

17 **Gli acquisti sanitari: consolidamenti evolutivi**

di Niccolò Cusumano, Giuditta Callea, Ludovica Mager,
Franco L. Zurlo e Veronica Vecchi¹

17.1 **Introduzione**

Come ogni anno, l'Osservatorio MaSan SDA Bocconi – Cergas contribuisce al rapporto OASI con un aggiornamento sul mercato degli acquisti sotto il profilo (i) quantitativo, in termini di trend, di governance, di assetti istituzionali e operativi, e (ii) qualitativo, analizzando il percorso verso logiche di valore (*Value-Based Procurement*).

L'analisi in larga misura conferma quanto emerso negli anni precedenti e cerca di arricchirsi con nuovi spunti di riflessione. La politica di centralizzazione è giunta a uno stadio di maturità e, di fronte alle sfide a cui il SSN è sottoposto, la gestione degli acquisti richiede un approccio nuovo e più strategico, dove la ricerca dell'innovazione deve riguardare i processi operativi, il rapporto con il mercato e ciò e come si acquista. È interessante notare che le logiche di *Value-Based Procurement* non sono più solo auspici, ma vi sono chiari segnali di un forte impegno da parte delle centrali regionali, soprattutto le più mature.

Il capitolo è strutturato nel modo seguente. Il Paragrafo 17.2 descrive i trend di mercato e lo stato della centralizzazione. Il Paragrafo 17.3 l'evoluzione della governance degli acquisti pubblici in sanità. Il Paragrafo 17.4 analizza il fenomeno del *Value-Based Procurement* in Italia, presentando il modello MaSan e le evidenze emerse dal confronto con le centrali e dalle prime gare.

¹ Sebbene il capitolo sia frutto delle idee e del lavoro dell'intero team di ricerca dell'Osservatorio MaSan, i paragrafi 17.2 e 17.3 sono stati scritti da Niccolò Cusumano con il supporto di Franco Luigi Zurlo; il paragrafo 17.4 è stato scritto da Veronica Vecchi con il supporto di Giuditta Callea, le conclusioni sono state scritte da Veronica Vecchi con il supporto di Ludovica Mager. La revisione complessiva del capitolo è stata curata da Veronica Vecchi e Giuditta Callea, con il supporto di Ludovica Mager. 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.

17.2 Gli acquisti pubblici in sanità: aggiornamento sui trend di mercato

17.2.1 Metodologia e dati

Il database MaSan dei contratti pubblici è stato costruito seguendo la metodologia descritta in Cusumano *et al.* (2021) e rifinita in Cusumano *et al.* (2022, 2024) e Vecchi *et al.* (2023), usando come fonte gli open data della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) gestita da ANAC². L'analisi copre il periodo dal 2016 al 2024, con dati consolidati a maggio 2025, in modo da garantire la massima affidabilità delle analisi.

La classificazione merceologica degli acquisti (es. dispositivi medici, farmaci, vaccini) è stata effettuata sulla base dei codici CPV (*Common Procurement Vocabulary*) riportati nel bando di gara. Sono stati inoltre aggiornati i dati per riflettere i mutamenti intervenuti negli assetti istituzionali a livello regionale.

Dal 1° gennaio 2024, il D. Lgs 36/2023 ha abbassato la soglia d'obbligo di acquisizione del Codice Identificativo di Gara (CIG) da 40.000€ a 5.000€. Al di sotto di questa soglia, gli affidamenti sono tracciati attraverso un CIG semplificato, detto SmartCIG. L'analisi si basa prevalentemente sui contratti associati a un CIG, in quanto caratterizzati da un percorso informativo più strutturato e completo. Salvo diversa indicazione, sono quindi inclusi nelle tabelle e figure: (i) gli affidamenti superiori a 40.000€ per il periodo fino al 2023 e (ii) quelli superiori a 5.000€ a partire dal 2024. Ove rilevante ai fini dell'analisi, sono stati considerati anche i contratti identificati da SmartCIG, in quanto, prima dell'estensione dell'obbligo normativo di uso del CIG avvenuta nel 2023, gli affidamenti con un valore compreso tra 5.000€ e 40.000€ erano associati a un codice SmartCIG che non riportava l'intero corredo informativo dei CIG, tra cui il codice CPV necessario alla classificazione merceologica dell'acquisto.

I risultati preliminari dell'analisi quantitativa sono stati condivisi in un workshop online svoltosi il 17 luglio 2025 con i rappresentanti delle centrali di committenza regionali e Consip aderenti all'Osservatorio MaSan al fine di confermare la validità delle interpretazioni fornite dai ricercatori rispetto ai dati osservati e raccogliere spunti ulteriori di riflessione.

17.2.2 Il mercato degli acquisti pubblici in sanità

Tra il 2016 e il 2024 sono state pubblicate gare per 749,5 miliardi di euro, corrispondenti a 5,67 milioni di lotti (CIG e SmartCIG). La Tabella 17.1 presenta i dati relativi al valore bandito annuale per forniture di beni e servizi da parte di aziende sanitarie, centrali e soggetti aggregatori oltre che, per il periodo che

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

va dal 2016 al 2023, del Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19. Come chiarito nel paragrafo precedente il valore comprende anche gli acquisti inferiori a 40.000€.

La serie storica conferma quanto osservato in Cusumano *et al.* (2021, 2022, 2024) e in Vecchi *et al.* (2023), ovvero che l'attività di acquisto segue un andamento ciclico con picchi di tre / quattro anni in coincidenza del rinnovo dei contratti giunti a scadenza. Il valore complessivo delle gare evidenzia, tuttavia, un trend di crescita superiore a quello corrispondente della spesa per beni e servizi. Il 2024 da questo punto di vista registra un nuovo massimo storico dopo il rallentamento registrato nel 2023, con un valore di 132 miliardi di iniziative bandite.

Questa divergenza ha alcune possibili spiegazioni:

1. La sovrapposizione tra iniziative centralizzate e aziendali. Sebbene la centralizzazione sia ormai "a regime", continuano a essere necessari contratti ponte aziendali data la persistente difficoltà a garantire l'immediato rinnovo dei contratti giunti a scadenza a causa di slittamenti nelle tempistiche della progettazione o di ritardi nell'aggiudicazione, a causa di ricorsi o di problemi di valutazione. La sovrapposizione in parte si verifica anche tra iniziative centralizzate e quelle Consip, laddove insistano sulle medesime merceologie.
2. Carenze nella raccolta dei fabbisogni e nella programmazione che spingono le centrali di committenza a un uso estensivo delle opzioni contrattuali, il cui valore deve essere indicato nel valore iniziale del contratto indipendentemente dal loro effettivo esercizio.
3. Lotti deserti e/o ritirati. I dati non colgono il fenomeno dei lotti andati deserti o ritirati in autotutela e successivamente ri-banditi con un conseguente doppio conteggio. Tale fenomeno, difficilmente quantificabile potrebbe essere particolarmente rilevante nel settore farmaceutico e dei vaccini a causa delle carenze dei prodotti che si registrano.

Tornando al dato, si mantiene stabile nel triennio l'attività di Consip in sanità, ormai consolidatasi intorno ai 15 miliardi di euro. È bene notare che questo valore considera esclusivamente le Convenzioni e gli Accordi Quadro (AQ) banditi direttamente da Consip, e non le procedure eseguite sugli strumenti di negoziazione (MEPA³ e Sistemi Dinamici di Acquisizione) messi a disposizione delle altre stazioni appaltanti.

Analizzando più nel dettaglio i dati, si osserva come il 58% dei lotti risulti inferiore a 5.000€, percentuale che sale all'86% considerando tutti gli acquisti inferiori a 40.000€. Questo volume di attività corrisponde, però, ad appena

³ MEPA = Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione.

