

16 La performance della funzione acquisti nel SSN

di Niccolò Cusumano, Franco Luigi Zurlo, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Giuditta Callea, Ludovica Mager, Veronica Vecchi, Francesco Longo¹

16.1 Introduzione

La spesa per acquisti in beni e servizi e investimenti rappresenta circa un quarto del budget del SSN. L'analisi della modalità attraverso le quali sono gestiti gli approvvigionamenti è quindi fondamentale. La funzione acquisti, nonostante la sua centralità continua, tuttavia, a essere percepita come operativa anziché strategica. Scopo fondante dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MaSan) è quello di supportare, attraverso la produzione di evidenze, basate sull'analisi dei dati, lo studio dei casi e il confronto con gli stakeholder, il passaggio verso modelli evoluti di procurement per supportare l'innovazione e la sostenibilità del SSN.

Il capitolo presenta i risultati dell'attività di ricerca ed è strutturato in tre parti. La prima (§16.2), come di consueto, presenta l'aggiornamento sullo stato degli acquisti centralizzati in sanità. La seconda (§16.3) presenta un approfondimento sulla centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici e i possibili effetti sulla concentrazione del mercato. La terza (§16.4) illustra il processo collaborativo e interattivo di ricerca condotto dall'Osservatorio per la costruzione di un sistema di misurazione e analisi delle performance delle centrali di committenza e, più in generale, della funzione acquisti in sanità. La definizione

¹ Sebbene il capitolo sia frutto delle idee e del lavoro dell'intero team di ricerca dell'Osservatorio MASAN, il paragrafo 16.2 è stato scritto da Niccolò Cusumano con il supporto di Franco Luigi Zurlo; il paragrafo 16.3 è stato scritto da Giuditta Callea, il paragrafo 16.4 e le conclusioni sono state scritte da Niccolò Cusumano. La revisione complessiva del capitolo è stata curata da Manuela Brusoni, Giuditta Callea e da Veronica Vecchi. Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN). Gli autori ringraziano tutti i partecipanti all'Osservatorio MASAN per aver contribuito alla raccolta dei dati e alla discussione e interpretazione delle evidenze. L'analisi della concentrazione di mercato per le categorie merceologiche di pertinenza dei soggetti aggregatori è stata realizzata utilizzando una banca dati finanziata dalla Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute.

di un framework di analisi delle performance è, infatti, tra gli scopi fondativi dell'Osservatorio (Cusumano *et al.*, 2017) e questo capitolo analizza le modalità utilizzate per costruire uno strumento che possa realmente accompagnare e guidare i processi di evoluzione del procurement in logica di governance collaborativa.

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 2023. Il database è stato costruito con la metodologia descritta in Cusumano *et al.* (2021) usando come fonte gli open data dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC.² Rispetto all'analisi del 2021, sono state implementate alcune migliorie, soprattutto per quanto riguarda le definizioni delle macro-categorie merceologiche; sono stati fatti, inoltre, gli aggiornamenti necessari per considerare i mutati assetti istituzionali regionali. Il database è stato consolidato con i dati aggiornati al 31 dicembre 2023.³ In relazione alle macrocategorie merceologiche (es. dispositivi medici, farmaci, vaccini) si è fatto riferimento ai codici CPV (*Common Procurement Vocabulary*)⁴ presenti nel dataset ANAC, che sono molto granulari. È bene precisare che nel prosieguo si utilizzeranno in modo intercambiabile i termini acquisto e approvvigionamento.

Le analisi qui presentate sono state discusse con gli stakeholder e in particolare con le centrali regionali sia in incontri individuali sia in sessioni plenarie organizzate nell'ambito dell'Osservatorio MASAN.

16.2.2 Analisi

La Tabella 16.1 presenta i dati relativi al totale del valore delle gare per beni e servizi bandite da aziende sanitarie, centrali di committenza e soggetti ag-

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 agli anni 2021-2023, non inclusi in Cusumano *et al.* (2021), ma tutto il periodo 2013-2023 al fine di tenere conto dei possibili aggiornamenti da parte di ANAC di dati già inseriti. Tali aggiornamenti potrebbero determinare lievi differenze rispetto ai dati presentati nei capitoli di OASI degli anni precedenti.

⁴ Il *Common Procurement Vocabulary* (CPV) è un sistema di classificazione unico per gli appalti pubblici volto a unificare i riferimenti utilizzati dalle amministrazioni e dagli enti appaltanti per la descrizione dell'oggetto degli appalti. La versione attualmente in vigore è stata adottata dal regolamento CE n. 213/2008. Il vocabolario si basa su una struttura alfanumerica ad albero di codici che possono avere fino ad un massimo di 9 cifre (8 cifre più una di controllo). Per maggiori dettagli si veda <https://simap.ted.europa.eu/it/cpv>.

Tabella 16.1 **Gare per l'acquisto di beni e servizi per la sanità (miliardi di euro, anni 2013-2023, importo totale bandito)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	1,7	2,1	3,2	1,7	2,9	4,0	2,7	5,8	2,7	5,6	4,0
Valle d'Aosta	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
Lombardia	5,2	3,8	9,5	6,9	10,2	9,3	15,1	10,9	14,8	29,3	18,2
P.A. Bolzano	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,8	1,0	0,6	1,4	1,1	1,3
P.A. Trento	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	1,1	0,9
Veneto	1,6	1,4	3,0	1,9	5,2	2,9	4,9	5,5	7,7	4,5	5,6
FVG	0,4	1,3	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,5	3,0	1,7	1,9
Liguria	0,4	1,0	0,4	1,6	1,1	1,3	1,8	2,6	1,3	1,0	5,0
E-R	3,1	2,2	2,7	2,7	5,4	3,3	5,3	3,2	3,1	6,9	5,1
Toscana	1,2	2,2	1,5	2,6	9,3	3,7	5,0	3,3	8,4	3,9	4,5
Umbria	0,3	0,8	0,5	0,4	1,2	1,5	0,9	0,9	0,8	1,3	1,3
Marche	0,6	0,9	0,8	0,5	1,3	1,2	1,4	1,4	3,2	1,6	2,6
Lazio	2,3	2,8	1,2	5,6	4,7	1,9	3,8	5,6	3,9	4,4	3,8
Abruzzo	0,6	0,4	1,8	0,8	0,6	1,4	0,8	2,1	1,1	2,4	2,4
Molise	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Campania	1,8	2,3	3,7	6,9	7,5	3,7	2,8	6,5	6,4	5,5	5,3
Puglia	2,3	1,0	1,6	0,9	3,8	2,4	2,5	5,9	5,1	3,8	4,3
Basilicata	0,2	0,2	0,2	0,5	0,6	0,4	1,0	0,4	0,5	0,3	0,3
Calabria	1,3	0,5	0,5	0,4	1,5	0,8	0,2	0,3	0,6	0,7	3,2
Sicilia	4,4	2,3	1,8	5,9	8,9	4,5	3,4	4,6	8,1	5,7	6,0
Sardegna	0,9	0,7	1,2	2,5	2,5	1,5	1,8	3,3	1,7	2,7	2,3
Comm. Straord.								9,5	3,1	0,8	0,0
Consip	7,1	12,2	11,3	3,9	6,8	8,2	11,4	7,0	9,8	15,6	18,1
Totale	36,1	38,7	46,6	47,3	76,4	55,0	67,9	81,7	87,6	100,5	96,6
Variazione % vs. anno precedente		7,2%	20,4%	1,5%	61,5%	-28,0%	23,5%	20,3%	7,2%	14,7%	-3,9%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

gregatori regionali, Consip e Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19 per il periodo 2013-2023. Il valore comprende anche le procedure per acquisti inferiori a 40.000€. ⁵ Come già osservato in Cusumano *et al.* (2021, 2022) e in Vecchi *et al.* (2023) si assiste a due tendenze. In primo luogo, l'attività di approvvigionamento non segue un andamento costante, ma fluttua. Tali fluttuazioni possono essere imputate al rinnovo di accordi quadro e contratti in scadenza. Il lancio di una nuova gara farmaci pluriennale, che da sola può valere miliardi di euro, ben illustra il fenomeno. La seconda tendenza è l'aumento del valore delle gare (cosiddetto valore bandito), passate da 36,1 miliardi di euro nel 2013 a un picco di oltre 100,6 miliardi nel 2022 per poi scendere

⁵ 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.

leggermente nel 2023. Tale evoluzione dell'attività di approvvigionamento non trova altrettanto riscontro nell'evoluzione della spesa, ma si tratta di due unità di analisi diverse, per le seguenti ragioni:

1. Il valore della gara corrisponde al valore dell'intero contratto, comprese le opzioni. La traduzione in spesa richiede di dividere questo importo, al netto degli sconti offerti in gara, per il numero di anni di vigenza del contratto.
2. A fronte della continua incertezza sull'esatta entità dei fabbisogni, si tende a prevedere opzioni di acquisto in eccesso per evitare il rischio di vedere il contratto totalmente eroso prima del suo termine naturale; tuttavia, non necessariamente queste opzioni vengono esercitate.
3. Le centrali di committenza e/o soggetti aggregatori tendono ad aggiudicare accordi quadro e convenzioni, che non vincolano, però, le stazioni appaltanti ad acquistare quanto messo a gara; non necessariamente, quindi, il valore del bandito si riflette in spesa.
4. La coesistenza tra gare centralizzate e gare aziendali può portare a una parziale sovrapposizione o duplicazione del valore di bandito per la medesima categoria merceologica, che non necessariamente si traduce in valore di consumato/spesa effettiva. Tale coesistenza può essere riconducibile a diversi fattori. Il primo è legato alla difficoltà di strutturare gare centralizzate e ai maggiori tempi di aggiudicazione delle stesse, che possono indurre le aziende sanitarie a bandire gare aziendali per assicurare la continuità della fornitura. Un secondo fattore è legato all'esistenza di vincoli organizzativi e specifiche necessità di carattere clinico che determinano un fabbisogno specifico non sempre "copribile" da iniziative centralizzate.
5. Il miglioramento della qualità dei dati con l'estensione degli obblighi di tracciabilità, il ricorso a piattaforme digitali e la limitazione delle proroghe.

In ogni caso, il valore del bandito risente dell'evoluzione dei consumi sanitari e dei prezzi di acquisto e dell'introduzione di nuove tecnologie. Dinamiche, queste, che il procurement da solo non riesce a controllare e che dipendono in parte rilevante dall'appropriatezza prescrittiva e dalla programmazione sanitaria.

La Tabella 16.2 presenta il tasso di centralizzazione delle gare calcolato come quota di iniziative bandite da centrali di committenza e aggregazioni di aziende sanitarie sul totale delle procedure bandite a livello regionale, sia anno per anno sia come media 2021-2023. Il dato medio calcolato sul triennio è importante per apprezzare l'incidenza delle iniziative centralizzate in considerazione della durata pluriennale dei contratti.

