM, e a Liguria Digitale per l'approvvigionamento delle apparecchiature ad elevato contenuto tecnologico ed informatico (Legge Regionale 5 marzo 2021, n. 2 e Allegato B della DGR 23 aprile 2021, n. 354).

Tabella 16.2 **Quota di acquisti centralizzati sugli acquisti regionali (anni 2013-2022, importo bandito per acquisti superiori a 40.000€)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media 2020-2022
Piemonte	45%	32%	53%	30%	56%	70%	54%	73%	49%	42%	54%
Valle d'Aosta	0%	0%	0%	39%	41%	52%	5%	48%	39%	49%	45%
Lombardia	31%	10%	17%	77%	79%	56%	85%	84%	74%	89%	82%
P.A. Bolzano	37%	60%	53%	15%	26%	59%	40%	24%	70%	22%	39%
P.A. Trento	0%	0%	0%	31%	33%	21%	16%	8%	18%	28%	18%
Veneto	4%	9%	16%	43%	84%	66%	78%	82%	87%	70%	80%
FVG	0%	0%	85%	89%	83%	93%	92%	88%	92%	90%	90%
Liguria	7%	85%	42%	91%	78%	88%	85%	90%	73%	72%	78%
E-R	45%	36%	65%	47%	72%	64%	77%	47%	43%	65%	52%
Toscana	26%	34%	89%	95%	97%	90%	92%	81%	97%	93%	90%
Umbria	0%	0%	20%	38%	81%	60%	60%	47%	60%	76%	61%
Marche	0%	0%	6%	5%	67%	63%	52%	59%	77%	54%	63%
Lazio	55%	73%	13%	86%	78%	47%	72%	77%	67%	68%	71%
Abruzzo	0%	0%	0%	23%	25%	45%	19%	59%	24%	68%	50%
Molise	0%	0%	11%	68%	71%	66%	14%	84%	13%	12%	36%
Campania	27%	49%	81%	78%	91%	57%	64%	80%	81%	72%	78%
Puglia	0%	0%	0%	23%	68%	22%	32%	61%	57%	84%	67%
Basilicata	0%	0%	44%	87%	83%	76%	93%	79%	81%	69%	76%
Calabria	75%	60%	70%	74%	92%	68%	21%	0%	58%	38%	32%
Sicilia	0%	0%	0%	85%	85%	66%	70%	65%	73%	46%	62%
Sardegna	0%	0%	0%	62%	55%	26%	51%	76%	62%	83%	73%
Totale	17%	21%	32%	57%	69%	60%	56%	62%	62%	61%	62%

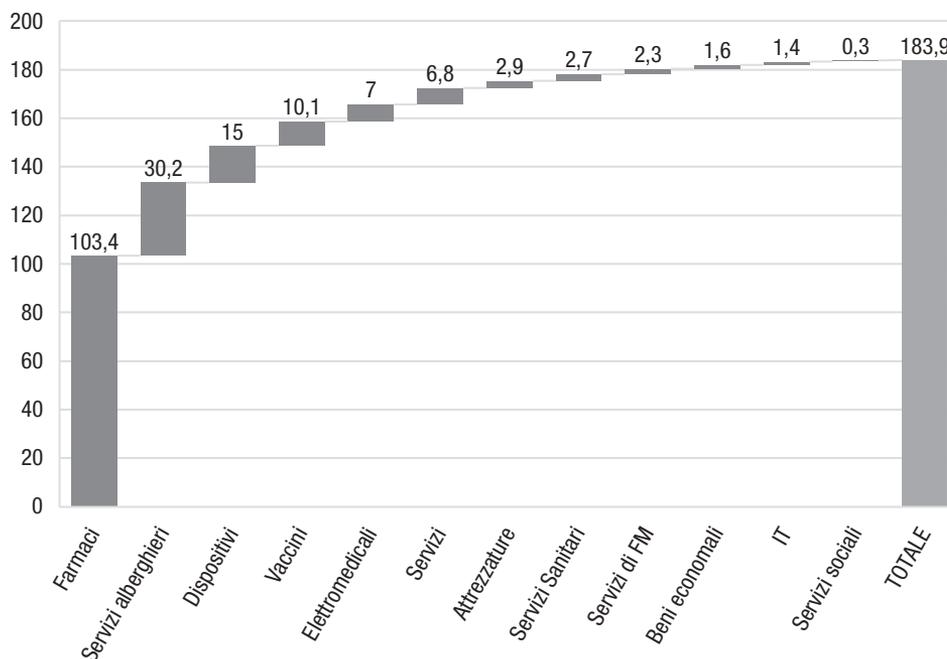
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

Guardando i dati da una prospettiva nazionale complessiva, la percentuale di acquisti centralizzati sembra essersi assestata intorno al 60% ormai da diversi anni, e tutto ciò nonostante la pandemia e le varie modifiche agli assetti regionali degli acquisti intercorse negli ultimi anni. Sarà interessante vedere nel prossimo futuro l'evoluzione di questi valori, soprattutto a fronte della modifica del codice avvenuta con il D.lgs 36/2023 degli appalti e dell'entrata in vigore effettiva, dal primo luglio 2023, del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti⁶.

Per quanto riguarda, invece, le categorie merceologiche su cui insistono gli acquisti centralizzati (vedi Figura 16.1 in relazione al periodo 2016-2022), la maggior parte degli acquisti (oltre il 56% del totale) fa riferimento ai Farmaci,

⁶ Secondo l'art. 63 del D.lgs 36/2023 che riprende l'articolo 38 del D.lgs 50/2016 le stazioni appaltanti sono soggette a un sistema di qualificazione, gestito da ANAC, per valutarne la capacità di gestione dell'affidamento e dell'esecuzione dei contratti. In assenza di qualificazione una stazione appaltante deve rivolgersi a un soggetto qualificato.

Figura 16.1 **Acquisti delle centrali regionali di committenza e soggetti aggregatori per categoria merceologica (importo aggiudicato per acquisti superiori a 40.000€, miliardi di euro, anni 2016-2022)**



Legenda: FM = facility management, IT = information technology, per «Servizi» si intendono servizi non ricompresi nelle categorie «Servizi alberghieri» e «Servizi di Facility Management»

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

mentre a seguire, ad incidere in maniera più consistente sono i Servizi Alberghieri⁷, Dispositivi medici e Vaccini. Si tratta, in altre parole, delle categorie previste da DPCM⁸, per cui è obbligatorio l'intervento dei soggetti aggregatori e per cui, come si è già scritto anche in passato, il processo di centralizzazione è più semplice data la maggior standardizzabilità dei beni/servizi.

La Tabella 16.3 mostra il dettaglio degli acquisti centralizzati per le categorie merceologiche DPCM, banditi dalle centrali di committenza/soggetti aggregatori, con il dettaglio anno per anno dal 2016 al 2022 e, nell'ultima colonna, la media complessiva su tutto il periodo considerato. Una misura di questo tipo permette di valutare l'efficienza del processo di centralizzazione degli acquisti su cui le centrali dovrebbero incidere maggiormente. Non stupisce, perciò, che in varie regioni il tasso di copertura sia prossimo al 90%. In particolare,

⁷ Si intendono qui pulizie e sanificazione, ristorazione, lavanolo.

⁸ DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

Tabella 16.3 **Quota di acquisti centralizzati per categorie merceologiche da DPCM banditi dai soggetti aggregatori sul totale regionale negli anni 2016-2022 per acquisti superiori a 40.000€**

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media 2016-2022
Toscana	97%	99%	98%	99%	86%	99%	99%	97%
FVG	91%	98%	96%	94%	95%	99%	94%	95%
Lombardia	85%	91%	75%	92%	89%	86%	96%	88%
Lazio	95%	91%	79%	90%	91%	82%	84%	87%
Campania	95%	97%	67%	78%	92%	94%	84%	87%
Liguria	95%	85%	94%	88%	90%	79%	64%	85%
Sicilia	92%	97%	79%	89%	85%	84%	53%	83%
Basilicata	92%	79%	81%	96%	83%	86%	61%	82%
Veneto	62%	93%	81%	76%	89%	95%	75%	82%
Umbria	67%	92%	90%	63%	56%	68%	82%	74%
Sardegna	78%	64%	43%	67%	88%	84%	93%	74%
E-R	56%	81%	76%	88%	65%	52%	78%	71%
Piemonte	43%	78%	87%	66%	87%	76%	57%	70%
Marche	0%	88%	80%	66%	76%	86%	66%	66%
Calabria	91%	96%	85%	34%	0%	41%	67%	59%
Puglia	26%	78%	31%	45%	76%	69%	91%	59%
Abruzzo	40%	34%	56%	28%	76%	38%	83%	51%
Valle d'Aosta	1%	63%	42%	6%	0%	77%	10%	28%
Molise	0%	80%	0%	15%	0%	0%	10%	15%
P.A. Bolzano	5%	10%	8%	5%	0%	36%	19%	12%
P.A. Trento	5%	23%	0%	27%	0%	2%	0%	8%
Totale	85%	90%	75%	85%	84%	85%	86%	84%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

la Toscana e il Friuli-Venezia Giulia mantengono il primato già evidenziato nel Rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), con oltre il 95% di acquisti centralizzati. A registrare, invece, i valori più bassi, troviamo le Province Autonome di Trento e Bolzano e le regioni di Molise, Valle d'Aosta e Calabria, cioè, come già detto, i contesti in cui la centralizzazione avviene a livello aziendale e non regionale, essendo presente un'unica azienda sanitaria per l'intero territorio. Questi dati confermano i valori complessivi illustrati in Tabella 16.2.

I fattori che possono spiegare la coesistenza tra gare centralizzate e aziendali in queste categorie in cui, in teoria, varrebbe un obbligo di legge per la tipologia di esecuzione, possono in realtà essere diversi: *in primis* la necessità di garantire l'approvvigionamento di specifici prodotti in mancanza di specifiche iniziative centralizzate; l'esistenza di vincoli organizzativi e di prassi; specifiche necessità di carattere clinico e un aumento di capacità operativa a livello aziendale come conseguenza della centralizzazione che può aver sgravato la funzione acquisti a livello locale.

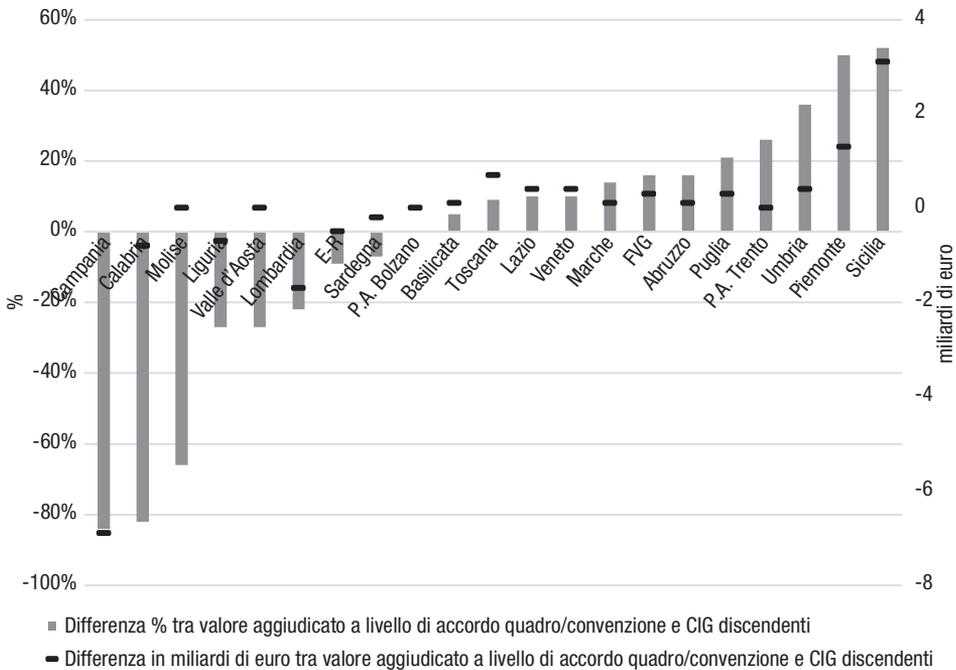
Per valutare l'efficacia dell'attività di approvvigionamento delle centrali di committenza/soggetti aggregatori, è interessante analizzare il confronto tra il valore degli accordi quadro/convenzioni aggiudicati⁹ dai soggetti aggregatori e il valore degli appalti specifici, individuati dai Codici Identificativi di Gara (CIG), discendenti discendenti da essi (vedere Figura 16.2), che denota l'effettivo utilizzo del contratto centralizzato. L'accordo quadro indica, infatti, il valore stimato dell'intera operazione contrattuale. Valore a cui l'Amministrazione che lo stipula non è vincolata. L'appalto specifico rappresenta, invece, il valore che effettivamente l'Amministrazione si impegna a ordinare, fermo restando che il valore effettivo degli ordinativi potrebbe ulteriormente variare.