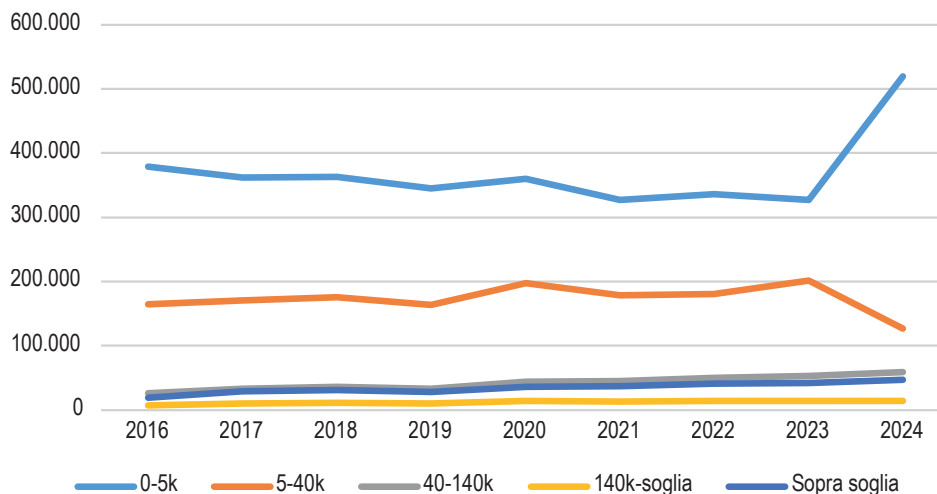
Tabella 17.1 **Acquisti di beni e servizi per la sanità (in miliardi di euro, anni 2016-2024, importo totale bandito inclusi bandi SmartCIG)**

Regione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piemonte	1,7	2,9	4,0	2,7	5,8	2,7	5,6	7,5	4,3
Valle d'Aosta	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Lombardia	6,8	10,5	9,3	15,9	10,8	14,8	29,3	18,0	38,0
P.A. Bolzano	0,5	0,4	0,8	1,0	0,6	1,4	1,1	1,3	0,9
P.A. Trento	0,2	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	1,1	0,9	0,5
Veneto	1,9	5,2	2,9	4,4	5,5	7,7	4,5	5,8	7,2
FVG	0,7	1,8	1,6	1,3	1,5	3,0	1,7	2,0	6,2
Liguria	1,6	1,1	1,3	1,8	2,6	1,3	1,0	5,0	0,9
E-R	2,7	5,4	3,3	5,3	3,2	3,1	6,9	5,0	6,6
Toscana	2,5	9,3	3,7	5,0	3,3	8,3	3,9	4,5	3,8
Umbria	0,4	1,2	1,5	0,9	0,9	0,8	1,3	1,3	1,6
Marche	0,5	1,3	1,2	1,4	1,4	3,2	1,6	2,8	9,7
Lazio	5,6	4,7	1,9	3,8	5,5	3,9	4,4	4,2	6,2
Abruzzo	0,8	0,6	1,4	0,8	2,1	1,1	2,4	2,6	2,5
Molise	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
Campania	6,1	7,5	3,7	2,8	6,5	6,4	5,5	5,5	11,4
Puglia	0,9	3,8	2,4	2,5	5,3	5,1	7,4	4,4	4,6
Basilicata	0,5	0,6	0,4	1,0	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3
Calabria	0,4	1,5	0,7	0,2	0,3	0,7	0,7	3,4	4,3
Sicilia	5,9	6,0	4,5	3,4	4,6	8,1	5,8	6,3	4,3
Sardegna	2,5	2,5	1,5	1,8	3,3	1,7	2,7	2,4	3,2
Comm. Straord.					9,5	2,8	0,8		
Consp	3,9	6,8	8,2	11,4	7,0	9,8	15,5	17,8	15,5
Totale	46,3	73,8	54,9	68,1	81,1	87,5	104,1	101,5	132,2
Variazione % vs anno precedente		+59%	-26%	+24%	+19%	+8%	+19%	-2%	+30%

Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

l'1,9% del valore complessivo bandito. Viceversa, i lotti sopra soglia, pari al 5% del totale, rappresentano in media l'86% del valore bandito. Osservando l'evoluzione nel tempo (Figura 17.1), si nota come, in seguito all'ultima riforma del Codice dei Contratti (D. Lgs 36/2023), sia aumentato significativamente il numero affidamenti inferiori ai 5.000€, mentre si osserva una corrispondente contrazione del numero di affidamenti compresi tra 5.000€ e 40.000€. Si tratta di una conseguenza, senza dubbio, dell'estensione degli obblighi di ricorso alle piattaforme digitali per gli acquisti superiori a 5.000€. Obblighi che comportano un aggravio amministrativo per procedure di modica entità. A questo si unisce l'innalzamento della soglia dell'affidamento diretto da 40.000€ a 140.000€ che rende meno "attraente" la classe dimensionale compresa tra 5.000€ e 40.000€. Non a caso, si osserva un incremento del 122% del numero di CIG dal valore compreso tra 40.000€ e 140.000€.

Figura 17.1 **Evoluzione degli acquisti pubblici in sanità per classe dimensionale (numero, 2016-2024)**



Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

17.2.3 La centralizzazione degli acquisti in sanità

Analizzati i trend di mercato, si discute ora del tema della centralizzazione degli acquisti. La Tabella 17.2 presenta i dati relativi alla quota di acquisti centralizzati sul totale di ciascuna regione, sia anno per anno sia come media del triennio 2022-2024. Il dato medio calcolato sul triennio è fondamentale per apprezzare l'incidenza degli acquisti centralizzati, in considerazione dell'andamento ciclico discusso nel paragrafo precedente. Il tasso di centralizzazione è calcolato rapportando il valore dei contratti discendenti da Accordi Quadro (AQ) e Convenzioni aggiudicati dalle centrali di committenza / soggetti aggregatori e il valore dei contratti aggiudicati autonomamente dalle aziende sanitarie. Questo metodo di calcolo consente di valutare la quota di acquisti centralizzati effettiva.

I dati dimostrano come ormai la centralizzazione sia un fenomeno consolidato su tutto il territorio nazionale con alcune eccezioni rappresentate dalle Province Autonome di Trento e Bolzano e dalla Regione Calabria. Le prime non solo vedono la delega da parte del Soggetto Aggregatore all'azienda provinciale a gestire le procedure di acquisto di beni e servizi in sanità, ma anche, specialmente nel caso di Bolzano, il permanere di un forte orientamento all'acquisto autonomo, senza appoggiarsi quindi a Consip o altre centrali di committenza. Nel triennio 2022-2024, il ricorso a procedure centralizzate da parte di ASDAA Bolzano è stato, infatti, del 19%. L'AUSL Valle D'Aosta, al contrario, pur presentando caratteristiche di contesto simili, presenta un tasso di centralizzazione del 70% nel triennio 2022-2024.

Tabella 17.2 **Tasso di centralizzazione delle gare (anni 2016-2024, quota delle iniziative aggiudicate centralizzate / aggregate sugli acquisti CIG)**