Guardando i dati da una prospettiva nazionale complessiva, il tasso di centralizzazione sembra essersi assestato intorno al 62% nel 2023, raggiungendo in media il 67% nell'ultimo triennio considerando anche gli acquisti centralizzati tramite consorzi di aziende sanitarie. Questa soglia appare stabile ormai

da diversi anni. Come già evidenziato nell'analisi condotta da Cusumano *et al.* (2022), le regioni settentrionali mantengono, ad esclusione del Piemonte e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, una quota di gare centralizzate generalmente superiore al resto del Paese. Per le Province Autonome il risultato è influenzato dalla presenza di un'unica azienda sanitaria, per cui il processo di centralizzazione è connaturato alle scelte di assetto istituzionale. Toscana, Friuli-Venezia Giulia e, da quest'anno, Liguria, mostrano una quota media di iniziative centralizzate vicina al 90% nel triennio 2021-2023. Queste regioni, sin dal 2016, hanno registrato valori di centralizzazione molto elevati. Va fatto notare come nel 2023 la Liguria, a seguito della modifica dell'assetto istituzionale del sistema regionale degli acquisti centralizzati,⁶ abbia nuovamente incrementato il già elevato livello di centralizzazione degli anni precedenti, superando nuovamente la quota del 90% (l'ultima volta era stato nel 2020). Seguono Lombardia e Veneto, entrambe con valori intorno all'80%. Tra le regioni del sud, la Campania mostra dati di aggregazione molto alti e si conferma tra le più attive a livello nazionale, pur mostrando qualche segno di diminuzione nel 2022 e 2023. 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 in Toscana, EGAS-ARCS in Friuli-Venezia Giulia, Azienda Zero Veneto. Sicilia e Molise continuano, invece, a presentare dei ritardi. Regione Calabria, dopo uno stop dovuto all'introduzione dei decreti Calabria, sembra mostrare segni di ripresa nell'attività di centralizzazione.

Rispetto agli scorsi anni, la Tabella 16.2 si arricchisce offrendo il dettaglio anche dell'operato di aggregazioni a livello subregionale (es. aree vaste emiliane e siciliane, consorzi lombardi, quadranti piemontesi, aree vaste siciliane). Questo fenomeno appare particolarmente marcato in Emilia-Romagna, dove rappresenta il 14% degli acquisti centralizzati, Sicilia (9%), Lombardia e Piemonte (8%).

La Tabella 16.3 presenta sempre il tasso di centralizzazione, ma questa volta misurando il valore dei contratti discendenti da accordi quadro e convenzioni banditi dalle centrali di committenza e soggetti aggregatori e attivati dalle aziende sanitarie, sul valore totale delle aggiudicazioni. Questa rappresentazione offre un quadro più preciso del reale livello di centralizzazione degli acquisti perché mostra quanto effettivamente le aziende ricorrano agli strumenti di acquisto e negoziazione messi a disposizione da una centrale o soggetto aggregatore. In media, il tasso di centralizzazione così calcolato risulta leggermente inferiore al precedente, attestandosi intorno al 60%. Tale risultato è

⁶ 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 **Tasso di centralizzazione delle gare (anni 2016-2023, quota delle iniziative centralizzate/aggregate sul totale dei contratti superiori a 40.000€)**

Regioni		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Media 2021-2023
Piemonte	Centrali	31%	56%	70%	44%	73%	48%	46%	49%	48%
	Consorzi	24%	8%	10%	12%	6%	14%	10%	1%	8%
	Totale	54%	64%	80%	57%	78%	62%	56%	50%	55%
Valle d'Aosta	Centrali	39%	41%	52%	5%	48%	37%	49%	89%	67%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%
	Totale	39%	41%	52%	5%	55%	37%	49%	89%	67%
Lombardia	Centrali	77%	79%	56%	78%	79%	72%	88%	65%	78%
	Consorzi	6%	7%	18%	13%	7%	16%	6%	6%	8%
	Totale	84%	85%	74%	91%	87%	88%	94%	71%	86%
P.A. Bolzano	Centrali	15%	22%	20%	40%	24%	70%	19%	6%	33%
	Consorzi	35%	9%	16%	5%	16%	6%	3%	0%	3%
	Totale	50%	31%	36%	45%	40%	76%	23%	6%	36%
P.A. Trento	Centrali	31%	31%	21%	16%	7%	18%	26%	10%	19%
	Consorzi	0%	0%	3%	9%	3%	6%	1%	0%	2%
	Totale	31%	31%	23%	26%	10%	25%	28%	10%	21%
Veneto	Centrali	45%	84%	66%	78%	82%	87%	70%	71%	78%
	Consorzi	3%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	0%
	Totale	48%	85%	66%	79%	82%	87%	71%	71%	78%
FVG	Centrali	91%	83%	93%	92%	89%	93%	89%	76%	87%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%
	Totale	91%	83%	93%	92%	91%	93%	89%	76%	87%
Liguria	Centrali	91%	79%	88%	86%	90%	78%	73%	94%	89%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Totale	91%	79%	88%	86%	90%	78%	73%	94%	89%
E-R	Centrali	47%	72%	65%	77%	47%	45%	65%	50%	56%
	Consorzi	29%	16%	18%	12%	16%	30%	14%	4%	14%
	Totale	76%	88%	83%	89%	63%	75%	79%	54%	70%
Toscana	Centrali	99%	98%	92%	93%	82%	97%	94%	98%	97%
	Consorzi	0%	0%	0%	1%	4%	0%	1%	0%	0%
	Totale	99%	98%	92%	94%	85%	97%	96%	98%	97%
Umbria	Centrali	39%	82%	60%	60%	47%	58%	82%	73%	73%
	Consorzi	12%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
	Totale	51%	82%	60%	62%	47%	58%	82%	73%	73%
Marche	Centrali	5%	65%	62%	49%	56%	75%	52%	68%	68%
	Consorzi	20%	10%	10%	20%	12%	11%	9%	1%	7%
	Totale	25%	75%	72%	69%	68%	86%	61%	69%	75%
Lazio	Centrali	85%	75%	45%	70%	73%	64%	63%	51%	59%
	Consorzi	1%	5%	4%	3%	4%	3%	2%	0%	2%
	Totale	85%	80%	50%	74%	77%	67%	65%	51%	61%
Abruzzo	Centrali	24%	25%	45%	19%	59%	24%	68%	76%	64%
	Consorzi	15%	15%	1%	0%	5%	2%	3%	0%	2%
	Totale	39%	40%	46%	20%	64%	26%	71%	76%	65%

Tabella 16.2 (segue)

Regioni		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Media 2021-2023
Molise	Centrali	68%	71%	64%	14%	81%	13%	12%	19%	14%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Totale	68%	71%	64%	14%	81%	13%	12%	19%	14%
Campania	Centrali	77%	92%	67%	65%	80%	80%	72%	66%	73%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	2%	1%
	Totale	77%	92%	67%	65%	81%	81%	72%	68%	74%
Puglia	Centrali	31%	68%	23%	34%	66%	63%	66%	73%	67%
	Consorzi	6%	5%	5%	4%	2%	5%	1%	0%	2%
	Totale	37%	73%	29%	38%	68%	68%	67%	74%	69%
Basilicata	Centrali	86%	83%	76%	93%	79%	81%	73%	54%	74%
	Consorzi	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Totale	86%	83%	77%	93%	80%	81%	73%	54%	74%
Calabria	Centrali	75%	92%	69%	22%	0%	57%	37%	80%	70%
	Consorzi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Totale	75%	92%	69%	22%	0%	57%	37%	80%	70%
Sicilia	Centrali	84%	85%	61%	69%	65%	74%	40%	43%	55%
	Consorzi	1%	6%	25%	14%	3%	9%	19%	0%	9%
	Totale	86%	92%	85%	83%	68%	83%	60%	43%	64%
Sardegna	Centrali	63%	55%	24%	51%	76%	58%	82%	68%	71%
	Consorzi	14%	6%	25%	6%	4%	4%	0%	4%	2%
	Totale	76%	61%	49%	58%	80%	62%	83%	72%	74%
Totale	Centrali	57%	68%	58%	55%	62%	62%	60%	61%	64%
	Consorzi	8%	4%	7%	5%	4%	5%	3%	1%	3%
	Totale	65%	73%	65%	60%	66%	67%	64%	62%	67%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

per certi aspetti fisiologico in quanto interiorizza la mancata aggiudicazione di iniziative centralizzate o la mancata erosione. Anche in questo caso il livello di centralizzazione rimane particolarmente elevato per le regioni della Toscana, Friuli-Venezia Giulia e Liguria.

Per quanto riguarda, invece, le categorie merceologiche su cui insistono gli acquisti centralizzati (Figura 16.1), nel periodo 2016-2023 il 65,7% del valore totale delle aggiudicazioni fa riferimento ai farmaci, seguito dai dispositivi medici (10,6%) e dai servizi (6,2%). Come si è già avuto modo di notare nei precedenti capitoli OASI a cura dell'Osservatorio MASAN, la notevole incidenza dei farmaci sul totale degli acquisti centralizzati è dovuta a tre motivi: 1) i farmaci sono interamente soggetti ad obbligo di acquisto da parte dei soggetti aggregatori;⁷ 2) si tratta della principale voce di spesa in termini di valore; 3) è forse la categoria che presenta il più elevato grado di standardizzabilità dei

⁷ Ai sensi dei DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

Tabella 16.3 **Tasso di centralizzazione delle aggiudicazioni (anni 2016-2023, quota dei contratti discendenti da accordi quadro e convenzioni centralizzate sul totale dei contratti aggiudicati di valore superiore a 40.000€)**

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Media 2021-2023
Piemonte	56%	33%	72%	41%	75%	46%	40%	65%	50%
Valle d'Aosta	20%	16%	50%	10%	17%	14%	55%	37%	34%
Lombardia	38%	39%	35%	59%	68%	39%	71%	58%	58%
P.A. Bolzano	2%	16%	3%	11%	15%	17%	8%	5%	8%
P.A. Trento	1%	1%	20%	24%	32%	10%	19%	11%	14%
Veneto	16%	30%	88%	42%	69%	81%	68%	66%	73%
FVG	72%	62%	94%	85%	77%	91%	89%	81%	88%
Liguria	56%	80%	84%	57%	84%	76%	89%	65%	82%
E-R	32%	62%	55%	80%	43%	50%	51%	82%	65%
Toscana	96%	97%	84%	90%	87%	98%	95%	96%	97%
Umbria	2%	26%	50%	74%	43%	48%	77%	76%	71%
Marche	1%	16%	62%	49%	49%	21%	84%	64%	67%
Lazio	59%	81%	50%	61%	60%	82%	76%	83%	80%
Abruzzo	1%	19%	25%	7%	43%	58%	36%	47%	49%
Molise	44%	1%	1%	29%	91%	37%	38%	50%	42%
Campania	89%	94%	87%	78%	88%	86%	43%	71%	75%
Puglia	13%	4%	34%	52%	53%	64%	66%	78%	69%
Basilicata	83%	17%	81%	75%	88%	58%	79%	60%	69%
Calabria	65%	42%	76%	12%	81%	69%	40%	33%	48%
Sicilia	1%	83%	89%	63%	55%	59%	68%	68%	65%
Sardegna	0%	51%	63%	49%	51%	83%	75%	75%	79%
Totale	36%	41%	57%	50%	60%	57%	60%	60%	61%

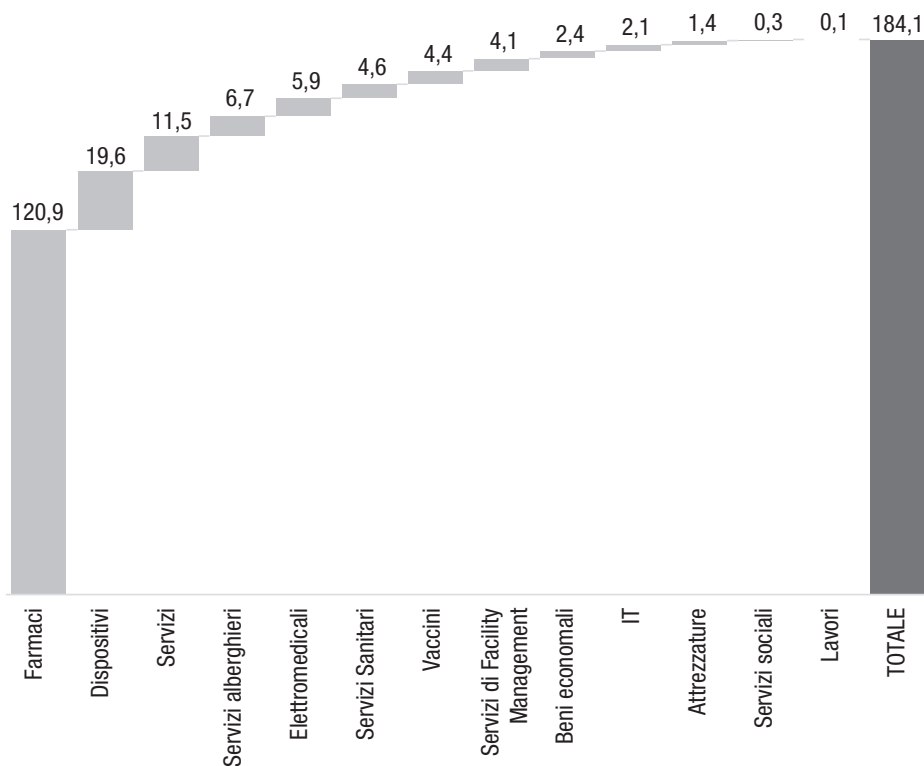
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

prodotti e di relativa semplicità nella gestione della procedura di acquisto, essendo interamente aggiudicata attraverso la formula del minor prezzo. Questa apparente semplicità nasconde, tuttavia, notevoli complessità nella definizione dei fabbisogni: l'introduzione di nuovi prodotti e l'evoluzione delle terapie modificano in modo pressoché costante i comportamenti di consumo rendendo difficile stimare i quantitativi. Questa classe merceologica presenta notevoli rischi di fornitura legati a gare deserte o carenze che possono portare a ritardi o mancate consegne, e quindi a rotture di *stock*.