In media, dal 2016 al 2022, il valore degli accordi quadro/convenzioni aggiudicati è superiore di circa 3,5 miliardi di euro al valore degli appalti specifici che discendono da essi. Si tratta di circa il 6% di discrepanza, rappresentata dalla linea grigia in figura. Tuttavia, questo valore medio è frutto di una variabilità regionale molto ampia. Sebbene la maggior parte delle regioni si posizioni in *range* di variazione contenuta entro il margine del 20%, in positivo o negativo, che si può considerare fisiologica, alcune si discostano in maniera più significativa. Un primo tema, emerso in sede di analisi, e che contribuisce a spiegare almeno parte della variazione in questo contesto, è rappresentato dalla qualità del dato: se, infatti, all'atto della richiesta del CIG è obbligatorio fornire l'importo del lotto, la comunicazione dell'importo di aggiudicazione è di fatto rimessa alla discrezione del RUP. In assenza di un adempimento, purtroppo ne consegue che il dato sulle aggiudicazioni sia carente. Oltre a questo, a spiegare lo scostamento tra i due valori possono contribuire anche la omessa indicazione del CIG dell'accordo quadro/convenzione oppure i casi di acquisto inferiore ai 40.000 euro (i cosiddetti SMARTCIG o CIG semplificati), per i quali il tracciato ANAC non prevede l'indicazione dell'eventuale CIG di riferimento. Quest'ultimo fenomeno sembra rilevante soprattutto in alcune regioni, che occupano la parte sinistra della Figura 16.2. Ancora una volta emerge come sia fondamentale il tema della comunicazione corretta e, soprattutto, completa dei dati relativi ai contratti in essere, per far fronte alle esigenze di monitoraggio e coordinamento, sia dal lato delle singole aziende sia da parte dei soggetti aggregatori.

Per quanto riguarda, infine, le tempistiche relative all'esecuzione dei processi di acquisto e l'aggiudicazione, si conferma una tendenza positiva di riduzione dei tempi (Tabella 16.4), come evidenziato negli scorsi anni nel Rapporto OASI 2021 e 2022 (Cusumano *et al.*, 2021 e 2022). Il 2022, infatti, risulta il primo anno in cui le durate medie sono scese al di sotto dei 100 giorni sia per le

⁹ Il periodo di riferimento è il triennio 2016-2018 in quanto per legge la durata massima consentita di un accordo quadro è di quattro anni, per cui, al momento della pubblicazione del presente capitolo, gli strumenti presi in analisi dovrebbero essere giunti ad esaurimento.

Figura 16.2 **Scostamento in valore percentuale tra importo aggiudicato degli accordi quadro/convenzioni nel periodo 2016-2018 da parte delle centrali di committenza e valore degli appalti discendenti superiori ai 40.000€ fino al 31/12/2022**



procedure condotte dalle aziende sia quelle centralizzate. In generale, un'altra conferma delle analisi precedenti è data dal fatto che le gare condotte dalle centrali di committenza mantengano tempi superiori (in media 96 giorni) per l'affidamento rispetto alla controparte aziendale (in media 62 giorni). Queste tempistiche non considerano, tuttavia, i tempi di progettazione delle gare che, specialmente a livello regionale, per alcune categorie merceologiche, possono dilatarsi.

Entrando nel dettaglio delle categorie merceologiche, a richiedere tempi maggiori per le gare aziendali sono le procedure relative a dispositivi medici, servizi sociali e attrezzature; mentre quelle per forniture di farmaci e vaccini sono tra le più rapide. Dal lato delle procedure centralizzate, sono invece i servizi alberghieri, i dispositivi medici e i servizi di *facility management* a registrare i tempi di aggiudicazione maggiori. Le gare per la fornitura di farmaci e vaccini sono, infatti, tendenzialmente al prezzo più basso, comportano quindi tempi di valutazione rapidi.

I tempi si dilatano quando le procedure si incagliano, in genere per complessi iter di valutazione oppure per i ricorsi. Analizzando, ad esempio, le gare

Tabella 16.4 **Durata media (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2022**

Categorie Merceologiche		Anni							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media
Aziende	Attrezzature	226	149	146	133	89	68	64	134
	Beni economici	95	98	129	104	89	102	56	100
	Dispositivi	267	289	274	332	155	171	79	236
	Elettromedicali	143	137	166	144	81	160	65	131
	Farmaci	87	54	62	74	97	49	48	67
	IT	69	75	72	65	55	50	42	63
	Altri servizi	101	97	92	85	72	66	44	81
	Servizi alberghieri	103	146	85	95	54	46	46	87
	Servizi di Facility Management	92	96	100	101	75	93	45	88
	Servizi sanitari	120	109	110	68	78	66	61	88
	Servizi sociali	106	172	192	168	100	91	72	136
Vaccini	91	77	29	50	79	49	18	62	
Aziende (tempi medi)		178	180	179	212	115	123	62	155
Centrali	Attrezzature	213	311	349	296	142	160	192	248
	Beni economici	173	192	104	124	73	116	105	121
	Dispositivi	525	483	332	377	339	279	110	389
	Elettromedicali	220	359	228	316	125	104	131	239
	Farmaci	162	192	112	133	105	105	94	130
	IT	122	172	122	104	102	80	137	125
	Altri servizi	181	229	209	198	161	103	102	171
	Servizi alberghieri	359	743	482	404	227	207	113	493
	Servizi di Facility Management	404	511	262	379	242	144	69	370
	Servizi sanitari	167	321	205	124	178	180	68	196
	Servizi sociali	71	72	152	138	86	153	133	113
Vaccini	92	212	66	74	74	47	70	97	
Centrali (tempi medi)		244	271	179	194	134	145	96	185
Totale (tempi medi)		203	215	179	206	124	129	75	166

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

per l'acquisto di dispositivi medici con importo del singolo lotto superiore a 1 milione di euro, avviate tra il 2016 e il 2021, risulta aggiudicato un valore pari al 57% al bandito (11,1 miliardi contro un bandito di 19,5 miliardi di euro), con una media di 424 giorni tra la data di pubblicazione e quella di aggiudicazione. Al 31/12/2022, gare per un valore di 8,4 miliardi di euro non risultano aggiudicate in media da oltre 1.092 giorni. Se si sono registrati in questi anni passi in avanti positivi, esistono ancora notevoli margini di miglioramento. L'Osservatorio MASAN, a tal proposito, ha elaborato delle indicazioni metodologiche disponibili sul proprio sito a supporto di un approccio programmatico e anticipatorio dei possibili «incagli» (Cusumano *et al.*, 2020).

16.3 La governance collaborativa negli acquisti sanitari per generare valore

Le sfide della società sono sempre più complesse: l'invecchiamento della popolazione (nelle economie mature), la salute pubblica, il crescente divario economico e sociale, il cambiamento climatico, la sicurezza, la migrazione, la scarsità delle risorse naturali, solo per citare qualche esempio. Si tratta di sfide che possono essere, *mutatis mutandis*, sintetizzabili con gli obiettivi di sostenibilità globale, i cosiddetti *Sustainable Development Goals* (SDGs), definiti dalle Nazioni Unite. Affrontare queste sfide richiede una mobilitazione di capacità, soluzioni e capitali che non possono essere assicurati solo dalle istituzioni pubbliche o filantropiche, soggetti la cui *mission* istituzionale è la generazione di valore pubblico (o valore per la società). Le stesse Nazioni Unite inseriscono tra gli obiettivi di sostenibilità il numero 17, «*partnership for the goals*», che include «*multi-stakeholder partnership*». Quanto previsto dalle agende internazionali fonda le sue radici nelle evidenze generate dalla ricerca scientifica di management pubblico. Già nel 1995 Mark Harrison Moore introdusse il concetto di Valore Pubblico che ha rappresentato la base per delineare un nuovo modello di funzionamento della pubblica amministrazione, ritenuto più adeguato rispetto al paradigma del *New Public Management* (NPM), che aveva introdotto modelli di funzionamento aziendali nel settore pubblico. D'altra parte, il NPM aveva focalizzato l'attenzione in modo eccessivo sul concetto di *Value for Money* (VfM) e in particolare sull'economicità e sull'efficienza produttiva, perdendo spesso di vista l'evoluzione dei fabbisogni della società e l'insorgere di problemi ad alta complessità, che richiedono attenzione all'efficacia dei servizi e alla loro capacità di soddisfare i bisogni emergenti. Il nuovo paradigma emergente, chiamato *Collaborative Governance* o *Public Value Management*, si fonda sul riconoscimento che il valore pubblico non è generato solo dalle aziende pubbliche, ma piuttosto dal network di stakeholder che le amministrazioni sono in grado di coordinare, orchestrare e guidare (Crosby *et al.*, 2017). La Governance Collaborativa è un modello ibrido di *policy making* e di gestione dei servizi pubblici, che è deliberato, multilaterale e volto alla co-produzione di risultati e soluzioni. Nell'ambito della Governance Collaborativa, si riconosce che gli stakeholder diversi dalle istituzioni pubbliche possono avere una responsabilità nella generazione di outcome pubblici e rilevanti per la società, specialmente in contesti complessi. Tutto questo non è altro che la conferma che il valore pubblico si produce anche al di fuori della PA, ed è potenziato dall'intersezione di pubblico e privato (profit e non profit). In questo contesto, per assicurare la generazione di valore pubblico, ai manager pubblici è richiesta la capacità di far leva su network interorganizzativi e le loro risorse, di utilizzare logiche collaborative ed essere aperti a nuove soluzioni in modo adattivo ed evolutivo, soprattutto per quanto riguarda l'erogazione di servizi

(Stocker, 2006). Uno degli aspetti più interessanti del *Public Value Management* è il pragmatismo, ovvero la capacità di capire «cosa funziona» o quale modello di governance è più appropriato (O'Flynn, 2007). Questo significa superare il concetto del «*one-best-way for once and for all*» (l'approccio dell'unico modello migliore) (Alford & Hughes, 2008).

La Governance Collaborativa si concretizza attraverso varie forme di collaborazione, tra cui forme evolute di procurement (public procurement – 2P), come per esempio il *Value-based Procurement Process* (VBPP) elaborato e proposto dall'Osservatorio MASAN (vedere l'approfondimento al §16.3.1); partnership pubblico privato (3P); *public-private plural partnership* (4P, che prevedono anche il coinvolgimento di attori del terzo settore); forme di network interistituzionale e di co-produzione (Vecchi, 2023). Qui ci focalizziamo sul procurement e in particolare sul framework del VBPP elaborato dall'Osservatorio MASAN proprio per contribuire alla sperimentazione di logiche di Governance Collaborativa nel procurement sanitario.