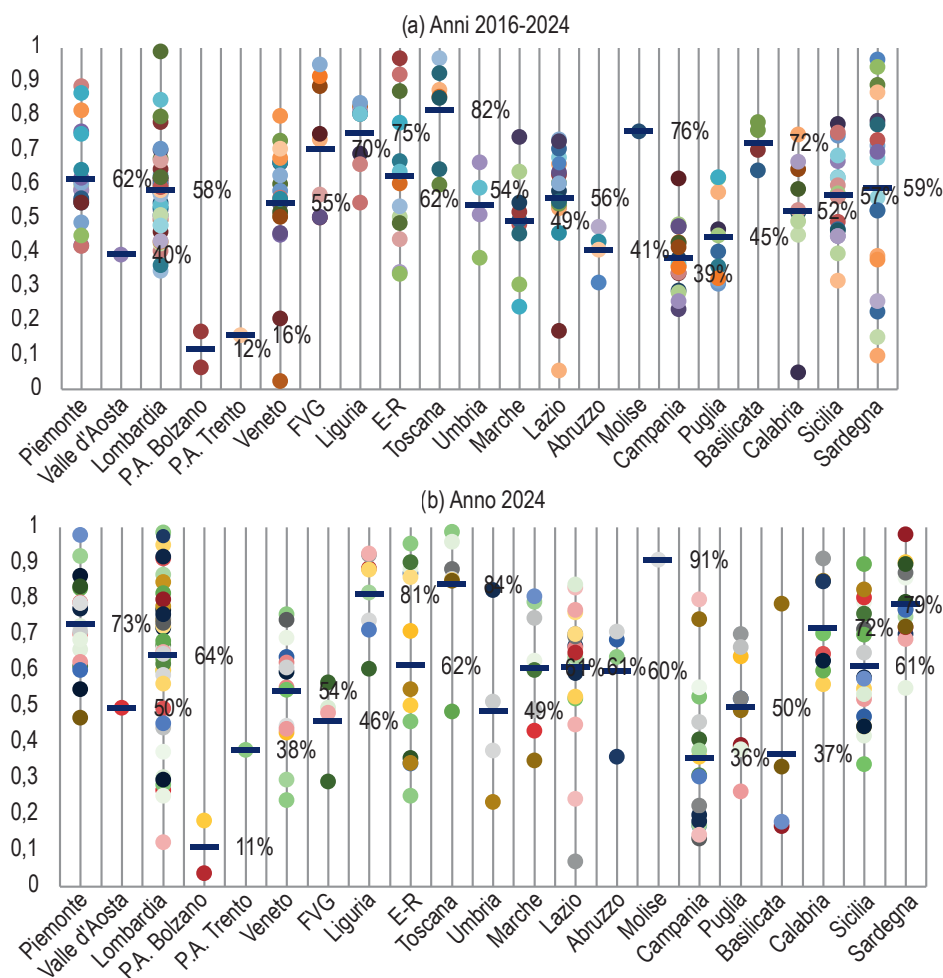
Regione	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Media 2022-2024
Piemonte	62%	47%	73%	54%	78%	55%	78%	66%	89%	81%
Valle d'Aosta	25%	23%	50%	19%	68%	29%	68%	42%	79%	70%
Lombardia	74%	63%	47%	64%	74%	50%	75%	60%	81%	72%
P.A. Bolzano	40%	28%	30%	22%	32%	39%	19%	10%	38%	19%
P.A. Trento	11%	2%	21%	30%	40%	16%	23%	25%	62%	38%
Veneto	57%	53%	83%	53%	69%	81%	72%	65%	77%	71%
FVG	78%	63%	95%	86%	76%	91%	90%	81%	52%	76%
Liguria	69%	84%	86%	64%	85%	77%	83%	78%	83%	82%
E-R	53%	68%	65%	82%	52%	59%	63%	76%	67%	70%
Toscana	98%	97%	86%	91%	88%	98%	96%	97%	95%	96%
Umbria	34%	35%	52%	74%	50%	57%	79%	77%	70%	75%
Marche	74%	27%	66%	58%	60%	47%	85%	61%	80%	78%
Lazio	59%	82%	56%	66%	63%	82%	78%	73%	81%	78%
Abruzzo	48%	31%	32%	25%	49%	64%	45%	58%	86%	68%
Molise	59%	29%	9%	39%	94%	60%	83%	67%	93%	87%
Campania	50%	75%	75%	61%	48%	65%	63%	72%	69%	69%
Puglia	24%	33%	44%	55%	60%	61%	74%	65%	71%	70%
Basilicata	84%	37%	83%	77%	89%	64%	81%	87%	66%	80%
Calabria	24%	24%	63%	27%	82%	76%	58%	36%	41%	42%
Sicilia	23%	85%	90%	69%	55%	63%	74%	67%	82%	75%
Sardegna	23%	56%	70%	63%	57%	83%	79%	77%	86%	82%
Totale	51%	50%	61%	56%	65%	63%	70%	64%	74%	70%

Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

Il dato medio regionale nasconde spesso una forte variabilità a livello aziendale. I due grafici sottostanti (Figura 17.2 (a) e (b)) mostrano il tasso di centralizzazione per ogni singola azienda, sia come valore medio dell'intero periodo considerato (2016-2024) sia per il solo anno 2024. Ciascun punto rappresenta un'azienda sanitaria. Più i punti si distribuiscono lungo l'asse delle ordinate, maggiore è la dispersione rispetto alla media e, quindi, la diversità nelle politiche di acquisto aziendali. Viceversa, più i punti sono concentrati intorno al valore medio, maggiore è l'uniformità degli approcci aziendali.

Confrontando il valore medio 2016-2024 con il valore dell'ultimo anno di osservazione, ovvero l'anno 2024, si osserva una diminuzione significativa nella deviazione standard (quindi, la dispersione dei valori attorno alla media) in Sardegna, Friuli-Venezia Giulia e Calabria. Il Veneto e il Piemonte segnano anch'essi una diminuzione della dispersione, seppur in misura più contenuta. Al contrario, si nota un aumento della dispersione in Campania, Umbria, Abruzzo e Lombardia. In quest'ultimo caso, si osserva, in generale, uno spostamento verso l'alto nel tasso di centralizzazione delle aziende. Nelle altre re-

Figura 17.2 **Media del tasso di centralizzazione per azienda sanitaria / ospedaliera e media regionale, (a) anni 2016-2024; (b) anno 2024**



Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

gioni, la dispersione è sostanzialmente invariata, sebbene la media regionale, fatte alcune eccezioni, aumenti.

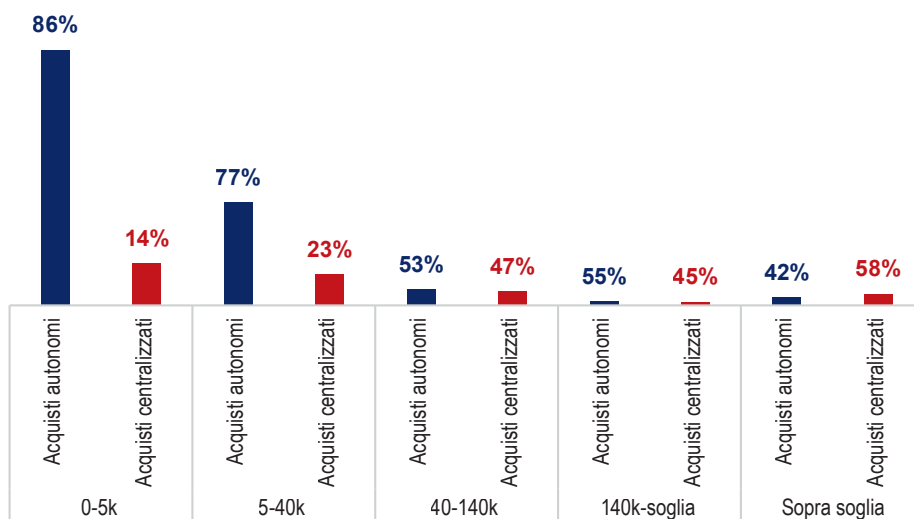
Escludendo la Regione Sardegna, dove si nota uno sforzo nell'uniformare i comportamenti di acquisto delle singole aziende, in molte altre regioni si osservano ancora differenze più o meno marcate nelle pratiche aziendali. Persistono dunque notevoli spazi di azione da parte delle centrali di committenza, fermo restando il supporto regionale, per un rafforzamento della governance del procurement con un conseguente aumento del tasso di centralizzazione, anche a parità di categorie merceologiche trattate.

L'incidenza degli acquisti autonomi aziendali, come mostra la Figura 17.3, è prevalente negli acquisti sotto-soglia comunitaria. Sopra-soglia, invece, prevalgono, comprensibilmente, gli acquisti a valere su strumenti centralizzati. Ciò dimostra una progressiva focalizzazione dei provveditorati aziendali nell'acquisto di forniture ad alta specializzazione, non coperte da strumenti centralizzati. Tali acquisti, per quanto residuali, non necessariamente sono da considerarsi più semplici; essi rispondono, infatti, a fabbisogni specifici che necessitano comunque di un'attività di progettazione e di interlocuzione con il mercato, oltre alla gestione amministrativa delle procedure. La Figura 17.4 mostra, infatti, come sotto-soglia siano acquistati prevalentemente dispositivi medici. Purtroppo, nonostante i nuovi obblighi informativi, molti CIG sotto-soglia sono sprovvisti di un corredo informativo (in questo caso, il CPV correttamente attribuito) completo.