La Tabella 16.4 mostra il tasso di centralizzazione, a livello di procedure bandite, negli approvvigionamenti dei beni e servizi da DPCM.⁸ Una misura di questo tipo permette di valutare quanto i soggetti aggregatori di ogni regione coprano attraverso le proprie iniziative le categorie merceologiche per cui la

⁸ DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

Figura 16.1 **Acquisti per categoria merceologica (importo aggiudicato per acquisti superiori a 40.000€, miliardi di euro, anni 2016-2023)**



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.

centralizzazione è obbligatoria. In varie regioni il tasso di copertura è prossimo al 90%. In particolare, Toscana e Friuli-Venezia Giulia mantengono il primato già evidenziato nel Rapporto OASI 2022 e 2023 (Cusumano *et al.*, 2022 e Vecchi *et al.*, 2023), con oltre il 95% di acquisti centralizzati. A registrare, invece, i valori più bassi troviamo nuovamente le Province Autonome di Trento e Bolzano, Valle d'Aosta e Molise, i contesti in cui la centralizzazione avviene a livello aziendale e non regionale, essendo presente un'unica azienda sanitaria per l'intero territorio⁹. In questi casi sono quindi le aziende a comprare direttamente oppure a ricorrere – date le dimensioni – a iniziative di altri soggetti, fenomeni questi non tracciati in questa elaborazione. Questi dati confermano i valori complessivi illustrati in Tabella 16.2.

⁹ Nelle Province di Trento e Bolzano troviamo, infatti, ASDAA e APAT, in Valle d'Aosta l'AUSL Valle d'Aosta in Molise ASREM.

Tabella 16.4 **Tasso di centralizzazione nelle categorie merceologiche da DPCM (anni 2016-2023, quota delle iniziative centralizzate sul totale dei contratti superiori a 40.000€)**

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Media 2021-2023
Toscana	100%	100%	100%	100%	98%	100%	99%	99%	99%
FVG	90%	98%	96%	95%	94%	99%	96%	92%	95%
Veneto	74%	95%	91%	90%	95%	97%	91%	97%	95%
Lombardia	90%	95%	90%	96%	93%	94%	97%	91%	94%
Campania	96%	97%	70%	83%	95%	97%	93%	93%	94%
Sardegna	88%	78%	58%	88%	95%	88%	97%	94%	93%
Lazio	97%	92%	90%	95%	96%	90%	96%	84%	90%
Piemonte	73%	92%	96%	89%	96%	90%	90%	87%	89%
Puglia	44%	83%	34%	54%	88%	85%	89%	90%	88%
Marche	0%	96%	33%	75%	82%	93%	80%	90%	88%
Valle d'Aosta	1%	70%	52%	6%	32%	78%	93%	91%	87%
Umbria	73%	93%	94%	74%	71%	80%	92%	86%	86%
E-R	73%	84%	88%	94%	86%	76%	93%	86%	85%
Liguria	96%	86%	95%	89%	95%	85%	58%	98%	80%
Abruzzo	67%	71%	70%	35%	85%	52%	89%	96%	79%
Basilicata	85%	87%	85%	97%	82%	87%	43%	77%	69%
Calabria	92%	98%	89%	53%	0%	33%	48%	92%	58%
Sicilia	99%	98%	96%	92%	94%	89%	69%	6%	55%
P.A. Bolzano	2%	2%	0%	2%	1%	3%	13%	0%	5%
P.A. Trento	13%	41%	0%	0%	1%	6%	0%	0%	2%
Molise	0%	86%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Totale	91%	93%	84%	89%	91%	92%	92%	90%	91%

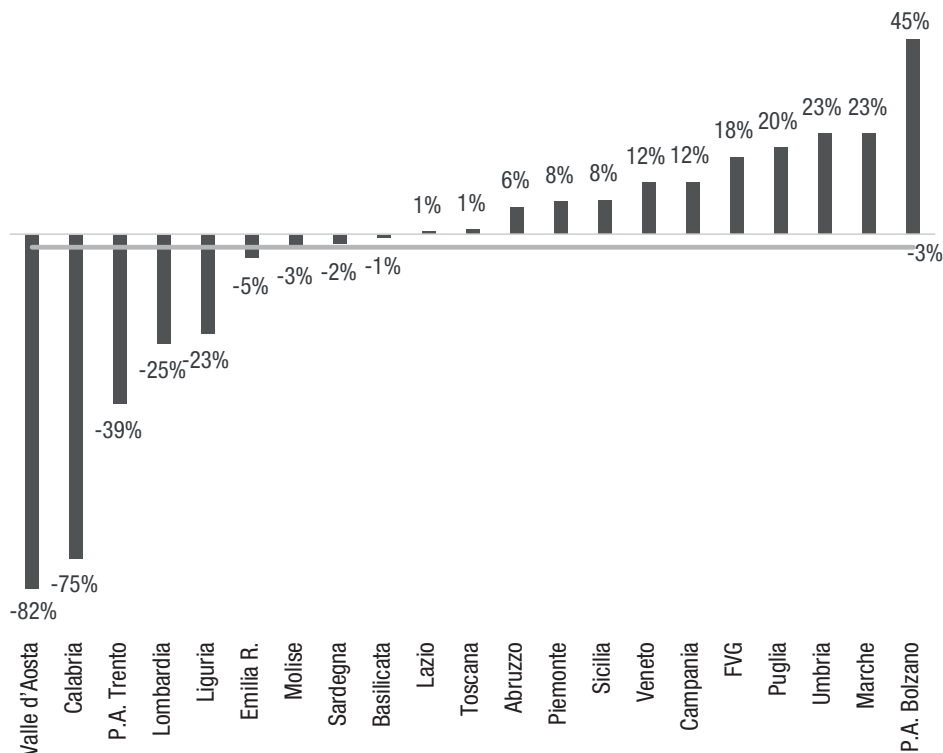
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

Per valutare l'efficacia dell'attività di approvvigionamento delle centrali di committenza e soggetti aggregatori, è interessante analizzare il confronto tra il valore degli accordi quadro e convenzioni da essi aggiudicati e il valore degli appalti specifici discendenti.¹⁰ Tale analisi è possibile mettendo in relazione i lotti di accordi quadro e convenzioni centralizzate così come identificati dai propri Codici Identificativi di Gara (CIG cosiddetti "padri") e gli appalti specifici o ordini di fornitura identificati dai CIG "derivati" o "figli" (Figura 16.2). Confrontando il valore del lotto all'aggiudicazione e il valore dei contratti che da esso discendono si può misurarne l'effettivo scostamento.¹¹ Ri-

¹⁰ Il periodo di riferimento è il quadriennio 2016-2019 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.

¹¹ L'accordo quadro indica il valore stimato dell'intera operazione contrattuale. Valore a cui l'Amministrazione che lo stipula non è vincolata. L'appalto specifico rappresenta, invece, il va-

Figura 16.2 **Scostamento in valore percentuale tra importo aggiudicato degli accordi quadro / convenzioni nel periodo 2016-2019 da parte delle centrali di committenza e valore degli appalti discendenti superiori ai 40.000€ fino al 31/12/2023**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

petto alle elaborazioni condotte nel capitolo OASI 2023 (Vecchi *et al.*, 2023), quest'anno sono state apportate alcune modifiche alla metodologia di analisi che permettono una riconduzione più precisa tra i CIG "padri" e i CIG "figli" da essi discendenti. In media, dal 2016 al 2023 il valore degli accordi quadro e convenzioni aggiudicati è superiore di circa il 3% al valore degli appalti specifici che discendono da essi. Tuttavia, questo valore medio è frutto di una variabilità regionale molto ampia. Sebbene la maggior parte delle regioni si posizioni in un range di variazione contenuta entro il margine di $\pm 20\%$, che può essere considerata fisiologica, alcune si discostano in maniera più significativa. Le possibili ragioni di tali scostamenti sono state discusse negli incon-

lore che effettivamente l'Amministrazione si impegna a ordinare, fermo restando che il valore effettivo degli ordinativi potrebbe ulteriormente variare.

tri con gli stakeholder organizzati dall'Osservatorio MASAN. Un primo tema emerso, e che contribuisce a spiegare almeno parte della variazione in questo contesto, è rappresentato dalla qualità del dato con l'omessa indicazione del CIG dell'accordo quadro o convenzione. Un secondo fattore è dato dagli acquisti inferiori ai 40.000 euro (i cosiddetti SMARTCIG o CIG semplificati), per i quali il tracciato ANAC non prevedeva 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 una 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 sanitarie sia da parte dei soggetti aggregatori. Il Nuovo Codice ha superato il sistema CIG/SMARTCIG comportando l'estensione del tracciato completo a tutte le procedure, indipendentemente dal valore del contratto,¹² la modifica nel processo di acquisizione del CIG (che non avviene più a monte della procedura bensì all'interno della stessa per il tramite della medesima piattaforma riducendo quindi il rischio di errore) e l'attribuzione del valore di pubblicità legale ai dati pubblicati in piattaforma e trasmessi alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici.¹³ Tali modifiche sicuramente contribuiranno a migliorare la qualità del dato.

Per quanto riguarda, infine, le tempistiche per la selezione del fornitore, si conferma un trend discendente (Tabella 16.5), così come evidenziato nelle analisi degli anni precedenti (Cusumano *et al.*, 2021 e 2022 e Vecchi *et al.*, 2023), con tempi superiori per le gare centralizzate (in media 141 giorni) rispetto a quelle aziendali (in media 114 giorni). La discussione dei dati qui presentati con i rappresentanti delle centrali e dei soggetti aggregatori aderenti alla Community MASAN ha evidenziato il ruolo positivo giocato dall'esperienza accumulata che, dopo la fase iniziale di *start-up*, ha consentito l'adozione di strategie di gara che consentono di ottimizzarne le tempistiche, prevedendo, ad esempio, un numero di lotti ritenuto "gestibile" o il ricorso crescente all'accordo quadro. Inoltre, hanno giocato un ruolo importante l'assestamento degli orientamenti della giurisprudenza e un quadro regolatorio progressivamente più definito. Un incentivo ulteriore è dato, infine, dalla previsione nel Nuovo Codice di termini precisi per l'espletamento delle procedure.¹⁴

Entrando nel dettaglio delle categorie merceologiche, a richiedere tempi maggiori per le gare aziendali nel triennio 2021-2023 si confermano i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali. Le gare per la fornitura di far-

¹² Fanno eccezione in via transitoria fino al 31/12/2024 gli acquisti inferiori ai 5.000€.