16.3.1 Il Value Based Procurement in letteratura

La ricerca di valore pubblico in sanità e la centralità del paziente hanno interessato nell'ultimo decennio anche la funzione acquisti. Il *Value Based Procurement* (VBP) rappresenta un tema sempre più dibattuto a livello politico, nel mercato e nella letteratura scientifica. Il concetto di VBP, soprattutto nel confronto con gli operatori di mercato, fa spesso riferimento alla possibilità e ai vantaggi di introdurre contratti con pagamento legato all'outcome clinico. Il VBP ha già trovato frequente applicazione ai farmaci, ad esempio attraverso il *Managed Entry Agreement* per governare l'incertezza nell'esito del paziente: vengono pagate solo le somministrazioni che si sono rilevate ex post efficaci per la salute del singolo paziente. All'opposto, la sperimentazione del VBP su altre categorie merceologiche può apparire più articolata, per la complessa raccolta di dati clinici su cui impostare le gare e pagare i fornitori e per la forte dipendenza dell'outcome clinico dell'utilizzatore del bene/servizio acquistato. In Italia, è meritevole di citazione l'esperienza di ESTAR, che ha intrapreso un percorso di acquisto dei dispositivi medici di uso consolidato basato sul beneficio clinico per il paziente¹⁰. La valutazione comparativa dei prodotti sulla base del *Net Monetary Benefit* (NMB) è stata talvolta abbinata a meccanismi di pagamento basati sulla condivisione del rischio tra l'acquirente e il fornitore¹¹. Dato il contenuto altamente innovativo e le complessità operative, queste

¹⁰ Per un approfondimento si veda la Deliberazione di Giunta Regionale 11.10.2021, n. 1038, «Linee di indirizzo regionali su *Procurement Value-Based* di dispositivi medici di uso consolidato».

¹¹ Alcuni esempi di applicazione del *Net Monetary Benefit* sono descritti in Cusumano *et al.* (2021).

prime esperienze appaiono come sforzi isolati non solo nel panorama del SSN, ma anche a livello internazionale dove vi sono pochissimi casi documentati e nella maggior parte di tipo sperimentale. Tra le esperienze internazionali più interessanti, anche per la presenza di documentazione che ne illustra la genesi, gli obiettivi e le caratteristiche, è la gara pilota per la gestione del paziente affetto da stenosi valvolare severa realizzata dall'Hospital Clínic di Barcellona, descritta in sintesi nel seguito del capitolo.

Talvolta, sono state realizzate forme contrattuali che traggono ispirazione dai cosiddetti *bundled payment* (BP) relativi a interi percorsi terapeutici del singolo paziente. Il BP fa leva sulla capacità e sull'incentivo dell'erogatore di gestire un determinato budget per paziente e al contempo di assicurare un determinato livello di outcome clinico complessivo: il margine economico dipende dalla capacità di ridurre eventi avversi, quali ad esempio infezioni e recidive, e minimizzare il numero di prestazioni. La maggior parte dei BP è stata introdotta negli Stati Uniti (con l'*Affordable Care Act*) e nei sistemi sanitari basati su assicurazioni sociali obbligatorie (modello Bismark); esistono alcuni casi anche nei sistemi sanitari nazionali di tipo Beveridge. Gli studi disponibili (Steenhuis *et al.*, 2020; Zanotto *et al.*, 2021; Struijs *et al.*, 2020) indicano, nella maggior parte dei casi, risultati positivi in termini di contenimento della spesa e, in alcuni casi, in termini di innalzamento della qualità delle cure. Interessanti sono le parole di Robinson (2008) che evidenzia come il settore dei dispositivi medici non sia in grado di esprimere il suo potenziale (in relazione all'adozione di logiche di VBP) a causa della debolezza della domanda, dovuta alla carenza di dati, alla rigidità dei meccanismi di pagamento e alle deboli competenze nelle strutture organizzative che analizzano, acquistano e utilizzano i prodotti. Superare questi gap richiede, a chi acquista, di diventare più sofisticato e, a chi vende, di migliorare le proprie conoscenze sulle esigenze dell'acquirente e di operare in modo più orientato all'efficacia complessiva sul paziente e meno prestazionale. La letteratura di management (Meehan *et al.*, 2017) ha definito il VBP come quel processo che cerca di allineare, in modo strategico, le risorse, i prodotti e i servizi del fornitore a obiettivi del SSN definiti sulla base di outcome latamente intesi e considera tutti i costi e i benefici legati a un ampio spettro di attività interdipendenti. Nelle sue forme più evolute, il VBP si basa su innovazioni di mercato volte a produrre un impatto in termini di valore-in-uso di beni e servizi, da valutare in relazione all'intera catena del valore dei servizi di cura e assistenza, e che può tradursi anche in una riduzione dei costi totali del processo di cura (concetto che non va confuso con il prezzo di acquisto).

Facendo riferimento alla letteratura sul procurement (Cheng *et al.*, 2018), sono molte le barriere all'introduzione di innovazioni di questo tipo, tra cui: le scarse competenze; la mancanza di incentivi, di leadership strategica, di strumenti operativi e di prodotti (specie per il procurement *green*); la preferenza e l'apparente sicurezza di un procurement tradizionale, basato su logiche di

economicità di breve termine; l'avversione al rischio (paura del ricorso, paura della Corte dei Conti etc.). D'altra parte, la letteratura (Ansell & Gash, 2008) evidenzia che, per attuare logiche di governance collaborativa, sono essenziali alcune condizioni, formali e informali: competenze e organizzazione; leadership generativa, per assicurare fiducia (*trust*), *commitment*, definire chiare regole, gestire il dialogo ed esplorare reciproci vantaggi; incentivi; contesto favorevole alla collaborazione e capitale sociale; regole per assicurare legittimità; processi volti a generare outcome intermedi (i cosiddetti «*small wins*») per alimentare la fiducia e l'orientamento alla collaborazione.

Da un punto di vista metodologico, la letteratura ha anche evidenziato che le complessità del procurement, specialmente di quello sanitario, richiedono un approccio longitudinale di medio-lungo periodo e collaborativo per generare valore (Walker *et al.*, 2008).

16.3.2 Il Value-based Procurement Process (VBPP)

Alla luce della letteratura e delle evidenze empiriche internazionali e nazionali, e attraverso un costante lavoro di ricerca di tipo induttivo-deduttivo, l'Osservatorio MASAN ha proposto una rivisitazione del concetto di valore, da outcome clinico in sé e per sé a valore conseguibile attraverso una nuova postura al procurement. Infatti, la creazione di valore non dipende solo dal modo in cui una gara è strutturata (cioè da come considera o premia il maggior valore), ma, piuttosto, da un processo complessivo, che parte dalla definizione dei bisogni, definizione degli outcome attesi e arriva fino alla gestione e monitoraggio del contratto. In altre parole, il valore si genera attraverso tutte le fasi del processo di acquisto e gestione dei fornitori, secondo un approccio sistematico e non puntuale limitato al singolo contratto / fornitore. In questo contesto, appare dunque più appropriato parlare di *Value-based Procurement Process* (VBPP). Il termine processo non indica solo le diverse fasi dell'acquisto; esso si riferisce anche al fatto che per generare valore serve un processo evolutivo, che si rafforza nel tempo e diventa elemento di convergenza e crescita degli attori del sistema.

Il VBPP, illustrato in Figura 16.3, fonda il suo razionale nelle logiche di management che sottendono la strutturazione e gestione di un contratto d'appalto, ma l'approccio può essere esteso anche alle partnership in senso stretto (PPP come concessioni). In particolare, il suo snodo cruciale è rappresentato dalla costruzione del *business case*, quale strumento con il quale esplorare i fabbisogni a cui rispondere e valutare le modalità contrattuali più adeguate a rispondervi. La costruzione del *business case*, che avviene attraverso una robusta fase di analisi e programmazione, non può prescindere da una attenta valutazione di: (i) ciò che non ha funzionato nello scenario cosiddetto *as-is* (lo stato attuale); (ii) ciò che potenzialmente è disponibile sul mercato, soprattutto per

quanto riguarda soluzioni migliorative o innovative; (iii) condizioni di contesto, con riferimento alla cosiddetta *readiness* organizzativa all'adozione della nuova soluzione, eventuali barriere o fattori abilitanti. L'analisi di mercato può essere fatta utilizzando in modo più strutturato e più aperto la consultazione preliminare di mercato (art. 78 del Nuovo Codice). Grazie a ciò, il VBPP dovrebbe sostenere la capacità delle amministrazioni di scegliere in modo fondato, e quindi molto difendibile, e non necessariamente sulla base di calcoli meccanicistici, l'introduzione di modelli più innovativi di acquisto, capaci di generare più valore in termini di *Value for Society* (VfS) e non solo di *Value for Money* (VfM) (Box 16.1).

Box 16.1 Il Value for Society

Il concetto di VfS è associato al paradigma del *Public Value Management*. Diversi autori hanno evidenziato come quest'ultimo non sia un monolite (Jørgensen & Bozeman, 2007), ma, piuttosto, è articolato attraverso una pluralità di valori che devono essere perseguiti dalle PA e che, peraltro, possono dar luogo a trade-off. Per esempio, scegliere di acquistare *green* e più sostenibile genera ricadute di lungo termine, ma a discapito del risparmio di breve periodo. Ugualmente, acquistare forniture con materiali più duraturi o più adeguati può avere un prezzo di acquisto più alto nel breve periodo, ma ridurre gli sprechi e ottimizzare i costi di medio termine, oltre a generare risparmi grazie all'utilizzo più efficace delle risorse (es. riduzione delle degenze post-operatorie) e al conseguimento di migliori esiti clinici (es. riduzione di infezioni e recidive). Il nuovo Codice dei Contratti offre importanti sponde per operare scelte di procurement capaci di generare VfS, con i suoi articoli di principio, nello specifico quello del risultato – art. 1, e quello della fiducia – art. 2. Il riferimento è poi esplicito all'art. 108. Il VfS non è sempre di facile misurazione quantitativa, ma ciò non significa che le amministrazioni non possano costruire un *business case* utilizzando anche evidenze qualitative per suffragare le proprie scelte verso modelli di acquisto più strategici.

Elemento essenziale del VBPP, come conseguenza del *business case*, è la definizione del *petitum* – l'oggetto della gara -, del modello contrattuale e dei criteri di valutazione.

A differenza del *Value-Based Healthcare*, che prevede la remunerazione dell'assistenza sanitaria erogata in base ai risultati di salute dei pazienti, il VBPP non implica necessariamente una condivisione del rischio e quindi un pagamento legato al valore generato, in quanto il valore da conseguire è definito a monte, nella scelta dell'oggetto dell'acquisto.

Il VBPP consente di passare da un procurement di tipo operativo a uno di tipo strategico, le cui rispettive caratteristiche sono illustrate in Figura 16.4 (Vecchi *et al.*, 2020). In particolare, l'approccio strategico cerca di superare una relazione transazionale tra acquirente e fornitore e vede l'operatore economico come partner per conseguire gli obiettivi strategici di medio/lungo termine dell'amministrazione e assicurare resilienza e adattamento. Le scelte sono guidate non solo dalla ricerca dell'economicità ma del VfS, quindi un valore più

Figura 16.3 **Schema del *Value-based Procurement Process* elaborato dall'Osservatorio MASAN**



Figura 16.4 **Le caratteristiche del *procurement* tradizionale vis à vis strategico**

APPROCCIO TRADIZIONALE	➔	APPROCCIO STRATEGICO
Driver: costo e compliance	➔	Driver: efficienza, efficacia, innovazione, valore
Relazione transazionale con il mercato	➔	Relazione di partnership
Acquisti puntuali	➔	Acquisto di soluzioni
Valutazione elementi formali, scarsa discrezionalità	➔	Valutazione della capacità di rispondere al fabbisogno, gestione del rischio, sostenibilità
Focus: breve termine	➔	Focus: medio/lungo termine, resilienza, individuazione di risposte ai fabbisogni

Fonte: Vecchi *et al.*, 2020.

rotondo e composito, come scritto sopra (Box 16.1). La generazione di valore viene perseguita sia attraverso la definizione delle specifiche tecniche sia attraverso i criteri e i processi di valutazione; oppure attraverso la richiesta di soluzioni a un problema. Tra le soluzioni troviamo anche i cosiddetti contratti chiavi in mano o *bundled*, che si propongono di superare l'acquisto puntuale di singoli elementi. Altro aspetto importante è il profilo dell'operatore economico, e quindi l'approccio strategico si basa sull'identificazione di requisiti di partecipazione più selettivi e mirati, benché siano giustificati e non vadano a ledere il principio della concorrenza.