Calcolato il tasso di centralizzazione, si è voluto analizzare in quale proporzione le aziende sanitarie ricorrano alla propria centrale di committenza / soggetto aggregatore regionale, a Consip, oppure ad altre forme di aggregazione (consorzi, aree vaste, acquisti delegati ad azienda capofila).

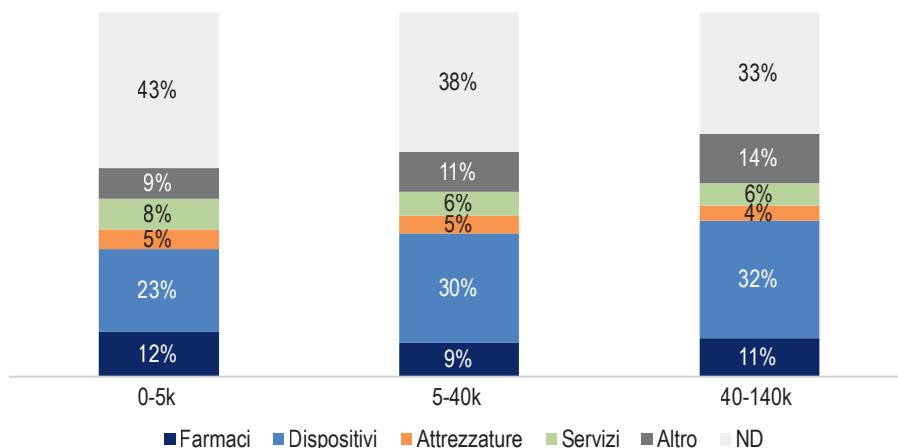
La Figura 17.5 rappresenta l'origine dei contratti / ordinativi di fornitura sottoscritti dalle aziende sanitarie, misurata dalla provenienza del CIG cosiddetto "padre" rispetto ai CIG "figli", ovvero i CIG derivati dagli strumenti di acquisto centralizzati, "staccati" dalle stesse aziende sanitarie nel triennio 2022-2024. Nel caso del Piemonte, ad esempio, fatto 100 il totale degli acquisti

Figura 17.3 **Incidenza dei CIG e SmartCIG banditi autonomamente da aziende sanitarie e in adesione ad AQ / Convenzioni (numero, anno 2024)**



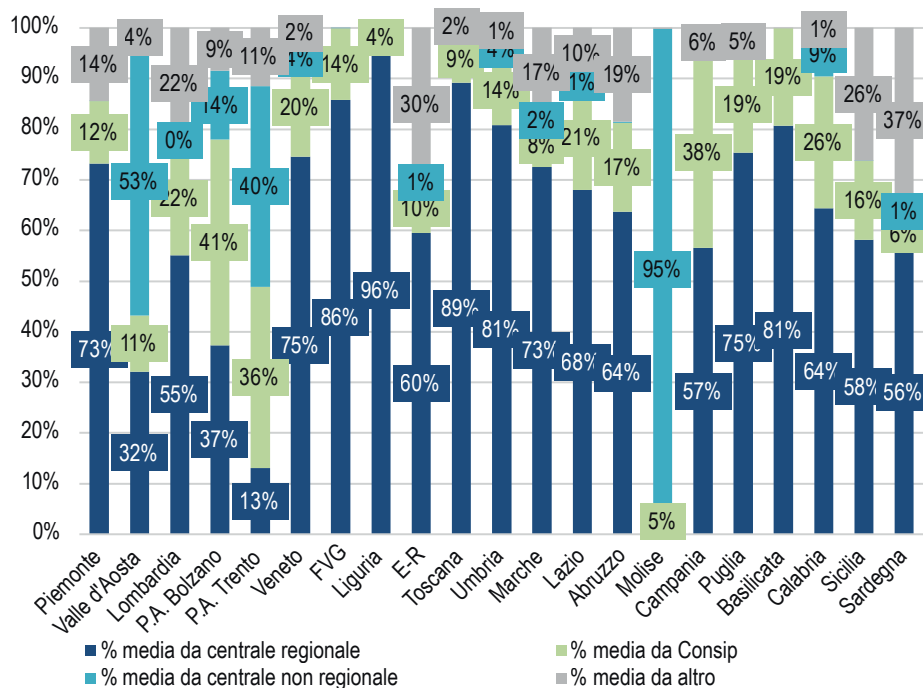
Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

Figura 17.4 **Incidenza delle categorie merceologiche nei CIG di importo inferiore alla soglia comunitaria – focus su acquisti delle aziende sanitarie (anno 2024)**



Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

Figura 17.5 **Origine dei contratti centralizzati delle aziende sanitarie (anni 2022-2024, % sul valore dei CIG discendenti da AQ/Convenzioni)**



Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

a valere su strumenti centralizzati da parte delle ASL, 73 provengono da iniziative aggiudicate da SCR Piemonte (centrale di committenza regionale), 12 da iniziative aggiudicate da Consip e la quota restante proviene da altre forme di aggregazione. Come si nota, sono cinque le centrali di committenza regionali a garantire una copertura di oltre l'80% degli acquisti centralizzati. All'estremo opposto, troviamo il Molise, dove sostanzialmente il Soggetto Aggregatore regionale non è attivo in sanità, nonostante l'elevato tasso di centralizzazione (87%).

La scelta di presidiare direttamente o di avvalersi di altre soluzioni da parte delle centrali di committenza regionali risponde a vincoli di capacità produttiva, considerazioni di efficienza e ricerca di una maggior grado di specializzazione, orientamenti regionali o assetti istituzionali. Nel caso dell'Emilia-Romagna e della Regione Lombardia, ad esempio, sono presenti consorzi e aree vaste; nel caso della Sardegna, l'azienda regionale ARES. Tali aspetti saranno approfonditi nel Paragrafo 17.3 dove si fornisce un quadro aggiornato a metà dell'anno 2025 degli assetti organizzativi e istituzionali.

A livello di categoria merceologica, il principale oggetto di acquisto centralizzato è rappresentato dai farmaci (Cusumano *et al.*, 2024). Farmaci che, come mostra il grafico sottostante che riporta le medie mobili calcolate su due periodi dell'incidenza degli acquisti centralizzati per categoria merceologica sul totale (Figura 17.6), sono acquistati per oltre il 90% attraverso strumenti centralizzati. I dispositivi medici sono la seconda categoria merceologica più acquistata centralmente in termini assoluti, sebbene, in termini relativi, solo il 50% degli acquisti sia centralizzato. Seguono i servizi alberghieri, per cui ormai si è raggiunto un buon tasso di copertura da parte di iniziative centralizzate. La maggior parte degli acquisti centralizzati fa riferimento alle categorie da DPCM⁴, per cui è obbligatorio il ricorso a soggetti aggregatori. Tale elenco è in corso di aggiornamento, per cui si prevederà l'inserimento di ulteriori prodotti.

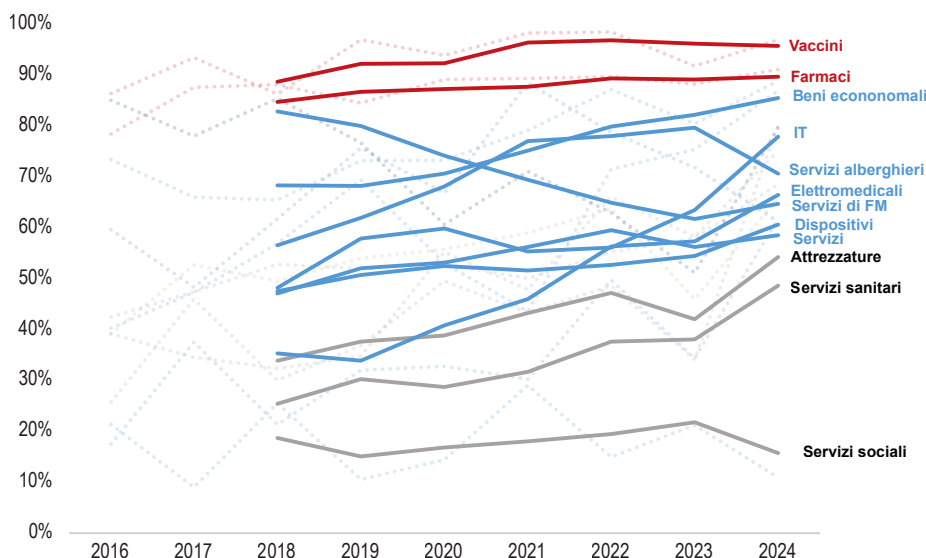
17.2.4 Tempi di aggiudicazione e partecipazione alle procedure di acquisto in sanità

Fatta la panoramica del mercato e dell'attività delle centrali di committenza / soggetti aggregatori, si analizzano ora alcune caratteristiche del procurement pubblico in sanità attraverso un confronto tra acquisti centralizzati e aziendali. Occorre premettere che tale confronto riguarda i soli acquisti sopra-soglia comunitaria (attualmente 221.000€). In secondo luogo, è necessario considerare che l'importo medio di una gara aziendale sopra-soglia è di 3,4 milioni di euro, a fronte dei 39,5 milioni di una gara centralizzata.