¹³ Art. 27 D.lgs 36/2023

¹⁴ Art. 17 c.3 e Allegato I.3 del Codice

Tabella 16.5 **Durata media (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2023**

	Categorie merceologiche	Anni								Media 2021-2023
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Aziende	Attrezzature	228	151	184	142	96	87	87	54	79
	Beni economici	95	102	153	104	102	113	108	50	99
	Dispositivi	274	310	320	357	197	197	162	66	160
	Elettromedicali	144	155	171	154	111	147	103	61	117
	Farmaci	92	56	63	102	102	80	62	36	63
	IT	69	78	73	67	63	61	56	41	54
	Lavori	69	55	132	78	45	41	29	30	33
	Altri servizi	101	98	94	97	78	83	54	43	61
	Servizi Sanitari	124	110	122	74	92	85	73	45	72
	Servizi alberghieri	103	145	97	105	95	84	68	57	72
	Servizi di Facility Management	101	99	99	108	92	99	63	40	74
	Servizi sociali	103	175	256	167	112	149	73	42	95
	Vaccini	91	77	29	49	79	41	32	39	37
Aziende (tempi medi)		183	194	208	234	143	145	114	53	114
Centrali	Attrezzature	202	320	330	300	157	174	222	99	175
	Beni economici	171	183	102	122	84	138	136	111	133
	Dispositivi	526	509	352	449	332	328	231	116	259
	Elettromedicali	220	358	259	330	162	185	213	101	185
	Farmaci	162	234	113	135	111	114	118	57	109
	IT	139	170	154	107	101	132	105	56	113
	Lavori	180	124	171	108	160	85	43	175	76
	Altri servizi	189	218	205	265	198	133	116	73	115
	Servizi Sanitari	170	321	212	189	197	213	146	126	179
	Servizi alberghieri	369	777	526	407	407	315	193	61	245
	Servizi di Facility Management	381	512	276	427	219	158	169	73	157
	Servizi sociali	66	72	155	134	128	105	153	136	114
	Vaccini	92	212	114	74	65	44	72	54	58
Centrali (tempi medi)		245	304	189	234	150	156	144	73	141
Totale (tempi medi)		206	237	202	234	147	149	124	58	123

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

maci e vaccini, aggiudicati tendenzialmente al prezzo più basso, comportano 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 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 31/12/2023 un volume di gare di 8,4 miliardi di euro non risulta aggiudicato 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.*, 2020a).

È bene sottolineare, come già scritto in passato, che queste tempistiche non considerano i tempi di progettazione che, specialmente nelle gare centralizzate, per alcune categorie merceologiche, possono dilatarsi a causa dei tempi di formazione dei tavoli tecnici, della presenza / assenza di orientamenti strategici a livello aziendale/regionale, della complessità dell'oggetto d'acquisto e della disponibilità di dati sui fabbisogni. Dai dati raccolti dall'Osservatorio MASAN presso le centrali di committenza aderenti, la progettazione della gara, dalla nomina del collegio tecnico alla predisposizione del capitolato, può richiedere fino a 430 giorni.

La Tabella 16.6, che presenta il numero medio di offerte ricevute nelle procedure di gara,¹⁵ evidenzia una sostanziale stabilità lungo l'orizzonte temporale considerato, ad eccezione del 2023, anno in cui sembrerebbe verificarsi un calo. Il condizionale è d'obbligo, posto che, in assenza di eventi esterni rilevanti, tale valore potrebbe essere il risultato di una cattiva qualità del dato.¹⁶ Dai dati non sembrano esserci differenze rilevanti tra il numero di offerte nelle gare aziendali e in quelle centralizzate. Si assiste, invece, a differenze nella partecipazione tra categorie merceologiche, con alcuni settori più concorrenziali di altri. Il numero medio minore di offerte si registra per le gare farmaci e vaccini, quello maggiore nei lavori e servizi. Interessante notare come, nei lavori, si assista a una partecipazione maggiore nelle gare aziendali rispetto a quelle centralizzate, mentre l'opposto si verifica per le gare aventi ad oggetto i servizi alberghieri. Sotto questo profilo non sembrerebbe che la centralizzazione abbia comportato un impatto negativo sul mercato in termini di riduzione del numero di imprese. Tuttavia, i numeri evidenziano come il mercato in sanità sia relativamente concentrato. Tale concentrazione può essere "relativa" dal momento in cui l'articolazione in lotti di gara va a intercettare nicchie più o meno ampie di mercato all'interno delle quali opera un numero ridotto di imprese fornitrici molto specializzate e non necessariamente si riscontra in concentrazioni a livello di settore più ampio.

¹⁵ Il numero medio di offerte ricevute considera sia le offerte incluse sia quelle escluse per gare aggiudicate (non sono state considerate nel calcolo le gare andate deserte o non aggiudicate) ed eseguite tramite procedura aperta e ristretta o sistema dinamico di acquisizione (sono state escluse le procedure negoziate e gli affidamenti diretti).

¹⁶ Si era verificato un calo delle gare centralizzate solo nel 2020, primo anno di pandemia, contrapposto a un aumento del numero di offerte nelle gare aziendali.

Tabella 16.6 **Numero medio di offerte ricevute nelle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2023**

Categorie merceologiche	Anni									Media 2021-2023
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Aziende	Attrezzature	2,9	4,1	2,5	2,8	2,9	3,5	2,6	2,2	2,9
	Beni economici	3,6	2,8	3,2	2,2	2,5	2,2	2,5	2,9	2,6
	Dispositivi	3,4	3,1	2,5	2,4	3,9	2,8	2,1	1,9	2,8
	Elettromedicali	2,6	2,8	4,5	2,5	2,0	1,9	2,3	1,7	2,5
	Farmaci	3,3	1,6	1,7	1,5	1,3	1,7	1,6	1,5	1,6
	IT	2,5	2,2	2,0	2,5	2,6	2,0	1,7	1,5	2,1
	Lavori	2,8		11,5	9,3	1,0	1,5	4,5	1,0	6,4
	Altri servizi	3,9	4,6	3,6	3,1	3,3	2,4	2,6	2,0	3,2
	Servizi Sanitari	2,4	4,1	2,5	2,3	5,4	2,4	1,9	1,7	2,9
	Servizi alberghieri	5,6	4,6	3,4	3,2	2,9	1,6	1,9	1,8	3,4
	Servizi di Facility Management	6,6	3,9	4,1	3,4	5,1	5,1	4,7	1,9	4,5
	Servizi sociali	4,1	3,2	3,2	2,4	2,5	1,8	2,0	2,0	2,5
	Vaccini		2,2	1,2	1,2	1,3	1,0	3,0	5,0	1,9
	Aziende (num. medio offerte)	3,4	3,1	2,8	2,4	3,3	2,5	2,1	1,8	2,7
Centrali	Attrezzature	2,5	2,8	4,3	2,2	2,9	2,8	2,9	2,5	2,9
	Beni economici	3,0	2,3	2,0	2,0	2,8	3,7	4,2	2,2	2,8
	Dispositivi	3,1	3,1	2,7	2,5	2,8	3,0	2,7	1,8	2,8
	Elettromedicali	2,7	2,9	2,9	3,4	2,5	2,5	2,9	1,5	2,7
	Farmaci	1,5	3,2	1,6	2,4	1,6	3,4	2,1	1,3	2,3
	IT	3,6	5,6	2,8	1,5	1,8	3,1	2,1	1,9	2,4
	Lavori	8,0	1,0	3,2	3,0	2,1	5,3			2,9
	Altri servizi	4,1	3,8	3,7	3,3	3,3	3,2	4,4	2,8	3,7
	Servizi Sanitari	3,5	2,8	2,5	2,6	3,6	2,0	2,6	1,7	2,6
	Servizi alberghieri	10,1	7,9	8,7	12,0	13,7	7,8	3,7	1,6	9,3
	Servizi di Facility Management	4,7	3,9	3,5	4,5	6,1	5,7	4,2	1,3	4,7
	Servizi sociali	3,7		1,0	2,1	2,2	1,2	1,5	1,0	1,8
	Vaccini	1,3	1,3	1,7	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4
	Centrali (num. medio offerte)	2,1	3,2	2,2	2,5	1,9	3,3	2,3	1,5	2,5
Totale (num. medio offerte)	2,5	3,2	2,4	2,5	2,3	3,0	2,2	1,6	2,5	

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

Il fenomeno della concentrazione, per quanto non sembri essere il risultato delle politiche di approvvigionamento, rappresenta in ogni caso un punto di attenzione in quanto può rappresentare un potenziale rischio di fornitura. Mercati concentrati possono essere maggiormente oggetto di pratiche anti-competitive da parte delle imprese. L'assenza, o il numero ridotto, di alternative di fornitura può inoltre portare a rotture di stock in caso di carenza di prodotti sul mercato. Politiche lungimiranti di procurement dovrebbero quindi essere volte a favorire l'ingresso sul mercato di nuovi produttori / soluzioni.

16.3 Centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici e concentrazione di mercato

16.3.1 Metodologia e dati

Data la rilevanza del fenomeno, l'analisi della concentrazione del mercato delle categorie di dispositivi medici oggetto di acquisto da parte dei soggetti aggregatori (vedi Tabella 16.7) presentata in Vecchi *et al.* (2019) e riferita al periodo 2014-2017 è stata aggiornata al 2021. Le analisi hanno utilizzato quale fonte principale il flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale (flusso consumi) pubblicato in *open data* dal Ministero della Salute come appendice al Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN. La metodologia è descritta in dettaglio in Armeni *et al.* (2019).¹⁷ Per comprendere le dinamiche delle merceologie di dispositivi medici oggetto di acquisto da parte dei soggetti aggregatori, è stato osservato il trend temporale di tre misure: il numero di fornitori delle aziende sanitarie pubbliche italiane, l'indice di concentrazione dei primi quattro fornitori e di Herfindahl-Hirschman (HHI).¹⁸

Tabella 16.7 **Categorie CND di dispositivi medici di competenza dei Soggetti Aggregatori**

Categoria DPCM	Abbreviazione	Categoria CND
Aghi e siringhe	AGH	A01 aghi, A02 siringhe
Ausili per incontinenza	AUS	T04 ausili per incontinenza
Defibrillatori	DEF	J0105 defibrillatori impiantabili
Guanti	GUA	T01 guanti (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI – D.Lgs. 475/92)
Medicazioni generali	MG	M01 ovatta di cotone e sintetica, M02 garze, M03 bendaggi, M05 cerotti, M90 vari
Pacemaker	PM	J0101 pace maker
Protesi d'anca	PROT	P0908 protesi di anca
Stent	STN	P070402 stent vascolari
Suture	SUT	H01 suture chirurgiche

¹⁷ I dataset 2014-2021 del flusso consumi, contenuti in appendice al Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici, sono stati scaricati dal sito web del Ministero ed incrociati con la lista dei fabbricanti contenuta nella banca dati ministeriale dei dispositivi medici. I fabbricanti presenti in più Paesi come *legal entity* diverse sono stati ricondotti ad un unico fabbricante attraverso verifiche puntuali sui siti web aziendali. I dati di spesa per l'acquisto di dispositivi medici sono stati interpretati come fatturato generato ai fornitori da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