16.4 Il VBPP in pratica

Generare innovazione e valore nel processo di acquisto richiede un approccio evolutivo, collaborativo e longitudinale nel tempo (Walker *et al.*, 2008), basato su casi pilota che possono sfociare nei cosiddetti «*small wins*», cioè sperimentazioni circoscritte e virtuose, utili per rafforzare le competenze, creare legit-

timità e fiducia in un diverso paradigma e stimolare processi di emulazione. La mimesi è una delle tre forze isomorfiche che muovono le decisioni, secondo la teoria istituzionale (DiMaggio & Powell, 1983), soprattutto per quanto riguarda l'adozione di innovazioni in contesti complessi e incerti (Hong *et al.*, 2022).

In questo paragrafo proponiamo due casi selezionati tra le ricerche sviluppate nell'ambito dell'Osservatorio MASAN¹², con l'obiettivo di comprendere condizioni e modalità per attuare il VBPP.

In entrambi i casi è stato adottato un approccio di ricerca di tipo «*Mode 2*» (Gibbons *et al.*, 1994), che rientra nelle finalità istituzionali dell'Osservatorio MASAN e rappresenta la sua metodologia scientifica di riferimento. Esso prevede una stretta collaborazione tra manager, del pubblico e del privato, e ricercatori nella produzione di conoscenza, attraverso un processo di cosiddetta «*engaged scholarship*» (Van De Ven & Johnson, 2006), in altre parole l'opportunità per i ricercatori di inserire teorie nella pratica e per i manager di contribuire con le loro evidenze ed esperienze alla teoria. Si tratta di un approccio particolarmente appropriato al public procurement per la sua natura complessa, pratica e dinamica (Walker *et al.*, 2008).

I casi selezionati riguardano:

1. la costruzione del *business case* con il coinvolgimento di stakeholder clinici e non clinici;
2. la gara per l'acquisto di guanti realizzata da ESTAR e impostata secondo logiche di procurement sostenibile.

Il primo caso (§16.4.1) fa riferimento alle evidenze generate da due «*action-research*», che hanno coinvolto, in un ambiente neutro con finalità di costruzione di una conoscenza condivisa, una serie di stakeholder rilevanti, mediante alcuni *focus group*, per simulare modalità di definizione e contenuti del *business case* relativo all'acquisto di due prodotti selezionati in collaborazione con due imprese aderenti all'Osservatorio. Esso consente, quindi, di comprendere appieno la costruzione del *business case* quale elemento cruciale del VBPP.

Il secondo caso (§16.4.2) si colloca nell'ambito di un rapporto collaborativo pluriennale tra ESTAR e l'Osservatorio, finalizzato a generalizzare e, quindi,

¹² Non sono state incluse nel presente capitolo, in quanto pubblicate nei Quaderni e altri output dell'Osservatorio MASAN (link), le ricerche realizzate in relazione a: il «Buon Capitolato» (nell'ambito della ricerca Impact for Shape, con il supporto incondizionato di Olympus); il «Vendor Rating» (realizzato con la collaborazione di tutti gli aderenti all'Osservatorio); il «PPP a sostegno dell'innovazione digitale» (ricerca realizzata con il supporto incondizionato di Dedalus); «Creazione di valore con il procurement. Il caso dei dispositivi per il trattamento del diabete» (ricerca commissionata da Medtronic).

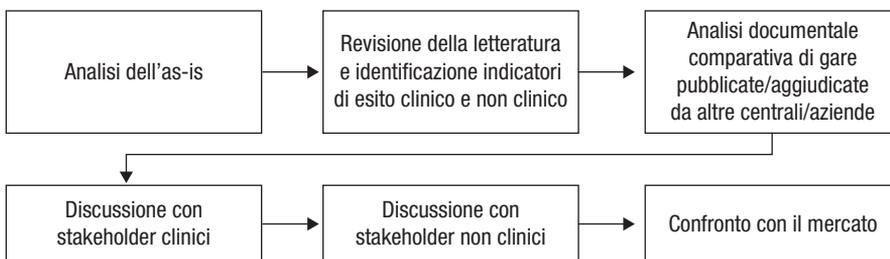
scalare le innovazioni sperimentali avviate dalla centrale. Esso fa riferimento a una gara di procurement sostenibile realizzata in autonomia da ESTAR, dalle cui evidenze è in corso di definizione, con il supporto dell'Osservatorio, un framework metodologico per favorire l'adozione sistemica e in logica incrementale, anche sulla base della maturità del mercato, del procurement sostenibile (vedi §16.4). Il caso, anche mediante la narrazione che riflette e comunica le intenzioni, il *commitment* e il *modus operandi* degli attori (Höglund *et al.*, 2021), consente di comprendere le condizioni organizzative e le scelte operative per attuare un procurement sostenibile, quale forma di VBPP.

16.4.1 Creazione di valore negli acquisti di dispositivi medici con il coinvolgimento degli stakeholder clinici e non clinici

La generazione di valore negli acquisti di dispositivi medici con il coinvolgimento degli stakeholder clinici – medici operanti in aziende sanitarie pubbliche – e non clinici – rappresentanti di centrali regionali e soggetti aggregatori, provveditori economi e farmacisti ospedalieri, ingegneri responsabili dell'implementazione di registri e di monitorare gli esiti – per la costruzione del *business case* è stata oggetto di due ricerche non ancora pubblicate, analoghe per metodologia ma differenti per merceologia considerata: la prima ha riguardato le reti riassorbibili per l'ernia addominale¹³ la seconda le lenti intraoculari monofocali a visione intermedia per la cataratta¹⁴.

Le ricerche si sono articolate in una serie di fasi successive da cui è stata derivata una metodologia generale che possa supportare operativamente le centrali e le aziende sanitarie nel momento in cui avviano i lavori propedeutici alla indizione di una gara in grado di generare valore (Figura 16.5).

Figura 16.5 **Metodologia operativa per l'implementazione di gare value-based per i dispositivi medici**



¹³ Progetto di ricerca sviluppato con il supporto incondizionato di Becton Dickinson.

¹⁴ Progetto di ricerca sviluppato con il supporto incondizionato di Johnson e Johnson, divisione Vision.

Gli step per la costruzione del business case

La costruzione del *business case* inizia con l'analisi dell'*as-is* (step 1). L'amministrazione deve verificare il raggiungimento degli obiettivi che si era prefissata nella gara precedente, la coerenza del disegno di gara, la correttezza dei quantitativi posti a gara, i quantitativi effettivamente ordinati (da rapportare ai volumi di prestazioni erogate), il tasso di erosione dei lotti, eventuali criticità nel corso dell'esecuzione del contratto, incluse possibili problematiche legate alla sicurezza dei dispositivi (ad esempio segnalazioni di incidenti avvenuti nelle strutture sanitarie, avvisi di sicurezza e richiami dal mercato). A supporto dell'efficacia di questa attività, è fondamentale un sistema puntuale di monitoraggio dell'esecuzione del contratto, nel quale gli attori rilevanti – clinici utilizzatori, direttore dell'esecuzione del contratto (DEC), responsabile unico di progetto (RUP), responsabile regionale e/o aziendale della dispositivo-vigilanza, mercato – siano interconnessi e scambino periodicamente (ad esempio con relazioni semestrali) informazioni utili a garantire l'individuazione precoce e la soluzione delle criticità.

Nell'analisi dell'*as-is* i due attori critici da coinvolgere attivamente sono i clinici e il mercato dei fornitori. Per raccogliere il giudizio sulla bontà delle gare da parte di chi ha utilizzato i prodotti aggiudicati si suggerisce l'adozione di un modulo per rilevare il percepito articolato in una serie di item, quali la qualità dei prodotti aggiudicati, l'ampiezza della gamma dei prodotti a cui hanno avuto accesso, la qualità di eventuali servizi accessori, il rapporto con il fornitore, le criticità occorse, eventuali nuovi bisogni a cui i prodotti in gara non sono in grado di rispondere, nuovi prodotti da introdurre in affiancamento o in sostituzione. La raccolta del feedback deve essere fatta su larga scala, idealmente invitando tutti gli utilizzatori finali a compilare il modulo. Ciò è utile a instaurare un rapporto collaborativo tra chi acquista, che si deve porre in una posizione di ascolto dei bisogni dei clinici, e chi utilizza, che deve sentirsi parte attiva e artefice della costruzione della gara, a cui contribuisce con indicazioni e commenti. Per ridurre l'impegno a carico sia dei clinici sia del personale deputato alla elaborazione delle informazioni, si suggerisce di utilizzare moduli in formato digitale, snelli, costituiti per lo più da domande con risposte multiple pre-definite oltre a campi aperti opzionali per fornire ulteriori dettagli. La costruzione di gare che intendano acquistare valore per il paziente e per il sistema non può prescindere da un confronto precoce e approfondito anche con i fornitori attraverso la conduzione di una consultazione preliminare di mercato per fasi. Dopo avere illustrato gli obiettivi che intende conseguire in un incontro fisico/virtuale o in un documento scritto (fase 1), l'amministrazione potrebbe richiedere al mercato un giudizio in forma scritta sulle criticità percepite sia nella procedura di gara precedente sia nell'esecuzione del contratto e chiedere informazioni sulle soluzioni innovative che è in grado di fornire e sulle evidenze cliniche ed economiche a supporto (fase 2). Per valutare i prodotti/servizi

innovativi proposti, le amministrazioni sono libere di definire l'orizzonte temporale della letteratura di riferimento ed eventuali indicazioni in merito all'*impact factor* minimo richiesto (rilevanza scientifica delle riviste), avendo cura di individuare una soglia coerente con i singoli settori disciplinari. Si raccomanda di non limitare il perimetro degli studi alle sole evidenze sperimentali (trial clinici randomizzati), la cui conduzione nel settore dei dispositivi medici talvolta non è fattibile o non è etica (Drummond *et al.*, 2009), ma di considerare anche le evidenze osservazionali (*real world evidence*). Una volta ricevute le risposte, si suggerisce un incontro di approfondimento *one-to-one* con il singolo fornitore, preferibilmente di persona o in alternativa virtuale (fase 3). Si sottolinea come la richiesta delle referenze di letteratura al mercato, con indicazione del titolo e del DOI, sia esattamente il *modus operandi* adottato da ESTAR nelle consultazioni preliminari propedeutiche all'utilizzo del NMB.