Un primo punto di attenzione su cui ci si concentra è la durata delle pro-

⁴ DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

Figura 17.6 **Tasso di centralizzazione delle gare per categoria merceologica (anni 2016-2024, quota delle iniziative aggiudicate centralizzate / aggregate su acquisti CIG, media mobile su due periodi)**



Note:

(i) FM = facility management, IT = information technology

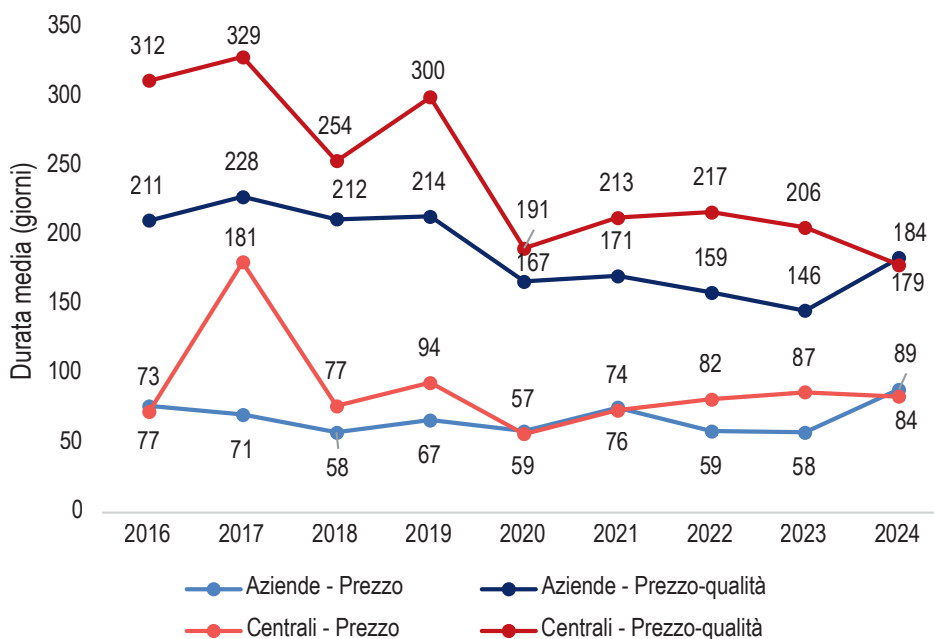
(ii) Per "Servizi" si intendono tutti quei servizi non ricompresi nelle categorie "Servizi alberghieri" e "Servizi di Facility Management".

Fonte: elaborazione dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

cedure misurata come tempo trascorso dalla pubblicazione all'aggiudicazione. La durata nel corso del tempo si è ridotta. Tale risultato è stato possibile, da un lato, grazie agli interventi normativi di semplificazione e di previsione esplicita di termini di riferimenti vincolanti, dall'altro, grazie al fisiologico processo di apprendimento. Resta da valutare l'impatto della digitalizzazione sulle tempistiche, al di là del beneficio – segnalato dai partecipanti al workshop – derivante dal ricorso diffuso alle teleconferenze da parte delle commissioni giudicatrici, che ha consentito una più efficiente gestione delle stesse.

Rispetto all'analisi compiuta in passato (Cusumano *et al.*, 2024), si distinguono (Figura 17.7) le tempistiche delle procedure aggiudicate al solo prezzo da quelle aggiudicate al miglior rapporto prezzo-qualità. Nel 2024, il gap tra gare centralizzate e aziendali sembra essersi chiuso, attestandosi intorno a 180 giorni per le gare aggiudicate con il criterio del prezzo-qualità, che si dimezzano ulteriormente nel caso di gare aggiudicate al massimo ribasso. Ovviamente, da un punto di vista di efficienza procedurale, l'assenza della valutazione tecnica – che comporta la formazione di una commissione giudicatrice, la valutazione delle offerte, la formazione delle graduatorie e la verifica dell'anomalia – ha

Figura 17.7 **Durata media (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza per criterio di aggiudicazione (anni 2016-2024)**



Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

un impatto non trascurabile. Anche nelle gare aggiudicate al prezzo più basso per l'acquisto di forniture viene condotta un'attività di valutazione tecnica che consiste, ad esempio, nel caso di dispositivi medici, nella valutazione delle schede tecniche dei prodotti offerti rispetto all'aderenza alle caratteristiche richieste in gara. Dove presenti dei servizi, le verifiche del costo del lavoro e di equivalenza dei contratti collettivi nazionali (CCNL) comportano un aggravio istruttorio sostanziale che potrebbe riflettersi, in futuro, nei tempi di aggiudicazione, specialmente nelle gare di servizi.

La Tabella 17.3 riporta per il triennio 2022-2024 il dettaglio della durata media per categoria merceologica, indicando anche il valore medio delle gare. Come si nota, la durata è influenzata più dall'oggetto (e dal relativo metodo di aggiudicazione) che dall'importo. Le gare farmaci, ad esempio, pur avendo importi rilevanti e un'articolazione in numerosi lotti, sono relativamente rapide. Le gare per attrezzature, che anche a livello centralizzato hanno importi medi contenuti rispetto ad altre categorie merceologiche, presentano i tempi di aggiudicazione più lunghi. Entrando nel dettaglio delle categorie merceologiche, a richiedere tempi maggiori per le gare aziendali si confermano le procedure relative a dispositivi medici, servizi sociali e attrezzature, mentre quelle per

Tabella 17.3 **Importo e durata medi (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza per categoria merceologica (anni 2022-2024, solo gare sopra-soglia di interesse comunitario*)**

Categoria	Importo medio (milioni di euro)		Tempi di aggiudicazione (giorni)	
	azienda	centrale	azienda	centrale
Attrezzature	2,4	6,2	150	188
Beni economici	2,8	18,4	108	128
Dispositivi	4,1	33,1	120	191
Elettromedicali	3,5	31,8	119	177
Farmaci	2,0	170,9	41	57
IT	1,9	17,7	70	112
Servizi	4,0	16,4	104	148
Servizi Sanitari	5,3	36,2	95	149
Servizi alberghieri	4,7	59,8	107	182
Servizi di Facility Management	4,1	52,7	115	223
Servizi sociali	4,1	11,2	106	159
Vaccini	1,8	20,1	51	48
TOTALE (media)	3,4	39,5	99	147

* Nel periodo considerato, la soglia di rilevanza comunitaria per gli appalti di servizi e forniture corrisponde a: €209.000 (2016-2017), €221.000 (2018-2019), €214.000 (2020-2021), €215.000 (2022-2023), €221.000 (dal 2024).