¹⁸ L'indice di concentrazione di Herfindahl-Hirschman (HHI) è ottenuto come somma dei quadrati delle quote di mercato (calcolate come percentuale dei ricavi totali del mercato) detenute da ciascuna impresa, moltiplicata per 10.000. Tale indicatore misura il grado di contendibilità del mercato di riferimento ed è sensibile sia alla numerosità delle imprese (più imprese, minore concentrazione), sia all'asimmetria dimensionale (è attribuito un peso maggiore alle imprese compa-

16.3.2 Analisi

Nel 2022 in tutte le categorie merceologiche di dispositivi medici da DPCM la competizione appare maggiore nelle procedure centralizzate rispetto a quelle aziendali dato che il numero medio di offerte è stato sistematicamente maggiore nelle gare bandite da centrali regionali o soggetti aggregatori ad eccezione delle suture dove il numero è circa uguale (Tabella 16.8).¹⁹ Confrontando tra loro le diverse categorie, alcuni settori appaiono più concorrenziali di altri. I settori con la competitio-

Tabella 16.8 **Numero medio di offerte ricevute nelle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per dispositivi medici da DPCM negli anni 2016-2022**

	Categorie merceologiche	Anni						
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aziende	Aghi e siringhe	2,0			2,6		2,5	2,4
	Ausili per incontinenza	3,5	1,0	2,4	2,0		3,4	1,0
	Defibrillatori	3,7	6,0	5,0	2,0		2,1	2,0
	Diabetologia territoriale				3,2		1,4	1,0
	Guanti (Chirurgici e non)			1,0			4,4	4,9
	Medicazioni generali		1,6	3,2	2,6		2,8	2,3
	Pacemaker	1,9	6,1	1,0	2,1		1,2	2,0
	Protesi d'anca	1,8	3,0	1,0			3,0	
	Stent	2,2	1,0	2,0	2,2		2,5	1,0
	Suture				3,0		3,3	1,9
Aziende (numero medio offerte)		2,2	3	2,7	2,5		2,5	2,3
Centrali	Aghi e siringhe	3,0	2,1	3,4	2,7	2,4	3,3	3,4
	Ausili per incontinenza	3,3		2,2	3,7	3,6	2,6	4,6
	Defibrillatori	2,9	2,6	4,3	3,7	2,0	2,0	5,0
	Diabetologia territoriale			7,3	4,2	2,2	5,3	3,5
	Guanti (Chirurgici e non)			2,9	2,6	2,5	4,5	7,6
	Medicazioni generali	4,4	4,2	3,0	3,0	2,9	2,6	2,5
	Pacemaker	3,4	2,6	3,6	2,4	2,0		2,9
	Protesi d'anca	1,9	3,6	8,8	5,2	4,2	3,4	8,0
	Stent	3,3	2,5	2,3	1,9	2,2	2,9	3,0
	Suture			1,5		2,8	2,0	1,8
Centrali (numero medio offerte)		3,5	3,3	3,3	3	2,6	3,2	3,6
Totale (numero medio offerte)		3,4	3,2	3,1	2,8	2,6	2,8	3,3

Fonte: rielaborazione autori su fonti varie

rativamente più grandi). Il valore di HHI è sempre positivo e varia tra 0 (concorrenza perfetta) e 10.000 (monopolio). Ai fini dell'interpretazione dell'indice, un valore di HHI compreso tra 1.500 e 2.500 indica un mercato moderatamente concentrato, mentre un valore superiore a 2.500 ne indica uno fortemente concentrato. L'indice di concentrazione delle prime quattro imprese (dei primi quattro prodotti) (CR4) è dato dalla somma delle quote di mercato delle quattro più grandi imprese del settore (dei quattro prodotti più veduti all'interno di ogni CND) moltiplicata per 100. A differenza dell'HHI, il CR4 considera solo la distribuzione dimensionale delle imprese e non la loro numerosità. Il valore dell'indice è compreso tra 0 (concorrenza perfetta) e 100 (monopolio).

¹⁹ Nel 2020 non è stato possibile calcolare il numero medio di offerte nelle gare aziendali in quanto le procedure di gara sono state quasi esclusivamente affidamenti diretti. Non è stato possibile calcolare l'indicatore nel 2023 per mancanza di dati circa le aggiudicazioni.

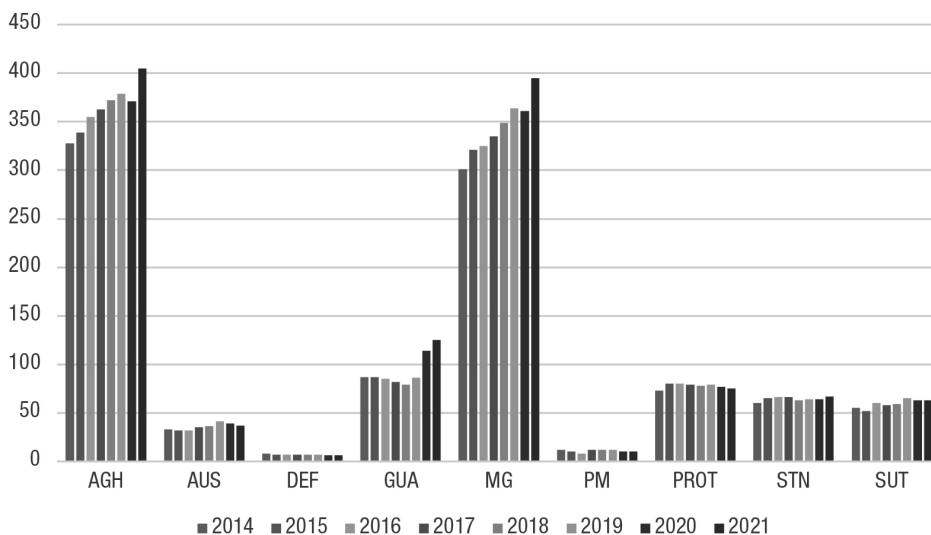
ne più forte appaiono le protesi di anca (mediamente 8 offerte per procedura nel 2022), i guanti (7,6), i defibrillatori (5) e gli ausili per incontinenza (4,6). Il settore con la minor competizione sono le suture (1,8 offerte medie per procedura).

Il numero di fornitori attivi nel 2021 nelle aziende sanitarie pubbliche del SSN è superiore al 2014 per tutte le categorie di dispositivi medici oggetto di acquisto aggregatori/centralizzato. La tendenza è costantemente in crescita su tutto il periodo ad eccezione degli ausili per incontinenza e protesi di anca che hanno visto una lieve flessione (-2 fornitori in entrambi i casi) tra il 2020 ed il 2021 (Figura 16.3).

Tra le categorie di dispositivi acquistati dai soggetti aggregatori, le quote di mercato dei primi quattro fabbricanti sono state al di sopra dell'80%, indicando un settore molto concentrato, per gli ausili per incontinenza, defibrillatori, pacemaker e suture; al contrario, la quota di mercato è stata stabilmente sotto il 40% negli aghi e siringhe e nelle medicazioni generali (Figura 16.4). Aghi e siringhe, ausili per incontinenza, stent e suture presentano nel 2021 un indice CR4 inferiore al 2014.

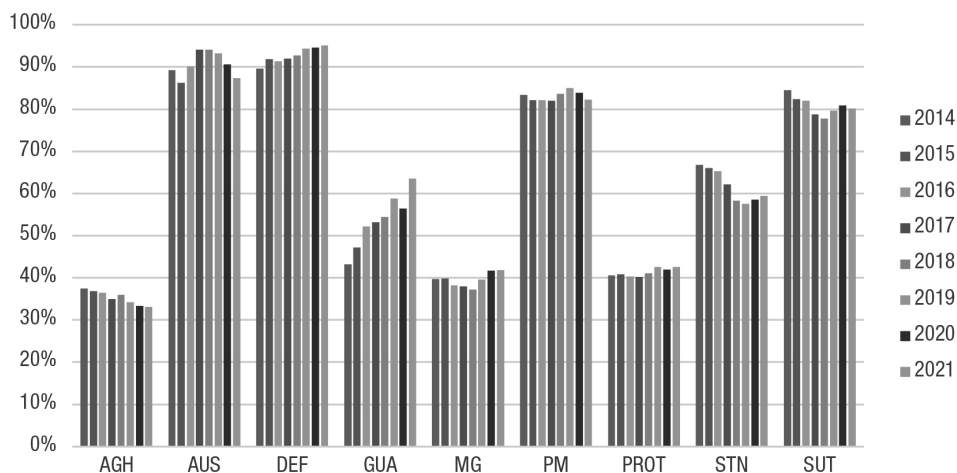
L'analisi dell'HHI, che considera sia la distribuzione dimensionale delle imprese (quota di mercato) sia la loro numerosità, evidenzia come la concentrazione di mercato appaia elevata, sebbene in diminuzione dal 2019 in poi, solo per gli ausili per l'incontinenza; è invece moderata per i defibrillatori, pacemaker e suture (Figura 16.5).

Figura 16.3 **Numero di fornitori delle aziende sanitarie pubbliche italiane nelle categorie di dispositivi medici di competenza dei soggetti aggregatori**



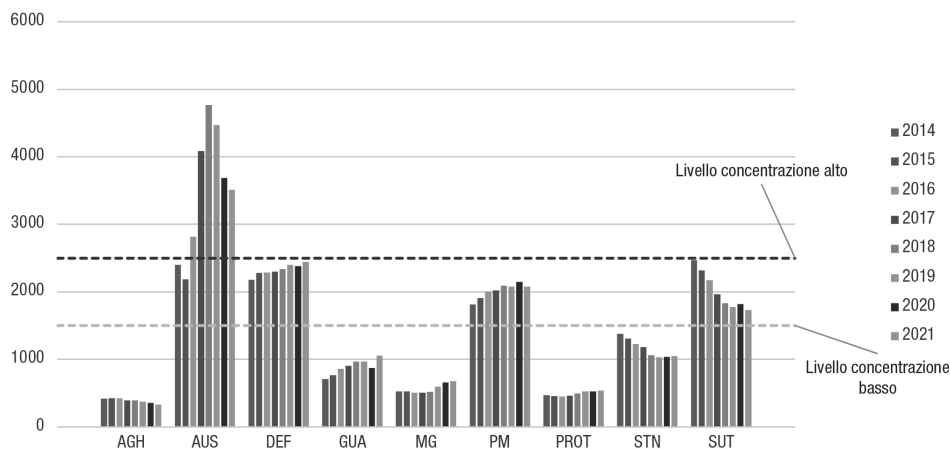
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Flusso Consumi, si faccia alla tabella 16.7 per le abbreviazioni

Figura 16.4 **Indice di concentrazione CR4 dei fornitori di dispositivi medici delle aziende sanitarie pubbliche per merceologia da DPCM**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Flusso Consumi, si faccia alla tabella 16.7 per le abbreviazioni