In alternativa o in aggiunta alle informazioni ricevute dal mercato, è consigliabile verificare la disponibilità di revisioni di letteratura o report di HTA recenti o, in loro assenza, svolgere autonomamente una revisione di letteratura, meglio se con approccio sistematico (ovvero ricerca su database bibliografici basata su parole chiave, replicabile e aggiornabile), per identificare le evidenze cliniche ed economiche e mappare la numerosità e il setting (sperimentale o osservazionale) degli studi clinici, gli anni di pubblicazione delle evidenze, gli indicatori clinici (es. esito clinico e qualità di vita) e non clinico (perdite di produttività, preferenze del paziente) utilizzati a livello internazionale per misurare l'efficacia dei prodotti, e le evidenze di costo-efficacia e di impatto sul budget disponibili (step 2)¹⁵. La conoscenza degli indicatori di esito clinico da parte delle centrali e dei provveditori economici rappresenta un elemento facilitatore nel confronto con i clinici durante i lavori al collegio tecnico. Per agevolare l'interpretazione degli indicatori, non sempre immediata ai non addetti ai lavori, può essere utile che la centrale o il provveditore economico coinvolgano un clinico regionale/aziendale di riferimento. La raccolta delle evidenze cliniche ed economiche per finalità di acquisto è coerente con il modello di integrazione tra *Health Technology Assessment* (HTA) e procurement proposto dalla Cabina di Regia del Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici, che prevede la compilazione da parte dell'utilizzatore finale clinico di un modulo

¹⁵ Nelle ricerche qui descritte sono state condotte due revisioni sistematiche della letteratura. La ricerca bibliografica inerente alle evidenze cliniche è stata fatta sul database Pubmed con la stringa di ricerca («outcome*» OR «result*» OR «indicator*» OR «effect*») AND («biosynthetic*» OR «bioabsorbable*» OR «bioresorbable*» OR «resorbable» OR «absorbable») AND («mesh*» OR «prosthes*») AND «hernia*» per le reti e («outcome*» OR «result*» OR «indicator*» OR «effect*») AND («monofocal» AND ((«intraocular» AND «lense*») OR «IOL»)) AND «cataract*» per le lenti. La ricerca bibliografica inerente alle evidenze economiche è stata fatta sui database Pubmed e Web of Science con le parole chiave («cost effectiveness» OR «cost utility») concatenate con il nome della tecnologia di interesse.

standard di richiesta di acquisto che include una sintesi delle evidenze disponibili¹⁶. La conduzione di revisioni di letteratura e/o la ricerca di revisioni già pubblicate richiede personale qualificato ed esperto in numero sufficiente per svolgerle. Se da un lato, questo aspetto potrebbe essere visto come una barriera all'adozione del modello proposto, dall'altro si sottolinea come l'esigenza di una revisione di letteratura ad hoc potrebbe non essere necessaria per tutte le tecnologie e potrebbero essere sufficienti le informazioni ricevute dal mercato. Sarà la centrale, di volta in volta, a stabilire il *modus operandi*.

In parallelo o subito a valle della revisione della letteratura, è importante svolgere una analisi di dettaglio che compari la propria gara con quelle svolte in altri contesti regionali o aziendali (step 3). Per facilitare la comparazione, è utile utilizzare una matrice che funga da *extraction protocol* da alimentare con la durata delle gare, il numero e la descrizione dei lotti, i criteri di valutazione della componente tecnica, la formula prezzo, il fabbisogno stimato, il prezzo a base d'asta e di aggiudicazione, eventuali lotti deserti e/o contenzioso.

Una volta raccolto ed elaborato questo set di informazioni, è il momento di avviare un confronto diretto con un campione di clinici utilizzatori esperti (step 4). Possono essere coinvolte sia figure operanti nel bacino territoriale di riferimento (ad esempio i clinici selezionati come membri del collegio tecnico) sia professionisti provenienti da altre regioni o aziende sanitarie, preferibilmente in numero non superiore a 4-5 per favorire lo scambio approfondito di esperienze sulla modalità di acquisto utilizzata in diversi contesti territoriali. Nelle ricerche descritte sono stati identificati e coinvolti i professionisti sanitari che avevano fatto parte delle commissioni tecniche e/o di aggiudicazione, dalla documentazione delle gare analizzate nello step precedente¹⁷. I clinici hanno partecipato a un focus group virtuale della durata di due ore, durante il quale hanno condiviso la loro esperienza con la gara in essere e ragionato su una lista di possibili criteri in grado di cogliere il valore della tecnologia in oggetto, moderati da economisti sanitari esperti di acquisti pubblici, valutazioni economiche e HTA, revisioni sistematiche di letteratura e conduzione

¹⁶ Per un approfondimento sul modello di integrazione tra HTA e procurement si veda il documento finale della Cabina di Regia dell'HTA ([link](#)) e l'Allegato 4 Individuazione delle tecnologie da sottoporre ad Assessment ed integrazione dei risultati di HTA nelle fasi di procurement e nei PDTA ([link](#)).

¹⁷ Nella ricerca sulle reti riassorbibili per l'ernia sono state analizzate le procedure di gara dell'Area Vasta Emilia Nord (2016), di ALISA (2017) relativa al fabbisogno di Liguria e Valle D'Aosta, dell'ospedale San Giovanni Addolorata (2018) per l'area di aggregazione comprendente, oltre alla azienda capofila, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I e la ASL Roma 1, e di ESTAR (2019 e 2019 e 2021). Per le lenti intraoculari a visione intermedia per la cataratta sono state analizzate le gare regionali di ARCA Lombardia (2019), Intercent-ER (2019) e ESTAR (2020) e le gare aggregate della ASL di Asti (2019), gara interaziendale per la stazione appaltante, la ASL e la Azienda Ospedaliera di Alessandria e della ASP di Agrigento (2020), gara di bacino occidentale.

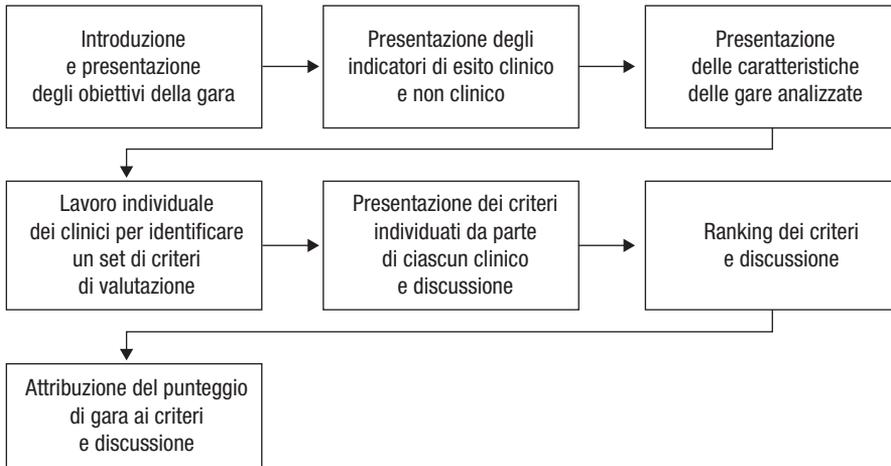
di interviste e focus group, con il supporto di un ricercatore con funzione di osservatore e verbalizzatore. Nella conduzione dell'incontro, è importante che la moderazione sia neutrale, aperta, priva di giudizi e punti di vista personali per non influenzare opinioni e risposte. La metodologia di lavoro seguita e che si suggerisce di utilizzare, eventualmente modificandola e adattandola per rispondere a specifiche esigenze, è un approccio strutturato, articolato in più fasi definite a priori e sintetizzato in Figura 16.6. Dopo la presentazione degli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire tramite la procedura di gara¹⁸, è opportuno prevedere una sintesi degli indicatori clinici e non clinici identificati in letteratura e delle caratteristiche delle gare analizzate, concentrandosi sugli elementi più rilevanti per i clinici (criteri di valutazione, presenza di accordo quadro). A valle di questa introduzione, inizia il coinvolgimento diretto dei clinici in un confronto finalizzato a trovare una convergenza su una lista di indicatori da proporre per essere utilizzati come criteri di valutazione in sede di gara. Se dall'interlocuzione con il mercato emergesse che taluni elementi rilevanti sono ben consolidati nell'offerta di mercato, potrebbe essere valutato l'utilizzo di tali elementi anche come requisiti funzionali e non solo quali criteri di valutazione. Il metodo proposto è stato elaborato a partire dalla *nominal group technique*, una tecnica di brainstorming strutturato utilizzata in ricerca qualitativa, adattata per favorire il confronto in un contesto di meeting virtuale (Gallagher *et al.*, 1993). In una fase iniziale di *silent generation*, ai medici viene richiesto di lavorare individualmente e identificare un elenco di indicatori adatti a catturare il valore della tecnologia da proporre quale criterio di valutazione in sede di gara che successivamente, a turno, presentano ai colleghi. L'elenco degli indicatori proposti viene discusso dapprima per definire un ordine di priorità e successivamente per formulare una proposta di punteggio in gara¹⁹. Per ampliare la base di rilevazione delle dimensioni del valore da considerare in gara (criteri) e, eventualmente, il loro peso relativo (punteggi), è possibile costruire survey *ad hoc*, da sottoporre a gruppi più ampi di professionisti, eventualmente anche tutti gli utilizzatori di una regione.

Per le tecnologie non salva vita per le quali è legittimo ritenere che il paziente

¹⁸ Nel caso delle ricerche descritte, sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca.

¹⁹ L'applicazione della *nominal group technique* si basa sull'utilizzo di strumenti di lavoro come cartelloni, post-it e pennarelli. La conduzione di focus group in videocollegamento ha imposto un adattamento del metodo tradizionale, con l'utilizzo di survey online compilate ed elaborate istantaneamente per raccogliere il punto di vista dei clinici. Più in dettaglio, un ricercatore ha inserito in tempo reale l'elenco degli indicatori proposti dai clinici in una survey online preparata sulla piattaforma Qualtrics e inviato il link per la compilazione. I clinici hanno compilato la survey al momento, ordinando i criteri dal più importante al meno rilevante. Le risposte sono state elaborate in forma anonima e il ranking è stato mostrato immediatamente ai partecipanti. Nel caso delle reti per l'ernia, visto il numero elevato di indicatori proposti, i primi dieci per ordine di importanza sono stati inseriti in una seconda survey online, con il mandato di fornire una proposta di punteggio di gara per ciascuno.

Figura 16.6 **Metodologia operativa per la conduzione della discussione con i clinici**



possa avere preferenze (ad esempio lenti intraoculari, ausili per incontinenza, dispositivi per il diabete), può essere opportuno coinvolgere nella costruzione del *business case* pazienti o associazioni di pazienti con l'obiettivo di costruire un ambiente che favorisca la *compliance* alla terapia. Tale coinvolgimento è in linea con il ruolo sempre più attivo previsto dalle direttive europee per i pazienti esperti sia nello sviluppo sia nella valutazione dei dispositivi medici. Esistono già esempi di gare la cui strategia è stata costruita con il coinvolgimento di associazioni di pazienti²⁰.

A valle della discussione con gli utilizzatori finali, è importante condividere l'analisi comparativa delle gare con i rappresentanti delle centrali e delle aziende sanitarie le cui gare sono state analizzate nello step 3, al fine di discutere eventuali informazioni non presenti nella documentazione di gara e confrontarsi sui risultati ottenuti dalle gare e sulle criticità incontrate (step 5). Operativamente, il confronto con le centrali e le aziende sanitarie è stato gestito con la presentazione dei risultati degli step precedentemente descritti (sintesi degli indicatori di esito clinico e non clinico, analisi comparativa delle gare, sintesi

²⁰ A titolo di esempio, le associazioni di categoria dei pazienti sono state coinvolte, insieme ai professionisti clinici e agli operatori economici, nel disegno della strategia di gara della procedura ARIA_2021_010 per ausili monouso ad assorbimento per incontinenza. Nella determina (link) si legge che «In particolare, a seguito del confronto con le associazioni di categoria dei pazienti e con i professionisti del settore, è stato ritenuto importante apportare elementi di modifica e miglioramento rispetto alle gare pregresse e, pertanto, ragionare su elementi attinenti a:

- I prodotti offerti, valutando l'inclusione di prodotti finora non compresi nelle gare;
- Le modalità di definizione degli affidatari dell'appalto, permettendo una aggiudicazione contemporanea anche a più fornitori.»

degli spunti raccolti con i clinici) e con un doppio giro di tavolo per commenti e approfondimenti.