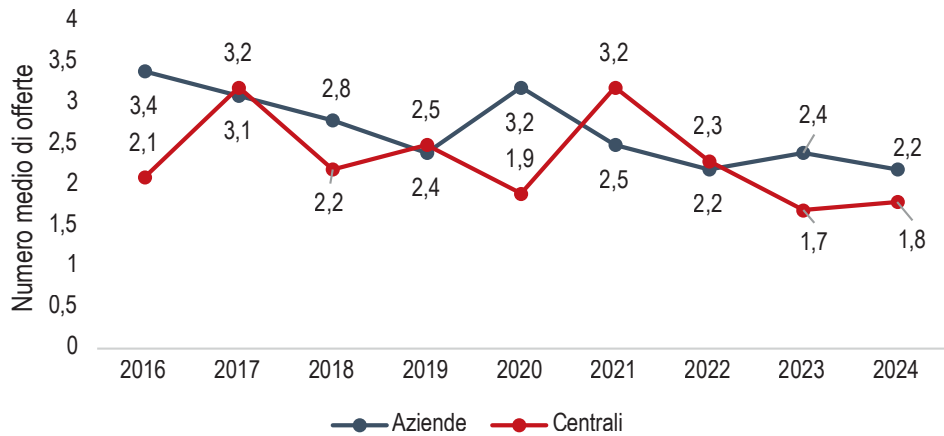
Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio MaSan su dati BDNC

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 e comportano, quindi, tempi di valutazione rapidi.

Nell'interpretare questi dati, occorre considerare che essi fotografano solo i tempi procedurali; non includono, quindi, i tempi di progettazione che possono essere piuttosto rilevanti (in passate rilevazioni condotte dall'Osservatorio MaSan, si arrivava fino a tre anni nelle iniziative più complesse). Inoltre, questi dati non considerano le procedure che risultano non aggiudicate, o perché non è riportata la data, o perché la procedura risulta incagliata a causa di un ricorso o altre problematiche nel percorso valutativo. Alla data in cui si scrive tali procedure avevano una durata media di 1.424 giorni per le aziende e di 1.674 giorni per le centrali, rispettivamente 3,9 e 4,5 anni. Una migliore qualità del dato aiuterebbe a comprendere meglio tale fenomeno e trovare delle soluzioni a situazioni potenzialmente patologiche.

Si considera ora la partecipazione alle gare, misurata dal numero medio di offerte presentate per i lotti aggiudicati da aziende e centrali di committenza. La Figura 17.8 riporta il dato di trend del periodo 2016-2024, mentre la tabella offre il dettaglio per categoria merceologica. Similmente a quanto registra-

Figura 17.8 **Numero medio di offerte (ammesse ed escluse) presentate per i lotti aggiudicati da aziende e centrali di committenza regionali (anni 2016-2024)**



Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

to lo scorso anno (Cusumano *et al.*, 2024) prosegue il trend discendente nel numero di offerte. Come si nota nella Tabella 17.4, la partecipazione media nel triennio 2022-2024 è di 2,3 offerte per lotto per gare centralizzate e di 1,9 per le gare aziendali. Il numero di offerte varia per categoria merceologica e, quindi, per mercato di riferimento. Per cercare una possibile spiegazione si è,

Tabella 17.4 **Numero medio di offerte (ammesse ed escluse) presentate per lotti aggiudicati da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica (anni 2022-2024)**

Categoria	Aziende	Centrali
Attrezzature	2,7	2,9
Beni economici	2,6	2,7
Dispositivi	2,7	2,7
Elettromedicali	2,4	2,7
Farmaci	1,6	2,1
IT	2	2,4
Servizi	3,2	3,6
Servizi Sanitari	2,7	2,5
Servizi alberghieri	3,6	8,8
Servizi di Facility Management	4,3	4,3
Servizi sociali	2,4	1,8
Vaccini	1,9	1,4

Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio MaSan su dati BDNCP

inoltre, analizzato il numero di lotti per procedura di gara; un aumento del numero di lotti per iniziativa indicherebbe una maggiore segmentazione del mercato, per cui, in presenza di richieste molto specifiche da parte delle stazioni appaltanti, corrisponderebbe un numero ristretto di potenziali concorrenti in grado di rispondervi. Dai dati emerge come, nel periodo 2016-2019, il numero mediano di lotti fosse di 4,15, sceso a 3,5 nel periodo 2021-2024. Le gare hanno quindi subito una semplificazione, non il contrario. Questo confuterebbe la tesi della maggior segmentazione con conseguente diminuzione del numero di offerenti.

I partecipanti al workshop non segnalano particolari problematiche in termini di partecipazione, specialmente nelle gare di servizi. Le dimensioni e potenziali quote di mercato vengono ritenute un'opportunità troppo importante per le imprese per essere ignorate. Una buona attività di consultazione preliminare di mercato risulta essere, inoltre, uno strumento efficace non solo per definire meglio le strategie di gara, ma anche per stimolare la partecipazione del mercato. Negli scorsi anni, il maggior ricorso ad accordi quadro plurifornitore per l'acquisto di dispositivi medici ha contribuito a una maggiore apertura del mercato, non prefigurando più un unico aggiudicatario.

17.3 L'evoluzione della governance degli acquisti pubblici in sanità

Il Paragrafo ha per obiettivo fornire un quadro aggiornato degli assetti istituzionali e operativi dei sistemi regionali degli acquisti centralizzati in sanità alla luce dei possibili cambiamenti intervenuti dall'ultima rilevazione effettuata da Cusumano *et al.* (2022). A tal fine, per tutte le regioni e province autonome, è stata ripetuta l'analisi desk dei siti istituzionali – sezione amministrazione trasparente, delle centrali di committenza costituite come soggetto autonomo e delle sezioni internet dedicate alle centrali uniche di committenza (CUC) o stazioni uniche appaltanti (SUA) costituite all'interno degli enti regione. L'analisi ha approfondito, inoltre, l'intervento nel campo del procurement delle tre Aziende Zero – Piemonte, Lazio e Calabria – per valutare come i sistemi ibridi (Cusumano *et al.*, 2022) performino. Laddove il soggetto aggregatore e la centrale di committenza non coincidano⁵, si è censito solo l'organismo che effettivamente opera in sanità.

⁵ È il caso questo di P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Liguria (dal 2025), Toscana. Ad eccezione dei casi di Trento e Bolzano dove una legge regionale delega le aziende sanitarie provinciali ad operare, negli altri casi la centrale di committenza attiva in sanità opera come soggetto avvalso del soggetto aggregatore regionale.

17.3.1 Gli assetti istituzionali

Cusumano *et al.* (2018) identificava quattro possibili assetti istituzionali:

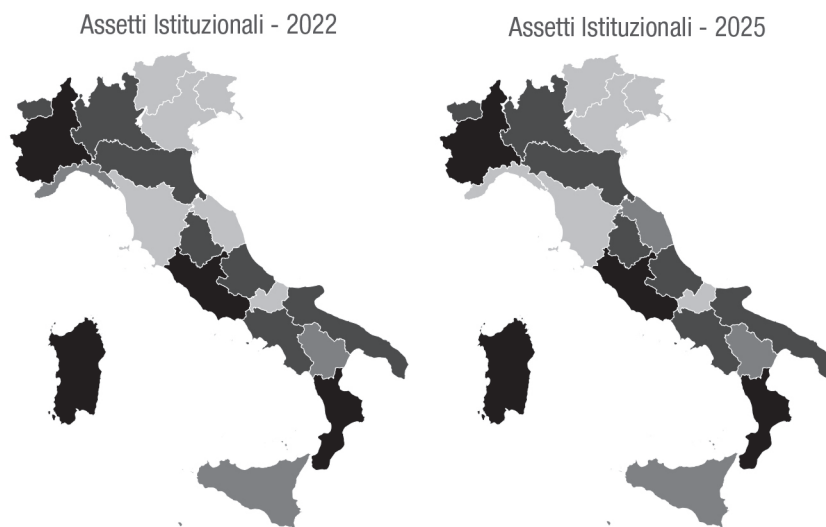
1. centrale acquisti come ente del SSR: la centrale acquisti è una unità operativa dell'azienda sanitaria regionale, un ente di supporto, un'azienda sanitaria unica o un'agenzia regionale;
2. centrale acquisti all'interno dell'Ente Regione: una unità operativa o un dipartimento/direzione della regione svolge funzione di centrale e/o stazione unica appaltante;
3. centrale acquisti come soggetto autonomo specializzato: la centrale è una società partecipata o un'agenzia della regione avente come scopo principale la gestione centralizzata degli acquisti;
4. centrale acquisti come funzione di una società in house regionale (prevalentemente società IT): all'interno di una società in house esistente (quasi sempre la società informatica della regione), è costituita una divisione con funzioni di centrale di committenza.