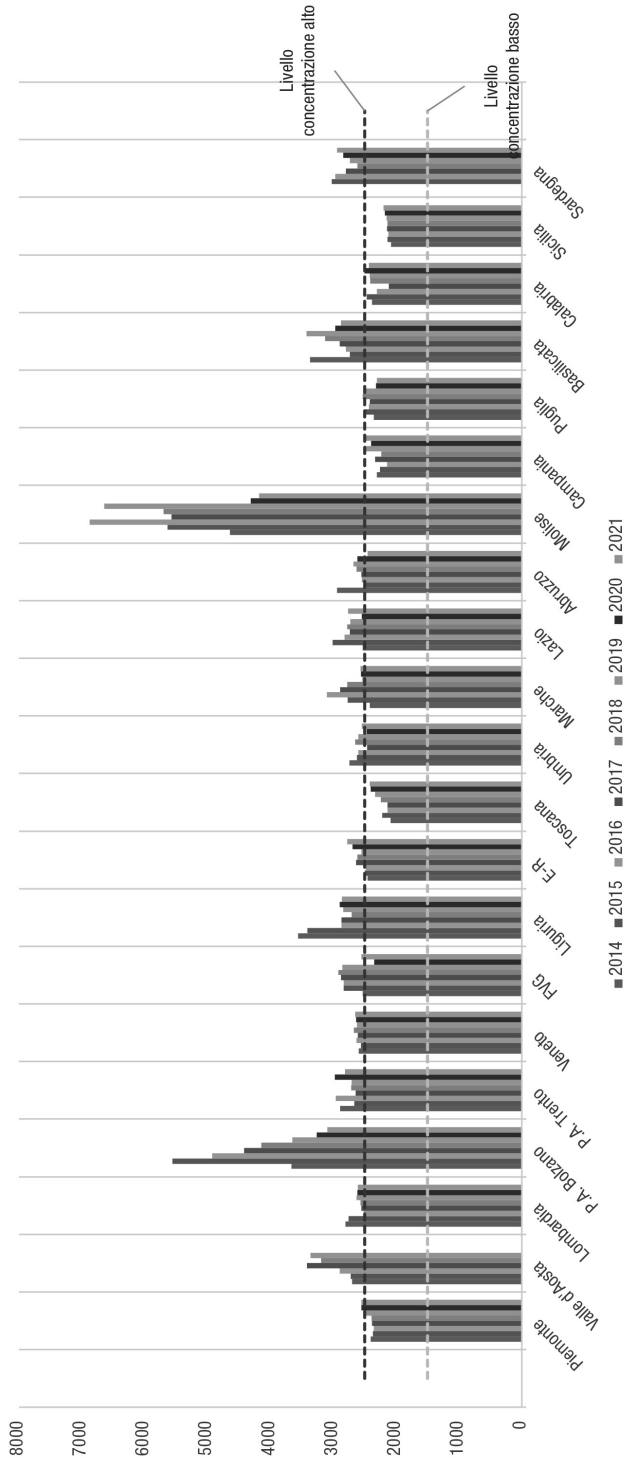
Figura 16.5 **Indice di concentrazione HHI dei fornitori di dispositivi medici delle aziende sanitarie pubbliche per merceologia da DPCM**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Flusso Consumi, si faccia alla tabella 16.7 per le abbreviazioni

La concentrazione cambia variando l'unità geografica di riferimento dell'analisi in quanto la presenza di gare regionali determina la formazione di veri e propri mercati regionali. Ad esempio, i defibrillatori, che mediamente sono un mercato a concentrazione moderata, vedono una concentrazione elevata in alcuni mercati regionali italiani quali, specialmente in contesti di picco-

Figura 16.6 **Indice di concentrazione HHI dei fornitori di defibrillatori delle aziende sanitarie pubbliche per merceologia da DPCM**



Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati Flusso Consumi

Figura 16.7 **Livello e trend temporale dell'HHI 2014-2021 per le categorie di dispositivi medici di competenza dei soggetti aggregatori**

HHI		Trend HHI	
	Decrescente	Crescente	
Elevato		AUS	
Moderato	PM, SUT	DEF	
Basso	AGH, STN	GUA, MG, PROT	

le dimensioni come il Molise, la Provincia Autonoma di Bolzano, la Sardegna e la Basilicata (Figura 16.6).

Come mostra la Figura 16.7, il livello di concentrazione appare moderato per entrambe le categorie afferenti all'aritmologia, ma crescente negli anni per i defibrillatori impiantabili e decrescente per i pacemaker. Tra i settori a bassa concentrazione, i guanti, le medicazioni generali e le protesi di anca mostrano un lieve aumento della concentrazione nel tempo, al contrario di aghi e stent, che hanno visto diminuire leggermente l'indice HHI nel periodo considerato.

16.4 Misurare la performance della funzione acquisti

Le analisi fin qui presentate offrono un quadro del mercato dei beni e servizi sanitari e, in una certa misura, delle performance delle centrali di committenza, specificatamente della loro capacità di (i) aggregare gli acquisti (quota di centralizzazione presentata nelle Tabella 16.2 e Tabella 16.3), (ii) assicurare la copertura delle categorie merceologiche obbligatorie (quota di acquisti DPCM, Tabella 16.4), (iii) definire strumenti di acquisto – accordi quadro e convenzioni – allineati ai fabbisogni delle aziende (tasso medio di erosione, Figura 16.2), tempistiche di gara (Tabella 16.5). Queste misure, unite ai risparmi ottenuti in sede di aggiudicazione, i cui risultati non vengono presentati in quanto i dati disponibili non sono ritenuti sufficientemente affidabili (senza considerare l'estrema difficoltà a definire un concetto affidabile di risparmio), forniscono una rappresentazione per molti versi parziale dell'operato delle centrali di committenza. Tali indicatori misurano, infatti, l'efficienza e alcuni risultati dei processi di approvvigionamento ma non colgono la capacità di creazione di valore per il sistema sanitario. Inoltre, non sembrano in grado di fornire indicazioni di tipo manageriale per orientare l'operato delle centrali di committenza verso il miglioramento continuo e l'innovazione. Come si è avuto modo di osservare, la centralizzazione degli approvvigio-

namenti è ormai un processo consolidato; pertanto, sarebbe auspicabile un processo evolutivo affinché il valore generato sia effettivamente rilevante e incrementale.

Per questi motivi l'Osservatorio MASAN ha intrapreso, dal 2023, un percorso di ricerca per definire un “*performance framework*” in grado di fornire una rappresentazione più completa dell'operato, in primo luogo delle centrali di committenza, ma più in generale della funzione acquisti in sanità, e supportarne il miglioramento e traiettorie evolutive. Grazie alla partecipazione multi-stakeholder degli associati all'Osservatorio, Centrali, Aziende Sanitarie e fornitori del Sistema Sanitario, ogni fase del percorso di ricerca ha avuto il contributo dei partecipanti, sia individualmente, sia in momenti di confronto di gruppo. Ogni modello è stato proposto come base di discussione a gruppi ristretti, che hanno fornito i propri *feedback*, successivamente rielaborati dai ricercatori e verificati con tutti gli associati, per produrre la versione definitiva condivisa, preliminare a una successiva diffusione.

16.4.1 Il percorso di ricerca

La ricerca si è svolta in più fasi. Dapprima è stata condotta una analisi della letteratura scientifica al fine di identificare le principali dimensioni di performance utilizzate nel public procurement. Successivamente, è stata condotta una *survey* tra le centrali regionali e soggetti aggregatori e le imprese aderenti all'Osservatorio MASAN per raccogliere proposte di indicatori relative alle dimensioni individuate nella fase 1, che sono stati elaborati e clusterizzati (fase 2). Si è poi proceduto (fase 3) con la definizione di una lista di misure di performance per valutare le percezioni da parte delle imprese sull'operato delle centrali. Per l'analisi del punto di vista delle centrali (fase 4) si è proceduto con una logica di *self-assessment* su una griglia costruita *ad hoc*.

Fase 1: Revisione della letteratura

Tra gennaio e marzo 2023 è stata condotta una revisione della letteratura con ricerche tramite *keyword* sui principali database bibliografici, Google Scholar, Web of Science, Scopus.²⁰ Delle 2.355 pubblicazioni identificate, sono state selezionate per una analisi del testo 27 pubblicazioni; di queste, 17 riguardano pubbliche amministrazioni, 3 la sanità e solo una le centrali di committenza, le restanti il settore privato (Nollet, Beaulieu & Fabbe-Costes, 2019, Figura 16.8).

I 27 paper inclusi nella *review* hanno consentito l'identificazione di 411 indicatori di performance riconducibili a quattro dimensioni – efficienza, traspa-

²⁰ Le chiavi di ricerca utilizzate sono state (procurement) OR (purchasing function*) AND ((performance) OR (efficiency) OR (effectiveness) OR (success)) AND ((indicator*) OR (measure*))

Figura 16.8 **Diagramma di flusso PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) della revisione della letteratura**

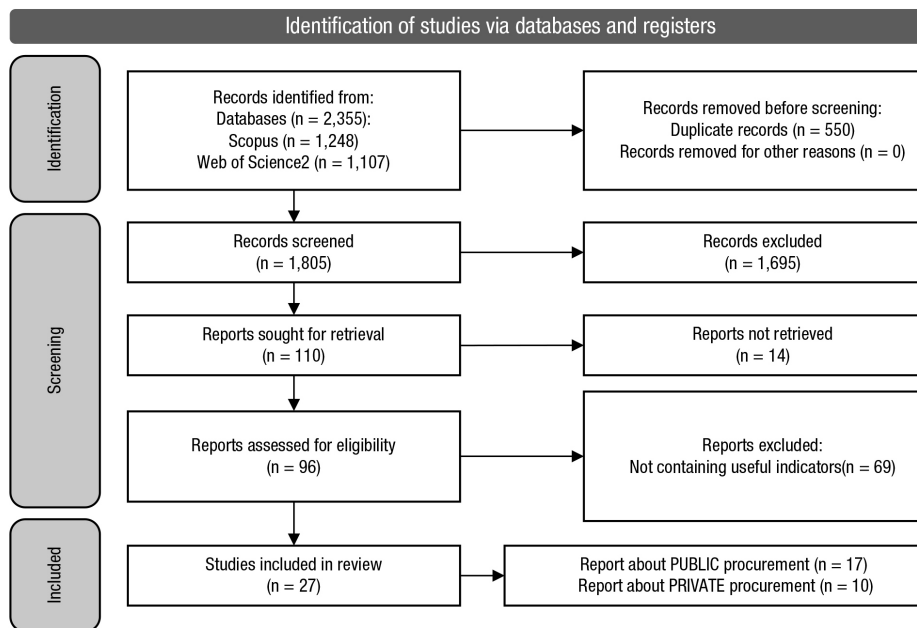


Tabella 16.9 **Statistiche descrittive sugli indicatori desunti dall’analisi della letteratura per dimensione di valutazione e fase del processo di acquisto**

	Programmazione & progettazione	Selezione del fornitore	Esecuzione & monitoraggio	Totale	
Efficienza	10	143	70	223	54%
Altre misure di performance		8	18	26	12%
Performance economica	2	55	16	73	33%
Qualità	7	35	15	57	26%
Tempi	1	45	21	67	30%
Trasparenza e concorrenza		78		78	19%
Concorrenza		43		43	55%
Trasparenza		35		35	45%
Stakeholder e personale		34	28	62	15%
Customer			11	11	18%
Personale		20		20	32%
Supplier		14	17	31	50%
Altro		25	23	48	12%
Altro		16	9	25	52%
Struttura & Impatto		9	14	23	48%
Totale	10	280	121	411	100%

renza e concorrenza, gestione degli stakeholder, altro – e tre fasi del processo di approvvigionamento-programmazione & progettazione, selezione del fornitore, esecuzione & monitoraggio. Come si può vedere dalla Tabella 16.9, la maggior parte degli indicatori riguarda la fase di selezione del fornitore e gli indicatori si focalizzano prevalentemente sull'efficienza del processo (in particolare dal punto di vista economico e delle tempistiche), sulla *compliance* in termini di trasparenza e concorrenzialità. In altri termini, la letteratura scientifica non sembra restituire chiavi interpretative innovative e granulari su come misurare la performance degli approvvigionamenti, motivo per cui si è deciso di esplorare il punto di vista degli aderenti all'Osservatorio per verificare la possibilità di identificare misure alternative e/o integrative.