Si suggerisce, poi di elaborare e sintetizzare le informazioni raccolte nei diversi momenti di confronto e condividerle con il gruppo tecnico incaricato di scrivere il capitolato di gara. Una volta che il gruppo tecnico ha predisposto il disegno di gara, si suggerisce di prevedere un ulteriore momento di confronto con il mercato, anch'esso per fasi, con la raccolta di commenti scritti sulla documentazione resa disponibile seguita da incontri *one-to-one* con le imprese (step 6).

Un processo di preparazione di gare innovative così articolato potrebbe disorientare i membri della commissione giudicatrice. Per assicurare una piena comprensione degli obiettivi della gara, dei criteri di valutazione e della modalità di assegnazione dei punteggi, è fondamentale un briefing approfondito alla commissione giudicatrice da parte del RUP, possibilmente con il coinvolgimento anche dei membri del collegio tecnico. Potrebbe anche essere suggerito l'utilizzo di strumenti di supporto alla valutazione, come discusso nel caso successivo.

Raccomandazioni

Le due ricerche consentono di individuare alcune raccomandazioni.

1. La costruzione di gare con approccio orientato al valore richiede di coinvolgere un gruppo ampio di stakeholder che possa dare il suo contributo e portare prospettive diverse. Un confronto aperto tra chi acquista e il fornitore permette di condividere le strategie e gli obiettivi della gara e avere piena consapevolezza delle soluzioni disponibili sul mercato. I clinici costituiscono un tassello fondamentale del processo. I chirurghi della parete addominale e i chirurghi oftalmologi operanti nelle regioni le cui gare sono state approfondite hanno partecipato con un forte interesse ai focus group, apportando la propria prospettiva, ma anche allargando il campo di contributo attraverso ulteriori competenze, diverse rispetto a quelle a cui sono solitamente esposti. È emerso, tuttavia, come sia difficile motivare il clinico a partecipare ai collegi tecnici, ma che si possa perfezionare un sistema di incentivi non monetari che attirino l'attenzione e stimolino il loro contributo riducendo la possibilità di ritrosia ad essere coinvolti nelle procedure di gara, come la possibilità di contribuire all'estensione di linee guida per l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici da usare per la costruzione delle gare o realizzare pubblicazioni scientifiche a valle dei lavori dei collegi tecnici stessi. Inoltre, per riuscire a porre i pazienti al centro è necessario prendere in considerazione la loro voce e definire il loro contributo. Questo aspetto richiede la definizione di adeguate modalità di coinvolgimento, analogamente a quella utilizzata per i clinici.

2. L'importanza e il valore delle evidenze scientifiche. Le recenti disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale ai regolamenti europei sui dispositivi medici e sui diagnostici in vitro (decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 137, in vigore dal 28 settembre 2022) ribadiscono la volontà di «garantire che i processi decisionali del SSN siano informati da evidenze scientifiche sul potenziale impatto clinico, organizzativo, economico, sociale, legale ed etico dell'introduzione nella pratica clinica di tecnologie sanitarie» (art. 22 comma 1). Inoltre, prevede che, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto, le regioni e le province autonome, con un accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, stabiliscano «le modalità operative per rendere i procedimenti di acquisto più efficienti tenendo conto delle risultanze conseguenti all'esercizio delle funzioni di HTA [...] nonché sulla base degli obiettivi individuati dal Programma nazionale HTA» (art. 22 comma 3).
3. Portare negli acquisti sanitari logiche di valore secondo una prospettiva allargata, che tiene in considerazione non solo le ricadute economiche immediate delle scelte di acquisto sui bilanci degli erogatori e delle regioni, ma anche i costi e i benefici di medio e lungo periodo per la società nel suo complesso, non è automatico né semplice e richiede volontà, investimenti e tempo.
- (i) La programmazione sanitaria nazionale e regionale deve maturare la consapevolezza della necessità di passare da logiche di acquisto al prezzo più basso a logiche di acquisto di valore e della potenzialità di diffusione del VBPP. Questo deve tradursi in un mandato chiaro alle centrali regionali e ai soggetti aggregatori, anche supportato da un adeguato sistema di misurazione delle performance che vada al di là dei risparmi conseguiti.
- (ii) Portare logiche di HTA negli acquisti richiede poi un investimento in competenze: i soggetti coinvolti negli acquisti a livello regionale e aziendale debbono ricevere una adeguata formazione. Ancor più critica è la necessità di dotare di nuove competenze il personale sanitario, che è l'utilizzatore principale delle tecnologie sanitarie. Gli attuali percorsi di formazione universitaria sono focalizzati unicamente sugli aspetti clinici. Di conseguenza i professionisti sanitari, in partenza, sono carenti di quel set di competenze e di bagaglio culturale che consentirebbe loro di contribuire fattivamente alla generazione di valore attraverso la partecipazione ai collegi tecnici e alle commissioni di aggiudicazione. Oltre alla mancanza di competenze specifiche, il contesto attuale è caratterizzato da una generale mancanza di consapevolezza dell'importanza del loro contributo alla scrittura di buoni capitolati di gara. Il «sistema» ha, quindi, il dovere di mettere in campo tutte le azioni possibili per sensibilizzare i professionisti a svolgere un ruolo pivotale nel processo di gara creando al contempo incentivi adeguati.

- (iii) La creazione di valore per il paziente passa necessariamente attraverso l'identificazione delle dimensioni del valore e di come misurarlo, ma richiede anche un investimento in IT per ammodernare i sistemi informativi e automatizzare la raccolta routinaria di informazioni dettagliate sugli esiti dei pazienti, evitando in tal modo raccolte straordinarie di dati tramite registri ad hoc implementati per le singole iniziative di gara e che costituiscono un aggravio di lavoro per il personale deputato alla loro alimentazione.

Box 16.2 **La validità del VBPP oltre i confini del SSN²¹**

Gli elementi salienti per la costruzione del VBPP elaborati attraverso le ricerche – progettazione dell'iniziativa a partire dallo studio dell'*as-is* e del modello di diagnosi e cura dei pazienti, identificazione di criticità, colli di bottiglia e *unmet need*, definizione di ambiti di azione volti a correggere e migliorare le criticità riscontrate e specifiche linee di azione, confronto approfondito con il mercato – sono rintracciabili anche nel processo strategico e operativo seguito dall'Hospital Clínic di Barcellona nella gara pilota per la gestione completa, trasversale e multidisciplinare della stenosi valvolare aortica (progetto MITMEVA). Gli obiettivi che l'amministrazione si è posta con la gara trovano riscontro nei criteri di valutazione, che riflettono le linee di azione del progetto. Il caso prevede un meccanismo di condivisione del rischio, nella misura del 5% del valore della gara, che si attua attraverso un meccanismo di pagamento basato sul raggiungimento di alcuni risultati, misurati attraverso il sistema di indicatori su cui l'ospedale si è confrontata con il mercato in fase di consultazione preliminare. Questo caso conferma la validità del VBPP anche oltre i confini del SSN e quindi le sue potenzialità per una diffusione di logiche di acquisto value-based.

16.4.2 **Procurement sostenibile: il caso della gara guanti di ESTAR (Toscana)²²**

Una delle forme di procurement strategico in grado di generare VfS è il procurement cosiddetto sostenibile, cioè quello che integra, con modalità differenti, dimensioni di sostenibilità ambientale e sociale. Il ruolo del procurement

²¹ Per un approfondimento si veda G. Callea, Dall'innovazione di prodotto, all'innovazione organizzativa, all'appalto innovativo: il progetto pilota di gestione della stenosi valvolare aortica dell'Hospital Clínic de Barcelona, Teme 05-06/2023, pp. 26-31, link.

La gara ha previsto l'aggiudicazione secondo l'offerta economicamente più vantaggiosa con 96 punti attribuiti a criteri qualitativi, allineati con gli obiettivi che la gara si è prefissata, premianti le misure educative rivolte ai cittadini e ai pazienti che hanno ricevuto l'impianto di una valvola cardiaca, il programma di ottimizzazione del *referral* dei pazienti, la fornitura e la gestione dei materiali forniti, il sistema di supporto per la pianificazione dell'impianto di valvola aortica transcateretere (TAVI), il supporto logistico audiovisivo per la realizzazione di incontri multidisciplinari di valutazione diagnostica e della terapia da parte dell'*heart team*, il supporto digitale per il programma di riabilitazione pre- e post- intervento, il follow-up ed il monitoraggio per la valutazione dell'acquisto attraverso la raccolta di dati e il calcolo di indicatori per la valutazione del servizio.

²² Si ringraziano in particolare Paolo Torrico, Direttore Dipartimento Acquisizione Beni e Servizi, ed Erika Fiumalbi, UOC Metodi e Controlli – Dipartimento Farmaceutica e Logistica.

per contribuire al SDG n. 12 *sustainable consumption and production* è molto rilevante, sia a livello aziendale sia a livello dell'intera catena del valore. Il procurement pubblico sostenibile è poi considerato una vera e propria policy per generare innovazione, perché può stimolare il mercato a mettere a punto nuove soluzioni da integrare nella produzione di servizi pubblici, appunto più sostenibili, che possono poi essere scalate e utilizzate anche al di fuori della sfera pubblica. L'importanza di introdurre logiche di procurement sostenibili nella realizzazione di servizi sanitari deriva dagli impatti economici della supply chain (Yawar & Seuring, 2017), i cui costi ammontano a circa il 40% della spesa sanitaria complessiva (Bowen *et al.*, 2022). In Europa, le sole spese per servizi ancillari e per le forniture mediche ammontano al 23% della spesa sanitaria²³.

Il procurement pubblico può interiorizzare le dimensioni di sostenibilità in quattro momenti del ciclo dell'approvvigionamento:

1. in fase di qualificazione del fornitore (CHI partecipa) attraverso la definizione di requisiti speciali di partecipazione per potere inviare una propria offerta oppure essere invitati (art. 87 del nuovo Codice); questa fase potrebbe essere supportata da meccanismi di *vendor rating*, la cui applicazione al procurement nazionale è oggetto di un quaderno MASAN (Osservatorio MASAN, 2023);
2. in fase di definizione delle specifiche tecnico-funzionali (COSA si acquista) dei beni, servizi e lavori oggetto dell'appalto, facendo ricorso a etichettature come l'ecolabel o ad altri elementi spesso definiti dai criteri ambientali minimi (CAM) o, ancora, fattori collegati in modo specifico all'oggetto dell'appalto ritenuti rilevanti dall'amministrazione e argomentati in modo adeguato, per ridisegnare la catena del valore alleggerendo l'impatto ambientale e sociale;
3. durante la fase di valutazione delle offerte (COME si valuta), definendo ad esempio opportuni criteri premianti (art. 57 comma 2 e art. 108 comma 4) o valutando sulla base del costo del ciclo di vita (art. 108 comma 6);
4. in sede di esecuzione, definendo requisiti d'esecuzione e clausole contrattuali, nonché strumenti per il monitoraggio dei risultati conseguiti e degli impatti generati, anche volti all'applicazione di premi o penali.