Rispetto a questa classificazione, per semplificare l'analisi, si è deciso di fondere le categorie 3 e 4 in una sola categoria e di creare una quarta categoria in cui si registra un sistema ibrido (vedi Cusumano *et al.*, 2022), in cui la centrale di committenza è affiancata da un altro soggetto (agenzia regionale o azienda zero) con competenze in materia di acquisti.

Come emerge dalla Figura 17.9, l'analisi conferma che il modello prevalente è il terzo modello: centrale di committenza istituita all'interno di un'agenzia (IntercentER in Emilia-Romagna, AreaCom in Abruzzo) o in una società (IN-VA Valle D'Aosta, SCR Piemonte, ARIA Lombardia, Punto Zero in Umbria, SoReSa in Campania e InnovaPuglia in Puglia)⁶. Segue, in termini di diffusione, il modello della centrale di committenza, quale azienda del SSR nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Molise e, dal 2025, nuovamente la Liguria in seguito alla ri-attribuzione delle competenze di procurement in capo ad Alisa (vedi *infra*). In Lazio, Basilicata e Calabria la centrale di committenza è costituita all'interno dell'ente regione.

Cusumano *et al.* (2022) rilevava che, in seguito a processi di riforma, Piemonte, Lazio e Calabria avessero istituito un'Azienda Zero a cui venivano affidati compiti in materia di acquisti, e se ne annunciava la costituzione in Puglia. In Sardegna, inoltre, era operativa sia la CRC-RAS quale soggetto aggregatore, sia ARES, agenzia regionale per la salute nella centralizzazione degli acquisti extra-DPCM per le ricostituite aziende sanitarie in seguito alla

⁶ È bene notare che IntercentER riporta alla DG Salute, mentre SoReSa è finanziata dal fondo sanitario.

Figura 17.9 **Assetti istituzionali**

Nota: la gradazione più chiara corrisponde alla categoria 1, la gradazione più scura alla categoria 4

Fonte: elaborazione dati dell'Osservatorio MaSan

riforma. Si andavano quindi delineando dei sistemi ibridi. A distanza di tre anni, si nota che delle tre regioni in cui è stata istituita per legge l'Azienda Zero, solo in Piemonte essa sia entrata effettivamente in attività. In Lazio⁷, l'Azienda Zero è ancora in via di costituzione e non ne sono state dettagliate le funzioni in tema di acquisti⁸. Anche in Regione Calabria l'Azienda Zero risulta essere in costituzione, ma non operativa mentre in Regione Puglia non è mai stata approvata la legge. Azienda Zero Piemonte – alla data in cui è stata effettuata l'analisi (luglio 2025) – svolge esclusivamente una funzione di coordinamento della programmazione degli acquisti. Al momento, quindi, queste riforme hanno avuto un impatto limitato nella gestione degli acquisti.

Nelle Marche, in seguito alla soppressione di ASUR che, in qualità di soggetto aggregatore avvalso⁹, fungeva compiti di centrale anche per le categorie da DPCM, le competenze sono rientrate pienamente in capo alla SUAM, quindi, in capo all'ente Regione. L'Agenzia Regionale per la Salute (ARS) svolge funzioni di coordinamento alla programmazione e di supporto tecnico e

⁷ DGR 30 gennaio 2025, n. 44, Allegato A, relativo ai “Contenuti e specifiche tecniche delle funzioni e delle attività demandate all'Azienda Regionale Sanitaria Lazio.0”

⁸ Di cui all'art. 4 lettera d-bis della L.R. 10 dicembre 2024, n. 20 “attività di centralizzazione delle committenze ed eventualmente di soggetto aggregatore, nel rispetto dei requisiti di qualificazione previsti dalla normativa statale vigente”.

⁹ In forza della DGR 204 del 2019

operativo al Soggetto Aggregatore, non interviene perciò direttamente negli acquisti.

In Liguria, la L.R. 29 maggio 2025, n. 7 pone nuovamente in capo ad Alisa la funzione acquisti, anche informatici, oltre che il monitoraggio delle convenzioni. La norma assegna, inoltre, la gestione di servizi tecnici per la valutazione della *Health Technology Assessment* (HTA). Si ritorna, quindi, al modello precedente per cui è un ente del SSR ad essere a capo della rete degli acquisti e non direttamente l'ente regione.

Si assiste a dei cambiamenti in Lombardia¹⁰, regione in cui si propone di rafforzare il ruolo dei consorzi nella gestione degli acquisti aggregati delle categorie merceologiche extra-DPCM. In Campania¹¹, si assiste a un rafforzamento del ruolo di controllo dell'ente Regione su SoReSa, che è tenuta, entro il 30 novembre di ogni anno, a sottoporre all'approvazione della Giunta regionale i piani e le procedure centralizzate per l'acquisto e la fornitura di lavori, beni, attrezzature e servizi. In passato, la società godeva di una notevole autonomia nella programmazione.

Gli assetti istituzionali risultano nel complesso stabili. Dall'analisi emerge come la costituzione di nuovi enti sia complessa e quanto ancora più difficile sia per questi soggetti intervenire nei processi di acquisto svolgendo direttamente procedure centralizzate. Oltre alle difficoltà operative nel reclutamento del personale specializzato vi sono, infatti, dei vincoli normativi nella costituzione di nuove centrali di committenza. Con l'entrata in vigore del D. Lgs 36/2023, è entrato pienamente in funzione il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti¹². Un soggetto senza esperienza difficilmente può acquisire i livelli di qualificazione necessari per indire autonomamente delle procedure. Lo spazio di azione è, quindi, limitato a funzioni di governance della programmazione e/o di supporto al Soggetto Aggregatore, salvo che il nuovo organismo non venga indicato esso stesso come Soggetto Aggregatore e, quindi, qualificato di diritto.

17.3.2 Gli assetti operativi

Oltre agli assetti istituzionali, si è proceduto ad aggiornare la fotografia relativa agli assetti operativi. Cusumano *et al.* (2020, 2022) identificava tre modelli:

- provveditorato unico (PU), in cui la funzione acquisti viene centralizzata a livello regionale;
- azienda unica (AU), in cui, essendo costituita un'azienda unica a livello regionale o provinciale, la funzione acquisti è, di fatto, centralizzata;

¹⁰ Regole di Sistema 2025, par. 13.4.2

¹¹ L.R. 5 luglio 2023, n. 11 art. 15

¹² Art. 63 D. Lgs 36/2023

- ibrido, in cui la funzione acquisti è duplicata: la centrale opera come un fornitore di servizi di procurement incaricato della selezione dei fornitori (e, quindi, dello svolgimento della procedura di gara), lasciando inalterate le prerogative dei provveditorati aziendali. La centrale, nello specifico, gestisce le procedure amministrative e fornisce un supporto operativo, salvo nelle centrali più avanzate, ai gruppi di lavoro per la progettazione e commissioni giudicatrici.

Dall'analisi effettuata non emergono nuovi modelli di acquisto rispetto a quelli già individuati. Il modello prevalente risulta essere quello ibrido, operativo in tutte le regioni, ad eccezione della Toscana. In questa regione si può parlare, infatti, di un modello a provveditorato unico in quanto la centrale di committenza presidia l'intero ciclo di approvvigionamento per tutte le forniture che confluiscono nel magazzino regionale e per le tecnologie in cui ESTAR funge anche da ingegneria clinica. In Regione Toscana, inoltre, tutti gli acquisti di importo superiore ai 40.000€ vengono svolti dalla centrale di committenza. Le altre regioni dove si adottava un modello simile, Friuli-Venezia Giulia e Umbria, modello, sono ora passate al modello ibrido¹³. Nelle province autonome di Trento e Bolzano, Valle D'Aosta e nella Regione Molise si continua a riscontrare il modello di azienda unica.