Fase 2: Survey per la raccolta di indicatori di performance

Nel mese di aprile 2023 è stato elaborato un questionario per raccogliere il punto di vista delle centrali di committenza e delle imprese aderenti all'Osservatorio. In particolare, per sette ambiti di performance proposti dalla *faculty* - rapporto con gli stakeholder, innovazione, leadership e competenze, programmazione degli acquisti, progettazione della gara, selezione del fornitore, esecuzione e monitoraggio del contratto – si chiedeva di esprimere l'importanza relativa di ciascun ambito e, per ognuno, di suggerire fino a cinque indicatori di misurazione. Gli ambiti inseriti nella *survey* riprendevano alcune dimensioni di valutazione emerse dalla letteratura e le fasi del processo di acquisto.

Hanno risposto alla *survey* 18 imprese e 7 centrali di committenza, indicando complessivamente oltre 500 indicatori. Si è reso, quindi, necessario omogeneizzare e riclassificare le risposte. L'importanza relativa è stata misurata contando la frequenza con cui gli indicatori sono stati proposti per ciascun ambito / dimensione. Sono stati quindi individuati 6 ambiti²¹ e 15 dimensioni²² di performance.

Gli ambiti di performance più rilevanti sono risultati la progettazione e l'esecuzione del contratto, ambiti che non emergevano dalla letteratura, prevalentemente concentrata sulla selezione del fornitore. Tra le dimensioni pesano soprattutto il rapporto con il mercato, ovvero la capacità di coinvolgimento / confronto / analisi del mercato da parte delle centrali, la qualità con cui vengono redatti i programmi di acquisizione e i documenti di gara e definiti i fabbisogni, l'innovazione. Anche in questo caso la letteratura scientifica non offre particolari spunti.

L'analisi dei risultati ha messo in evidenza delle differenze nelle risposte for-

²¹ Competenze e personale; programmazione; rapporto con gli stakeholder; selezione del fornitore; esecuzione e monitoraggio

²² Competenze; esecuzione; formazione/gestione del personale; innovazione; monitoraggio; rapporti pubblico-pubblico; rapporto con mercato; rapporto con utilizzatori (clinici e pazienti); qualità; strumenti; rispetto programmazione; durata; trasparenza; analisi risultati

nite da centrali e imprese compatibilmente con le diverse prospettive. Sulla base di questo processo è stato messo a punto il *performance framework* che è stato successivamente testato, negli step di seguito descritti.

Fase 3: Percezione delle imprese

Al fine di costruire il *performance framework*, nel mese di aprile 2023, è stata sottoposta alle imprese aderenti all'Osservatorio una *survey* pilota, basata sugli indicatori definiti nella fase 2, per raccogliere le loro percezioni sull'operato di un *panel* ristretto di centrali di committenza.

I risultati sono stati elaborati e discussi durante un incontro dell'Osservatorio nel mese di maggio 2023. Dopodiché si è proceduto a raccogliere *feedback* individuali da parte sia delle imprese rispondenti sia delle centrali investigate. Sulla base dei *feedback* raccolti, si è proceduto a finalizzare la *survey* per chiedere alle imprese una nuova compilazione estesa a tutte le centrali. I risultati della seconda *survey* sono stati presentati e discussi a dicembre 2023.

La *survey* chiedeva di basare la valutazione dell'operato delle centrali sulla partecipazione a procedure di gara nel periodo 2018-2022. A questo scopo, sono state poste alcune domande di controllo in cui si chiedeva di indicare se l'impresa avesse partecipato a iniziative di gara oppure se avesse deciso di non partecipare e per quali ragioni, e infine se avesse presentato o meno ricorsi avversi alla stazione appaltante. In secondo luogo, è stato chiesto alle imprese di esprimere una valutazione su una scala da 1 (estremamente insufficiente) a 10 (eccellente) sui dieci *item* di valutazione indicati in Tabella 16.10 ed esprimere in modo facoltativo un giudizio. Per garantire la massima comparabilità e

Tabella 16.10 **Item di valutazione dell'operato delle centrali di committenza**

Item di valutazione	Indicazioni per la compilazione
Utilizzo di strumenti d'acquisto o soluzioni contrattuali in grado di assicurare l'accesso alle tecnologie più appropriate e all'innovazione	<i>La domanda mira a valutare la capacità della centrale, stanti i vincoli esterni a cui è sottoposta, di definire procedure selettive o adottare strumenti contrattuali che garantiscano l'accesso all'innovazione (da intendersi in senso lato: di prodotto, servizio, processo...). La valutazione non dovrebbe tenere in considerazione solo l'attenzione al problema, ma azioni concrete. Per innovazione si può intendere il ricorso a criteri di valutazione che premino l'innovazione con un peso significativo rispetto al punteggio totale; utilizzo di criteri o metodi di valutazione innovativi (es. costo del ciclo di vita); formule di pagamento innovative (es. con formule di assunzione del rischio, oppure di riconoscimento del valore dei servizi accessori) l'acquisto di formule "bundled" di bene+servizio. Non si valuta come innovativo il ricorso ad accordi quadro plurifornitore in sé, ma eventuali disposizioni che innovano rispetto l'uso comune di questo strumento di acquisto.</i>
Trasparenza e tempestività nella pubblicazione della programmazione degli acquisti e capacità della centrale di rispettare tale programmazione	

Tabella 16.10 (segue)

Item di valutazione	Indicazioni per la compilazione
Raccolta e analisi del fabbisogno e sua trasposizione efficace nella documentazione di gara	<i>Ai fini della risposta si suggerisce di valutare quanto i fabbisogni siano coerenti da un punto di vista quantitativo e qualitativo rispetto alla domanda (potenziale ed espressa dalle aziende sanitarie) e quanto il capitolato sia risultato di immediata comprensione, oggettivo e coerente nella descrizione dei fabbisogni</i>
Utilità ed efficacia delle consultazioni preliminari a cui si è partecipato	<i>Ai fini della risposta si suggerisce di valutare l'operato della centrale in termini di chiarezza e trasparenza degli obiettivi della consultazione preliminare e modalità di gestione del confronto (in termini di tempistiche adeguate, documentazione fornita, strutturazione del processo di consultazione)</i>
Definizione della base d'asta	<i>Ai fini della risposta si suggerisce di valutare la capacità della centrale di definire una base d'asta che sia:</i> <ul style="list-style-type: none"> • congrua rispetto alle richieste da capitolato e nei criteri di valutazione; • coerente agli obiettivi enunciati; • coerente con i risultati delle consultazioni preliminari; • coerente con lo strumento di acquisto (accordo quadro plurifornitore, o acquisto "secco") <i>Il giudizio non riguarda la capacità della centrale di instaurare un dialogo con il mercato per la definizione della base d'asta, con eventuali adeguamenti prezzo / rinegoziazioni in sede di esecuzione.</i>
Risposta ai chiarimenti	<i>In questa domanda si chiede di valutare la capacità della centrale di rispondere alle richieste di chiarimento in modo tempestivo; preciso e chiaro; con risposte che non si limitino a confermare quanto già scritto nella documentazione di gara. Per rispondere si suggerisce di considerare le risposte date a chiarimenti "significativi", in grado cioè di impattare in modo diretto sulla propria offerta.</i>
La formulazione dei criteri di valutazione dell'offerta	<i>In questa domanda si chiede di valutare la capacità della centrale di definire dei criteri di valutazione di premiare effettivamente gli aspetti qualitativi rilevanti / essenziali per identificare il miglior prodotto/servizio. La valutazione riguarda anche la capacità della centrale di definire dei criteri di valutazione che siano oggettivamente verificabili e coerenti rispetto agli altri criteri di valutazione, alle richieste del capitolato e alla base d'asta. In questa domanda non si chiede di valutare la presenza di criteri innovativi che è oggetto della domanda n. 1. La valutazione non dovrebbe considerare la presenza di criteri discrezionali o tabellari in sé, quanto come si è detto la loro rilevanza, qualità, coerenza.</i>
La capacità di riconoscere e valorizzare l'affidabilità del fornitore	<i>La domanda mira a valutare la capacità della centrale, stanti i vincoli normativi fissati dal codice dei contratti in tema, ad esempio, di requisiti di partecipazione, nel riconoscere a valutare l'affidabilità del fornitore. La domanda non chiede di valutare l'esistenza di sistemi di vendor rating.</i>
La capacità di valorizzare elementi di sostenibilità	<i>La sostenibilità va intesa da un punto di vista ambientale e sociale. La valutazione dovrebbe considerare la capacità delle centrali di andare al di là degli obblighi di legge (oppure di applicare anche elementi considerati facoltativi da parte della norma), non si vuole, infatti valutare la loro compliance.</i>
Il livello complessivo di soddisfazione rispetto all'operato della centrale	

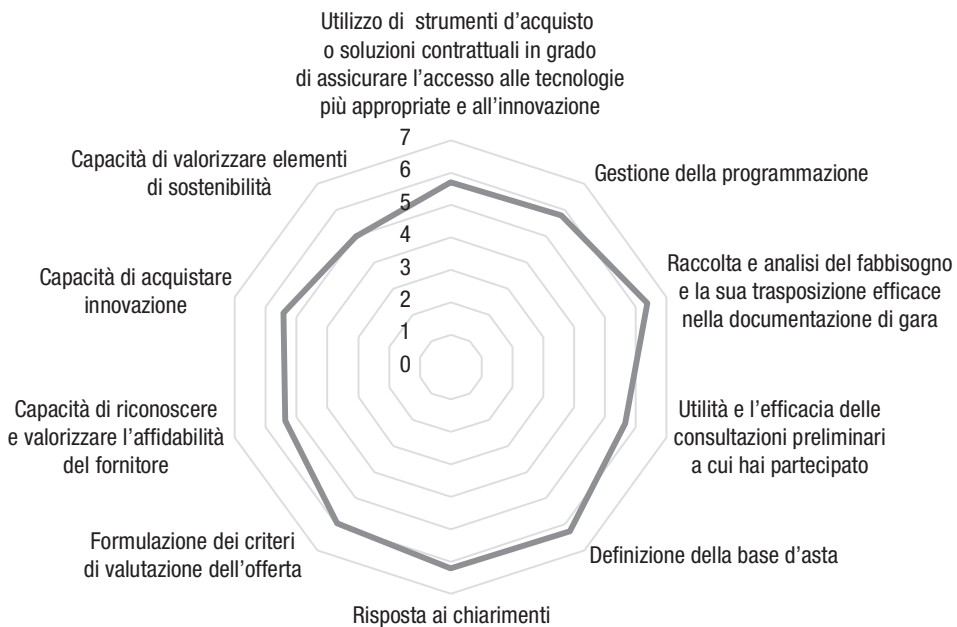
oggettività nei giudizi, per ogni *item* sono state definite indicazioni a supporto della compilazione.

Alla *survey* hanno risposto 12 imprese aderenti che hanno dichiarato di aver partecipato a 905 gare su 985 pubblicate nella categoria merceologica di interesse. La maggior parte delle gare ha avuto per oggetto l'acquisto di dispositivi

medici (52%), seguite da apparecchiature (18%), farmaci (13%), diagnostici in vitro (11%) e servizi (6%). I risultati complessivi delle valutazioni sono riportati nella Figura 16.9. In media, le centrali di committenza riportano la sufficienza nella maggior parte degli *item* di valutazione ad eccezione della capacità di valorizzare l'affidabilità del fornitore (valutazione media 5,7) e di valorizzare elementi di sostenibilità e innovazione (entrambi 5,4). Si tratta di ambiti sicuramente di frontiera, per lo meno il primo.