La letteratura dedicata al procurement sostenibile in sanità è assai limitata (Bentahar *et al.*, 2023) e, in generale, quella riferita al procurement sostenibile pubblico indica come vi sia una tendenza all'isomorfismo istituzionale. Si tende, cioè, a utilizzare un approccio per lo più cosmetico o simbolico: viene assegnato solamente qualche punteggio premiale su temi ambientali e più re-

²³ Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf and nama_10_gdp), accesso luglio 2023.

centemente di tipo sociale, come per esempio la presenza femminile in posizioni apicali nelle strutture organizzative degli operatori economici, o ci si limita ad adottare gli standard imposti dalla legge. In Italia i CAM relativi alla sanità riguardano i servizi di ristorazione, pulizia e sanificazione, gestione del verde e dispositivi per incontinenza. Sul piano dei farmaci e dei dispositivi medici, la letteratura evidenzia ancora difficoltà nell'applicazione di metodi di valutazione e criteri per l'inclusione di aspetti ambientali all'interno di valutazioni HTA. Inoltre, la pluralità dei portatori di interesse che, direttamente o indirettamente, hanno voce e ruolo nella realizzazione dei servizi sanitari rende complessi l'identificazione e il bilanciamento degli elementi di sostenibilità lungo l'intero processo produttivo, nonché un monitoraggio sistematico e quindi affidabile.

Forme più avanzate si rilevano tra le utilities, spesso quotate, i cui sforzi sono trainati dalle politiche ESG (*Environment, Social, Governance*), e da alcune grandi aziende di stato, come RFI, che assegna un numero sempre più consistente di punti, in fase di valutazione, al profilo di sostenibilità del fornitore e alla sua capacità di gestire in modo sostenibile i cantieri.

Questi trend sono confermati anche da una survey condotta dall'Osservatorio MASAN nei mesi di aprile-maggio 2023, rivolta alle imprese associate, che costituiscono un campione rilevante di fornitori delle aziende sanitarie pubbliche italiane, e da alcune interviste ai buyer delle principali centrali di committenza regionali. La survey evidenzia non solo quanto emerge dalla letteratura scientifica, ma anche che il mercato sembra non essere ancora pronto, ad eccezione di alcuni casi, ad offrire prodotti e soluzioni sostenibili al di fuori di quanto previsto dai CAM. Inoltre, la sostenibilità sembra essere prevalentemente limitata alla dimensione corporate e fa fatica a guardare all'offerta di nuove soluzioni sostenibili per i propri clienti.

Tuttavia, alcuni segnali di cambiamento sono in atto, in Italia e all'estero e sono ascrivibili all'adozione di strategie di sostenibilità. Sempre di più sono le gare, sia di aziende sanitarie che di centrali, che introducono elementi di sostenibilità tra i criteri di valutazione. In genere, attraverso l'assegnazione di punteggi a certificazioni ambientali e ad altri elementi puntuali (spesso il packaging e i trasporti). Nel Regno Unito, l'NHS ha adottato una strategia per assicurare la transizione all'obiettivo Net-zero entro il 2045. In Italia, ESTAR, la centrale di committenza per il procurement sanitario della regione Toscana, è in procinto di elaborare una strategia di sostenibilità volta a guidare le scelte dei buyer.

Il caso

La gara per l'acquisto di guanti ad uso sanitario, pubblicata a dicembre 2022 da ESTAR, è composta da 14 lotti, ha un valore complessivo di 120 milioni di euro e copre un periodo di 48 mesi. Al momento in cui si scrive, sono in corso le operazioni di valutazione delle offerte. Il disegno di questa gara ha richiesto

circa un anno di lavoro e ha visto la collaborazione di un team di sei persone, con il supporto esterno dell'agenzia ambientale regionale (ARPAT). All'avvio della fase di disegno della strategia di gara, il team di approvvigionamento di ESTAR ha affrontato una decisione cruciale: replicare la procedura di gara precedente o perseguire l'innovazione? Optando per quest'ultima, ESTAR ha cercato di «alzare l'asticella» sugli aspetti ambientali e di sostenibilità in senso più ampio. Dalle parole del Direttore del dipartimento acquisti: «Nel mercato dei dispositivi di protezione personale, come i guanti, le caratteristiche tradizionali del prodotto potrebbero non essere sufficienti a catturare il valore, rischiando che la procedura di gara diventi un mero esercizio legale». È da notare che in Italia non esiste una regolamentazione specifica che impone l'utilizzo del procurement sostenibile per l'acquisto di guanti. Tuttavia, ESTAR ha tratto ispirazione dal CAM per i prodotti tessili, i dispositivi di protezione individuale e le mascherine, che pone l'attenzione su sostanze chimiche pericolose, etichette ecologiche, materiali riciclati e confezionamento.

Per garantire un approccio ben informato, ESTAR ha condotto una consultazione di mercato in due fasi: un primo incontro con i principali attori di mercato, seguito da un questionario. Questo scambio trasparente ha permesso al team di valutare non solo la preparazione del mercato riguardo alle sfide ambientali, ma anche la sua posizione su altre questioni di sostenibilità, in particolare i diritti civili e umani, dato che la produzione dei guanti avviene principalmente in paesi emergenti. In particolare, il dialogo con il mercato è stato utile per capire che molti produttori aderiscono ad associazioni internazionali che impongono, in logica di *self-regulation*, il rispetto di rigorose regole sui diritti umani che si applicano all'intera catena di fornitura. Di conseguenza, ESTAR ha deciso di estendere il focus della sostenibilità sia agli aspetti ambientali sia sociali. Inoltre, durante la consultazione, è emerso che certificazioni come SA8000 Accountability Sociale, UNI ISO 45001 Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, EMAS Schema di Eco-Gestione e Audit e ISO 14001 Sistema di Gestione Ambientale sono già piuttosto diffuse tra i fornitori. Pertanto, l'utilizzo solo delle certificazioni ambientali o di sostenibilità non avrebbe sfidato sufficientemente i *player* del mercato. Tuttavia, per evitare possibili ricorsi, spesso utilizzati per sostenere un approccio di procurement più conservativo o inclusivo, ESTAR ha scelto di utilizzare le certificazioni nell'ambito dei criteri premiali anziché come requisiti obbligatori di partecipazione.

Considerazioni simili sono state fatte anche per questioni come il consumo energetico e l'uso di fonti rinnovabili lungo la catena del valore, il consumo d'acqua, i sistemi di riciclo, la gestione avanzata dei rifiuti e il packaging eco-sostenibile (realizzato con materiali riciclati e utilizzando inchiostri a base d'acqua). Poiché questi fattori sono comuni ma non tutti presenti contemporaneamente, sono stati considerati come criteri di valutazione anziché come

requisiti funzionali. Per la dimensione sociale, sono stati considerati l'adozione di politiche di rispetto dei diritti umani, la partecipazione ad associazioni internazionali attive nella prevenzione del lavoro forzato e l'utilizzo di audit avanzati, anche non programmati, sulla supply chain dei produttori di guanti. Dopo la consultazione di mercato, è stato costruito il disciplinare di gara, prestando attenzione a tre aspetti cruciali: la scelta degli elementi ambientali e sociali rilevanti da utilizzare come criteri di valutazione, l'ammontare dei punteggi da assegnare e la definizione di una griglia per agevolare gli offerenti e la commissione di gara. ESTAR ha deciso di assegnare sette punti alle tematiche ambientali e sette punti a quelle sociali, con ulteriori dieci punti per la minore presenza di sostanze chimiche.

Nei documenti della procedura di gara è stata inserita una griglia per aiutare i partecipanti a fornire informazioni pertinenti per il processo di valutazione. Inoltre, ai partecipanti è stato richiesto di fornire spiegazioni dettagliate sulla catena del valore al fine di poter valutare l'impatto ambientale e sociale complessivo. La griglia è stata progettata anche per supportare la commissione di gara nelle proprie attività valutative. È importante notare che l'assegnazione dei punteggi non si basa su un approccio binario sì/no, che spesso è preferito nelle PA, come forma poco strategica di gestione del rischio. Invece, data la complessità degli elementi oggetto di valutazione, la griglia rappresenta un approccio più flessibile (e per certi aspetti innovativo) per mettere i valutatori nelle condizioni di apprezzare le differenze delle offerte in termini di sostenibilità e, quindi, di esprimere il giudizio in modo più oggettivo.

Lezioni apprese dal caso

Il caso consente di evidenziare cinque lezioni utili a comprendere condizioni organizzative e operative per attuare logiche di VBPP.

1. In Italia, l'acquisto di guanti ad uso sanitario non è supportato da CAM, ma ciò non ha frenato la stazione appaltante nel superare un approccio al procurement basato solo sull'utilizzo di certificazioni. La mancanza di regole vincolanti non è stata percepita come un limite, ma al contrario, come un'opportunità per andare oltre un mero esercizio legale. Le norme sul procurement sostenibile, come i CAM, possono rappresentare sia un'opportunità sia un limite. La letteratura scientifica ha enfatizzato l'importanza della regolamentazione nel supportare il procurement sostenibile (Ahsan & Rahman, 2017). Il caso, tuttavia, evidenzia che quando la normativa non è presente, oppure quando potrebbe essere obsoleta rispetto agli avanzamenti del mercato, è necessario adottare un approccio al procurement di tipo strategico se si intende «alzare l'asticella» sulla sostenibilità. Non è un caso che questo sia stato fatto da ESTAR che aveva già sperimentato alcune innovazioni in ambito VBP, come scritto sopra.

2. Serve una leadership strategica e ambidestra per passare a un procurement sostenibile più ambizioso. La leadership ambidestra (Uhl-Bien & Arena, 2018) si basa sulla capacità di bilanciare valori quali *compliance*, concorrenza, economicità, da un lato, e innovazione e *Value for Society* dall'altro. Come osservato dal Responsabile degli Approvvigionamenti di ESTAR, introdurre innovazioni in termini di sostenibilità è più difficile, rispetto alle innovazioni cliniche, perché manca consapevolezza tra gli utenti di beni e servizi; tuttavia chi acquista può assumere un ruolo di promotore efficace ponendo domande che ne stimolino la consapevolezza.
3. Il dialogo con il mercato gioca un ruolo fondamentale per ridurre l'asimmetria informativa e valutare «quanto può essere alzata l'asticella». Se ESTAR, ad esempio, avesse reso le certificazioni un requisito di qualificazione obbligatorio, avrebbe escluso alcuni fornitori, potenzialmente portando a un ricorso e ritardi nell'approvvigionamento. Inoltre, un ricorso con esito sfavorevole per la stazione appaltante avrebbe potuto incrementare l'avversione al rischio, ostacolando futuri avanzamenti al procurement sostenibile. Ma, soprattutto, il dialogo con il mercato ha consentito di apprezzare la necessità di valutare la sostenibilità, sia ambientale che sociale, non solo su alcuni elementi puntuali (come il packaging o i trasporti) ma sull'intera *value chain* e questo è l'elemento di grande novità e merito di questa procedura di gara.
4. Il caso dimostra che quando la sostenibilità ambientale e sociale viene incorporata nei criteri di selezione, è cruciale assegnare un punteggio non marginale, affinché possa rilevare effettivamente nella scelta del fornitore e non essere un mero esercizio formale. Sette punti alla sostenibilità ambientale e sette punti a quella sociale rappresentano un valore tra i più alti non solo nel panorama nazionale ma anche internazionale, come emerge dalla letteratura scientifica di riferimento. Inoltre, è da apprezzare la scelta di non aver utilizzato un sistema di valutazione di tipo binario, in considerazione del fatto che la sostenibilità è un concetto ampio e può essere declinata in modo differente, sia a livello strategico che operativo.
5. Per passare a un procurement più sofisticato, il team, la competenza e gli strumenti sono essenziali. Nel caso specifico, la scelta di introdurre uno strumento ad hoc (la griglia) per supportare la commissione di valutazione nell'analizzare le offerte appare davvero interessante nel panorama nazionale.