La valutazione media sul singolo parametro è coerente con il giudizio complessivo espresso sull'operato della centrale, che è risultato anch'esso sufficiente. È stata indagata la correlazione tra quest'ultimo e il giudizio sui singoli elementi. Ciò che incide maggiormente sulla soddisfazione complessiva delle imprese è l'utilizzo di strumenti d'acquisto o soluzioni contrattuali in grado di assicurare appropriatezza e innovazione, la formulazione dei criteri di valutazione dell'offerta e la risposta ai chiarimenti insieme alla capacità di acquistare innovazione. Tali risultati non stupiscono posto che i rispondenti operano soprattutto in un campo, quello delle tecnologie, in cui la capacità di riconoscere e acquistare l'innovazione è sicuramente percepita come un elemento di valore. È altrettanto vero che questi risultati possono mettere in luce un *bias* di fondo nel giudizio laddove le scelte operate dalle centrali divergano dalle strategie delle imprese fornitrici. Tuttavia, queste valutazioni hanno comunque

Figura 16.9 **Risultati della survey sulla percezione dell'operato delle centrali di committenza da parte delle imprese aderenti all'Osservatorio MASAN**



permesso di avviare una discussione approfondita con le centrali per cercare di comprenderne le motivazioni e stimolare possibili ambiti di miglioramento.

Fase 4: Verso la definizione di standard di qualità dei processi di approvvigionamento in sanità

Parallelamente alla definizione della *survey* sulle percezioni da parte delle imprese, è stato elaborato un questionario rivolto alle centrali di committenza per raccogliere informazioni riguardanti la loro stessa performance. Il questionario è stato elaborato a settembre 2023 e chiedeva, sempre per cinque ambiti di valutazione identificati nella fase 2 - rapporto con gli stakeholder, programmazione degli acquisti, progettazione e analisi del fabbisogno, selezione del fornitore, esecuzione e monitoraggio del contratto – di fornire informazioni su 64 indicatori individuati dalla fase 2 con riferimento al periodo 2018-2022. Il testo della *survey* è stato inviato alle centrali per raccogliere i commenti. Il questionario è stato ritenuto troppo lungo e complesso, di difficile compilazione e di difficile interpretazione in assenza di informazioni di contesto. Sulla scorta delle riflessioni fatte, per contemperare le esigenze di esaustività dell'analisi e di economicità nella raccolta delle informazioni, si è deciso di modificare l'approccio a favore di un modello di *self-assessment* ispirato ai sistemi di accreditamento e basato sul posizionamento del soggetto rispondente rispetto a standard definiti e presentazione di prove a supporto delle proprie affermazioni. Dopo un'attività di ricerca *ad hoc* condotta a inizio 2024, è stato scelto quale riferimento l'“*NHS Procurement & Commercial Standards*” versione 2016.²³ Sono stati, quindi, definiti dei veri e propri standard di qualità seguendo il flusso logico del processo di approvvigionamento che va dal momento strategico alla valutazione di performance e alle lezioni apprese, che di conseguenza possono confluire in revisione e miglioramento delle politiche e procedure adottate (vedi appendice).

Il modello è stato discusso con due centrali di committenza, ARIA Lombardia ed ESTAR Toscana, che hanno fornito commenti e suggerimenti ed è in corso di revisione e perfezionamento.

16.5 Conclusioni

I dati elaborati dall'Osservatorio Masan confermano che la centralizzazione degli acquisti ha ormai raggiunto uno stadio di istituzionalizzazione e maturità, al netto di alcune code. Pertanto, il contesto è maturo per riflettere sulle

²³ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/539626/Standards_of_Procurement.pdf La versione più recente dei “Government Functional Standard 2.1” di maggio 2022 è stata ritenuta meno applicabile al contesto italiano.

performance gestionali e comprendere elementi di miglioramento volti a sostenere traiettorie di evoluzione.

Con questa finalità, che rappresenta anche l'obiettivo dell'Osservatorio medesimo, e con un approccio di ricerca collaborativa (Vecchi *et al.*, 2023) resa possibile dalla fiducia che si è instaurata tra gli aderenti (imprese e centrali/ soggetti aggregatori) al MASAN, i ricercatori hanno intrapreso un percorso articolato volto a definire un sistema di misurazione e analisi delle performance.

Da un punto di vista metodologico, gli ambiti di valutazione sono stati individuati triangolando le (poche e poco innovative) evidenze scientifiche con gli *input* degli stakeholder del sistema e in particolare delle imprese e dei manager delle centrali, attraverso un processo articolato, a *step* incrementali e interattivo, basato su *feedback* di gruppo e individuali. Questo ha consentito di costruire uno strumento, che sarà oggetto di successivi adeguamenti e affinamenti basati sull'applicazione, riconosciuto dalle centrali e quindi, idealmente, in grado di produrre indicazioni volte a far maturare il processo di procurement da logiche operative a logiche strategiche, anche per perseguire obiettivi di innovazione (Cusumano *et al.*, 2022 e 2023).

La ricerca testimonia le difficoltà nell'applicare modelli di valutazione delle performance in contesti operativi istituzionali diversi. Se è vero che in ambito pubblico la valutazione delle performance sconta la multidimensionalità in cui operano le Amministrazioni e tale multidimensionalità porta inevitabilmente a una complessità nei sistemi di valutazione e nelle interpretazioni dei risultati, è anche vero che questa complessità non possa diventare una scusa per non effettuare qualsiasi tipo di valutazione, anche longitudinale. Come già notato da Cusumano *et al.* (2020), perché il sistema a rete degli acquisti funzioni è necessario attivare anche processi di convergenza interregionale, che non possono non passare da processi di *benchmarking* e di *benchlearning*.

Fin dalla sua fondazione l'Osservatorio MASAN ha auspicato la qualificazione delle centrali di committenza verso un ruolo strategico evolvendo da un modello di "soggetto coordinatore" a un modello evoluto di "centrale di competenza" (Cusumano *et al.*, 2017). Non si tratta semplicemente di centralizzare di più, ma di centralizzare in modo diverso, per conseguire obiettivi di sostenibilità e valore, attraverso la piena capitalizzazione delle reti, del patrimonio informativo, delle conoscenze che in questi anni sono state costruite.

Ciò che questo capitolo ha voluto mettere in evidenza non sono tanto i risultati di performance, ancora in fase di finalizzazione e sistematizzazione, quanto piuttosto il processo che ha sotteso la costruzione del framework. Processo fondato su logiche di collaborazione, intermedie e favorite da un centro di ricerca. Il procurement, per evolvere, richiede il necessario passaggio da un modello transazionale a un modello collaborativo, anche in considerazione del fatto che le complessità del sistema sanitario possono essere affrontate solo con logiche di governance collaborativa. Queste logiche richiedono lo sviluppo

di una cultura della collaborazione, che non può prescindere da un continuo stimolo alla convergenza e co-evoluzione pubblico-privato / *buyer* – fornitore.

16.6 Bibliografia

- 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.
- Armeni P., Costa F., Callea G., Borsoi L., Cavallo M.C., Ciani O., Federici C, Tarricone R. e Torbica T. (2019), «Dinamiche economiche e performance del settore dei dispositivi medici in Italia». In Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano: Rapporto OASI 2019, 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.
- Cusumano N., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., Longo F., Vecchi V. (2020a), «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. (2020b), «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., Amatucci, F., Brusoni, M., Longo, F., Vecchi, V., Callea, G. (2017). «La Centralizzazione degli Acquisti nel SSN: il Framework dell’Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di Analisi dei Modelli Organizzativi e delle loro Performance», in CER GAS (a cura di), Rapporto OASI 2017, Egea: Milano.
- Nollet J., Beaulieu M., Fabbe-Costes N. (2019), «Measuring Purchasing Groups Performance in the Health Care sector», *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 36, 514–526. <https://doi.org/10.1002/cjas.1519>.
- Vecchi V., Cusumano N., Callea G., Amatucci F., Brusoni M., Zurlo F.L., Mauro C., Longo F. (2023), «Acquisti sanitari: stato dell’arte e percorsi evolutivi verso logiche di valore», in Cergas (a cura di), Rapporto OASI 2023, Milano, Egea.

Appendice

Gli standard proposti riguardano 5 domini descritti sinteticamente di seguito.

1. Strategia, Pianificazione e organizzazione

Il vertice organizzativo (es. Consiglio di Amministrazione, Direzione strategica, Direzione Generale) è pienamente responsabile e si impegna a garantire un'offerta che incorpori il miglior valore in tutte le aree di servizi sanitari per i contribuenti, assicurando che i beni e i servizi siano adatti allo scopo e supportino l'assistenza ai pazienti. Esiste ed è riconoscibile, un'adeguata leadership che si impegna con le parti interessate, sia internamente sia esternamente, per ridurre le spese, aumentare l'efficienza, migliorare l'assistenza ai pazienti, ridurre i rischi e migliorare la governance.

2. Persone e competenze

Tutto il personale coinvolto nell'intero ciclo di vita degli acquisti ha accesso all'adeguato supporto professionale e viene adeguatamente formato e sviluppato in funzione del ruolo attuale e prospettico. L'Organizzazione dispone di un'adeguata capacità commerciale per garantire l'utilizzo ottimale delle risorse organizzative, mantenendo/migliorando l'esperienza del paziente.

3. Strategia di approvvigionamento

L'impegno e l'attenzione continui e anticipatori sul mercato, l'attenzione alla definizione dei bisogni, la gestione della domanda, la gestione dei contratti e la gestione dei rapporti con i fornitori, oltre a essenziali assetti strategici e organizzativi, dovrebbero contribuire a ridurre le spese, a migliorare la sicurezza dei pazienti, a ridurre i rischi, a migliorare la governance e ad essere un uso efficiente del tempo clinico.

4. Supply chain

La conoscenza e la gestione degli assetti e delle strutture organizzative e tecnologiche a disposizione consentiranno un uso e una pianificazione efficienti ed efficaci delle risorse per ridurre gli sprechi riconoscendone e riducendone l'obsolescenza, organizzando nel modo migliore la logistica, ad esempio liberando spazi non correttamente utilizzati e migliorando i percorsi e i flussi, per garantire che il prodotto giusto sia nel posto giusto al momento giusto. In questo modo si riducono le spese e i rischi, migliorando al contempo la sicurezza dei pazienti.

5. Dati, Sistemi e Performance Management

L'efficienza e la riduzione dei rischi sono ottenute grazie a processi efficaci e automatizzati che consentono di tenere traccia di tutto ciò che viene acquista-

to, dal punto di richiesta all'utilizzo, con prezzi concordati e fatturazione e pagamento elettronici. I sistemi, completamente elettronici facilitano il reporting e la misurazione delle prestazioni.

6. Politiche e procedure

Tutti i sistemi e i processi di approvvigionamento sono progettati e implementati per garantire il conseguimento di efficienza-efficacia-economicità nel fornire il prodotto giusto al posto giusto e al momento giusto. Un adeguato piano dei controlli garantirà la governance e ridurrà i rischi. La politica di approvvigionamento prenderà in considerazione in modo proattivo l'impatto delle decisioni commerciali sulla più ampia economia dell'assistenza sanitaria e sociale e le più recenti linee guida governative.

Gli standard vengono scomposti in alcuni criteri di auto-valutazione su cui si richiede di dare una valutazione qualitativa rispetto al livello raggiunto di soddisfazione dello standard (da 1 a 3, base, soddisfacente e ottimo). L'auto valutazione è qualitativa, di conseguenza deve essere sorretta da evidenze documentali, di policy, esempi di attività e sequenze di processo e procedure adottate, informazioni disponibili sul sito web e utili anche ai potenziali fornitori. I diversi livelli sono sequenziali, nel senso che il livello di performance individuato, ad esempio "ottimo" deve comunque prevedere la soddisfazione dei requisiti previsti ai livelli precedenti.