16.5 Conclusioni

Il capitolo evidenzia i principali risultati dell'attività di ricerca dell'Osservatorio MASAN condotta nel corso del 2022 e nel primo semestre del 2023. Due sono le principali attività dell'Osservatorio: (i) il monitoraggio del mercato del

procurement centralizzato e (ii) la ricerca collaborativa, secondo l'approccio «*Mode 2*», volta a co-generare evidenze e conoscenze per supportare la transizione da un procurement tradizionale e operativo ad un procurement strategico (secondo il modello del VBPP).

I dati di mercato confermano, come peraltro evidenziato anche nel Rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), che la centralizzazione ha raggiunto un plateau. La centralizzazione è stata introdotta in Italia per perseguire obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa (Vecchi *et al.*, 2019) e, quindi, *Value for Money* nella sua accezione più ristretta ma anche dominante a livello internazionale. Il monitoraggio conferma che il processo di centralizzazione può trovare applicazione, seppur in modo non immediato e non immune da fenomeni di isomorfismo, a beni e servizi standardizzabili (come farmaci e vaccini, che rappresentano le categorie che maggiormente assorbono l'attività delle centrali regionali). Più difficile è la sua applicazione a categorie merceologiche meno standardizzabili; o il cui valore-in-uso dipende da (i) fabbisogni e condizioni di contesto specifiche o (ii) innovazioni la cui introduzione richiede leadership, competenze specialistiche, collaborazione e dialogo tra gli stakeholder e apertura al cambiamento. Tuttavia, come già scritto in Cusumano *et al.* (2022), sono anche e proprio le centrali di committenza più avanti nel processo di centralizzazione che potrebbero liberare risorse e capacità, forti tra l'altro dell'esperienza maturata, per avviare sperimentazioni volte all'adozione di logiche di procurement più strategico. Il capitolo dedica la sua seconda parte ad alcuni casi sviluppati in seno all'Osservatorio e volti a comprendere e facilitare l'adozione del VBPP. La necessità di adottare logiche di valore nel procurement è stata affrontata nelle pagine del Rapporto OASI sin dal 2019 (Vecchi *et al.*, 2019, Cusumano *et al.*, 2020b, Cusumano *et al.*, 2021). Nel rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022) era stata data una prima definizione di VBPP, successivamente messo meglio a fuoco e operazionalizzato, anche grazie alle diverse ricerche sul campo condotte. In particolare, il capitolo propone le evidenze di due casi che consentono di apprezzare sia le modalità per definire il *business case*, quale strumento strategico per supportare le scelte di innovazione, sia le condizioni organizzative e le scelte operative per attuare uno specifico tipo di VBPP, cioè il procurement sostenibile.

Il primo caso è apprezzabile perché non solo descrive un metodo puntuale per la costruzione del *business case*, ma soprattutto perché il metodo proposto deriva da due simulazioni che dimostrano che il processo è fattibile e replicabile. La ricerca ha riguardato due merceologie diverse e ha coinvolto stakeholder clinici e non clinici nella costruzione «in vitro» del *business case*, cercando di simulare, in un ambiente neutro, il processo che dovrebbe essere effettivamente posto in essere per avviare una gara in logica VBPP. L'approccio può essere adottato sia a livello aziendale che a livello di centrale regionale. L'adozione a livello aziendale, tuttavia, potrebbe essere facilitata grazie alla maggior vicin-

nanza tra vertici strategici, funzione acquisti e stakeholder. Tuttavia, è indubbia, la necessità di skills avanzate, che dovrebbero essere disponibili a livello di SSN nel suo complesso e attivate a supporto delle gare locali, almeno in una prima fase di consolidamento.

Il secondo caso è apprezzabile in quanto riguarda una gara innovativa realizzata da una delle centrali che ha meglio saputo attuare il processo di centralizzazione e che dimostra, dunque, che le centrali più mature possono effettivamente diventare «hub di competenze» (traiettoria evolutiva indicata già in Amatucci *et al.*, 2018 e in Vecchi *et al.*, 2019). Inoltre, le lezioni apprese dal caso forniscono spunti, sia strategici che operativi, per stimolare un effettivo avanzamento del procurement sostenibile.

I casi consentono di definire quattro ingredienti salienti per attuare il VBPP.

1. L'importanza della leadership strategica; ciò significa che gli assessorati regionali devono selezionare con cura i manager a cui affidare la guida delle centrali.
2. Le competenze specialistiche di cui si devono dotare le centrali per far in modo che il valore clinico e la sostenibilità non siano un mero «*thicking the box*», ma possano davvero permeare le scelte di acquisto e quindi le strategie competitive del mercato; a tal proposito, e semmai in una fase di start up, le centrali più avanti e competenti potrebbero agire da «consulenti» delle altre, al fine di favorire un avanzamento del VBPP e del procurement sostenibile. Mobilitare competenze su sostenibilità ed HTA nel breve periodo è complesso.
3. La centralità dell'interlocazione preliminare con il mercato, non tanto come mero confronto volto anche a ridurre il rischio di ricorsi, quanto soprattutto come momento di dialogo e confronto costruttivo per rendere possibile una co-evoluzione del sistema e un mutuo apprendimento.
4. La necessità di ripensare il rapporto sistema informativi e procurement. Oggi la digitalizzazione nel procurement non può essere più solo intesa come dematerializzazione della gara ma, piuttosto, come messa a punto di sistemi che possano rendere più efficiente ed efficace, promuovendo lo svolgimento delle attività in parallelo e non in sequenza, l'intero processo della supply chain, comprese le fasi di monitoraggio e valutazione in itinere.

Da notare un punto molto importante. Introdurre cambiamenti richiede consenso e d'altra parte l'innovazione nel settore pubblico si genera anche per rispondere alle pressioni dell'ambiente esterno. Se gli stakeholder clinici e le associazioni di pazienti possono rappresentare un fulcro di queste pressioni al cambiamento per l'introduzione di gare con più attenzione al valore clinico, per quanto riguarda la sostenibilità ambientale e sociale è necessario una maggior sensibilizzazione delle organizzazioni sanitarie (Roman, 2017).

Infine, merita una considerazione la questione tempi. Se nella prima parte del capitolo sono stati evidenziati i lunghi tempi per aggiudicare le gare di alcune categorie merceologiche, nella seconda parte si sono proposte metodologie sofisticate e *time-consuming*. È evidente che su gare standard e tradizionali la variabile tempo dovrebbe essere gestita in modo efficiente; mentre, è accettabile, soprattutto in fase di start up, un investimento temporale maggiore per introdurre gare più sofisticate in logica VBPP.

16.6 Bibliografia

- Ahsan K. e Rahman S. (2017), «Green public procurement implementation challenges in Australian public healthcare sector», *Journal of Cleaner Production*, 152, pp.181-197.
- Alford J. e Hughes O. (2008), «Public value pragmatism as the next phase of public management», *The American Review of Public Administration*, 38(2), pp.130-148.
- Amatucci F., Callea G., Cusumano N., Longo F., Vecchi V. (2018), «La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Ansell C. e Gash A. (2008), «Collaborative governance in theory and practice», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), pp.543-71.
- Bentahar O., Benzidia S., Bourlakis M. (2023), «A green supply chain taxonomy in healthcare: Critical factors for a proactive approach», *The International Journal of Logistics Management*, 34(1), pp. 60-83.
- Bowen B., Galceran B. C., Karim S., e Weinstein W. (2022), «Optimizing health system supply chain performance», *McKinsey Insights*.
- Cheng W., Appolloni A., Amato A., Zhu Q. (2018), «Green public procurement, missing concepts and future trends – A critical review», *Journal of Cleaner Production*, 176, pp.770-784.
- Crosby B. C., 't Hart P., Torfing J. (2017), «Public value creation through collaborative innovation», *Public Management Review*, 19(5), pp. 655-669.
- Cusumano N., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., Longo F., Vecchi V. (2020), «Quaderno 02-2020 I tempi di gestione dei processi di approvvigionamento centralizzato», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Cusumano N., Vecchi V., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., Longo F. (2020), «Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Cusumano N., Vecchi V., Brusoni M., Callea G., Amatucci F., Longo, F. (2022), «Procurement sanitario: aggiornamento sullo stato della centralizzazione

- degli acquisti e tendenze emergenti nell'attuazione del PNRR», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea.
- Cusumano N., Vecchi V., Callea G., Amatucci F., Brusoni, M., Longo F. (2021), «Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- DiMaggio P.J. e Powell W.W. (1983), «The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-160.
- Drummond M., Griffin A., Tarricone R. (2009), «Economic evaluation for devices and drugs – same or different? », *Value Health*, 12(4), pp. 402-404.
- Gallagher M., Hares T., Spencer J., Bradshaw C., Webb, I. A. N. (1993), «The nominal group technique: a research tool for general practice?», *Family practice*, 10(1), pp. 76-81.
- Gibbons M.L., Limoges C., Nowotney H., Schwartman S., Scott P., Trow M. (1994), *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, Londra, Sage.
- Höglund L., Mårtensson M., Thomson K. (2021), «Strategic Management, Management Control Practices and Public Value Creation: The Strategic Triangle in the Swedish Public Sector», *Accounting Auditing and Accountability Journal*, 34(7), pp. 1608-1634.
- Hong S., Kim S. H., Kwon M. (2022), «Determinants of digital innovation in the public sector», *Government Information Quarterly*, 39(4), 101723.
- Jørgensen T. B. e Bozeman B. (2007), «Public values: An inventory», *Administration & Society*, 39(3), pp. 354-381.
- Meehan J., Menzies L., Michaelides R. (2017), «The long shadow of public policy; Barriers to a value-based approach in healthcare procurement», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 23(4), pp. 229-241.
- Moore M. H. (1995), *Creating public value: strategic management in government*, Harvard University Press.
- O'Flynn J. (2007), «From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications», *Australian Journal of Public Administration*, 66(3), pp. 353-366.
- Osservatorio MASAN (2023), «Costruire un sistema di riferimento del fornitore», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Robinson J. C. (2008), «Value-based purchasing for medical devices», *Health Affairs*, 27(6), pp. 1523-1531.
- Roman A. V. (2017), «Institutionalizing sustainability: A structural equation model of sustainable procurement in US public agencies», *Journal of Cleaner Production*, 143, pp. 1048-1059.
- Steenhuis S., Struijs J., Koolman X., Ket J., Van Der Hijden E. (2020), «Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Pay-

- ments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective», *The Milbank Quarterly*, 98(1), pp. 197–222.
- Stoker G. (2006), «Public value management: A new narrative for networked governance?», *The American Review of Public Administration*, 36(1), pp. 41-57.
- Struijs J. N. (2015), «How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands», *Harvard Business Review*.
- Uhl-Bien M. e Arena M. (2018), «Leadership for organizational adaptability: A theoretical synthesis and integrative framework», *The Leadership Quarterly*, 29(1), pp. 89-104.
- Van De Ven A. H. e Johnson P. E. (2006), «Knowledge for Theory and Practice», *The Academy of Management Review*, 31(4), pp. 802–821.
- Vecchi V., Amatucci F., Callea G., Cusumano N., Longo F. (2019), «Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea.
- Vecchi V., Cusumano N., Boyer E. J. (2020), «Medical supply acquisition in Italy and the United States in the era of COVID-19: the case for strategic procurement and public–private partnerships», *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), pp. 642-649.
- Vecchi V. (2023), «Partnership in sanità: why, what, how?», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Walker H., Harland C., Knight L., Uden C., Forrest S. (2008), «Reflections on longitudinal action research with the English National Health Service», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 14(2), pp. 136-145.
- Yawar S. A. e Seuring S. (2017), «Management of social issues in supply chains: A literature review exploring social issues, actions and performance outcomes», *Journal of Business Ethics*, 141(3), pp. 621-643.
- Zanotto B. S., Etges A. P. B. S., Marcolino M. A. Z., Polanczyk C. A. (2021), «Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review», *Journal of Healthcare Management*, 66(5), pp. 340–365.