Da un punto di vista organizzativo, si nota come in alcune regioni – ad esempio Toscana e Lombardia – siano stati costituiti dei gruppi di lavoro permanenti composti da professionisti provenienti dalle aziende sanitarie per la progettazione e il monitoraggio delle iniziative centralizzate. In Liguria la recente riforma descritta in precedenza attribuisce ad Alisa anche compiti in materia di esecuzione delle convenzioni.

In conclusione, sebbene le regioni abbiano adottato diverse soluzioni istituzionali in termini operativi, si assiste a una maggiore uniformità. In ottica di futuri sviluppi, bisognerà comprendere se alle centrali di committenza saranno affidate nuove funzioni e le relative risorse per presidiare meglio l'intero ciclo degli acquisti, specialmente in termini di valutazione e monitoraggio degli strumenti di acquisto predisposti fino, in prospettiva, alla stessa esecuzione. Nei paragrafi precedenti, si è osservato come uno spazio importante di lavoro riguardi l'uniformare maggiormente i comportamenti di acquisto delle aziende sanitarie e ospedaliere per cui, anche senza centralizzare nuove categorie merceologiche, è possibile incrementare i livelli di centralizzazione. Regione Sardegna, come discusso, dimostra come sia possibile operare in tal senso.

¹³ Per quel che concerne in particolare il caso umbro nella versione 2024-2028 del Disciplinare dei Servizi di Punto Zero verso le Aziende Sanitarie, sezione B non figurano più i servizi di “supporto alle attività amministrative dei processi di acquisto aziendali” e i servizi di “supporto alle attività amministrative dei processi di gara”.

17.4 Il Value-Based Procurement

17.4.1 Il Value-Based Procurement: da sperimentazioni episodiche a modello in consolidamento

Come già documentato nel Rapporto OASI 2022, sull'onda del *Value-Based Health Care* (VBHC), che ha portato soprattutto negli Stati Uniti e nei paesi Nord Europei alla sperimentazione di logiche di rimborso legate all'outcome clinico, vi è un crescente interesse per il *Value-Based Procurement* (VBP).

Il VBP ridefinisce i criteri di acquisto superando la logica del prezzo d'acquisto e promuovendo la valorizzazione dei benefici clinici e/o organizzativi lungo il ciclo di vita del bene e/o del servizio (Meehan *et al.*, 2017; Posnett, 2022; Stanberry *et al.*, 2021).

Le evidenze scientifiche sui meccanismi di rimborso mostrano risultati contrastanti, con differenze tra contesti e tipologie di trattamenti; tuttavia, i maggiori oneri amministrativi sembrano essere un elemento comune a tutte le sperimentazioni (Figuerola *et al.*, 2025).

Il VBP presenta importanti analogie con gli *Outcome-Based Contracts* (OBCs) e i *Social Impact Bonds* (SIBs)¹⁴, introdotti nel Regno Unito nel 2010 e successivamente diffusi anche negli Stati Uniti, in Australia e in Europa (Broccardo *et al.*, 2020, Fraser *et al.*, 2018). Questi strumenti, nati con l'obiettivo di introdurre innovazione nell'erogazione di servizi sociali (ad esempio, in ambiti come disoccupazione, educazione, recidiva e welfare familiare), si basano, come il VBHC, sul principio della condivisione del rischio attraverso meccanismi di pagamento legati ai risultati (*payment-by-results*). Le evidenze disponibili su OBC e SIB sono ampie, ma non del tutto incoraggianti: si è trattato per lo più di progetti sperimentali che raramente hanno generato innovazioni di sistema, in quanto tecnicamente complessi e costosi da progettare e gestire e, quindi, difficili da scalare. Spesso nate nell'ambito di specifiche policy o sostenute da fondi pubblici e privati che coprivano sia la fase di progettazione sia il pagamento dell'eventuale outcome, queste iniziative non sono riuscite a passare dalla fase pilota al consolidamento, anche a causa di soluzioni difficilmente replicabili e del ricorso a sistemi di pagamento *outcome-based*. Le ragioni prin-

¹⁴ Il primo SIB al mondo è stato implementato nel 2010 in Inghilterra, presso il carcere di Peterborough. Alcuni investitori privati hanno finanziato il programma "One Service" (gestito da Social Finance) con l'obiettivo di ridurre la recidiva dei detenuti con pene brevi. Il contratto prevedeva il pagamento del provider solo se il tasso di recidiva si fosse ridotto di almeno il 7,5% rispetto a un gruppo di confronto (control group). In linea generale, i SIB prevedono che un committente – solitamente, un'amministrazione locale o un'agenzia pubblica – stipuli un contratto con un intermediario, il quale raccoglie il capitale iniziale da parte di eventuali investitori per finanziare l'erogazione di un servizio/intervento da parte di uno o più provider. Il committente remunera poi gli investitori tramite un corrispettivo, che è però subordinato al raggiungimento di determinati esiti prestabiliti, previa verifica da parte di un valutatore indipendente.

cipali risiedono non solo negli elevati oneri amministrativi e nella complessità di definizione di un sistema di verifica con baseline e target, ma anche nelle rigidità dei bilanci pubblici, che rendono difficile sostenere oggi costi destinati a produrre benefici futuri su capitoli di spesa diversi, spesso appartenenti ad amministrazioni diverse dal pagatore (Pihlajamaa *et al.*, 2025).

In questo contesto, l'Osservatorio MaSan di SDA Bocconi – CERGAS, la cui mission è sostenere l'evoluzione del procurement sanitario da strumento amministrativo di acquisto a funzione strategica per il SSN, con il suo approccio di ricerca di tipo *Mode2*, basato sul confronto e dialogo continuo con gli stakeholder (buyer pubblici, clinici, imprese) e sull'analisi delle esperienze nazionali ed europee, supportato dalle evidenze scientifiche e dal rigore metodologico, ha disegnato un approccio dinamico al VBP, che vede nel processo (collaborativo, come si scriverà sotto) e non nella logica transazionale del *risk-sharing* il suo elemento distintivo. Questo approccio, chiamato *Value-Based Procurement Process* (VBPP), è stato, infatti, pensato per essere evolutivo e adattivo: evolutivo poiché l'introduzione di logiche sofisticate ha bisogno di processi incrementali; adattivo poiché il modello deve essere applicato a più contesti e a più tipologie di acquisto; non solo al device e ai prodotti farmaceutici, ambiti di elezione del VBP, ma possibilmente anche ai servizi.

17.4.1 Il VBP come processo collaborativo

Questa sezione illustra il *Value-Based Procurement Process* (VBPP), includendo anche la prospettiva dei principali stakeholder emersa durante due incontri organizzati dall'Osservatorio MaSan nel mese di settembre 2025¹⁵. Alcuni virgolettati riportati nel testo aiutano a comprendere meglio il fenomeno, le opportunità e le criticità individuate.

Come scritto, il VBPP intende spostare il focus dal meccanicismo transazionale del pagamento legato all'outcome clinico al processo di costruzione del valore durante l'intero ciclo di acquisto, che si dovrebbe basare su un processo collaborativo con gli stakeholder.

Ciò non significa declassare la misurazione dell'outcome, ma individuare soluzioni che consentano di introdurre logiche di valore nel procurement anche in contesti in cui la misurazione è estremamente onerosa in termini di tempo e risorse. Inoltre, i sistemi informativi sono ancora eccessivamente frammentati

¹⁵ Il primo incontro è stato realizzato nell'ambito del calendario annuale dell'Osservatorio MaSan, in data 24 settembre 2025. Il secondo è stato realizzato nell'ambito dell'evento finale del progetto Innovative Procurement for Diabetes (IP4D), svoltosi il 26 settembre 2025. IP4D è una iniziativa che, facendo leva sul modello di Value Based Procurement elaborato dall'Osservatorio MaSan, propone un percorso per progettare e realizzare gare basate su logiche di valore, sviluppate con il contributo di un Advisory Board composto da diversi stakeholder, tra cui clinici, farmacisti, ingegneri clinici, associazioni di pazienti e rappresentanti dell'industria.

per consentire una agevole scalabilità dell'approccio, intesa in termini di volumi e di categorie merceologiche.

Pertanto, il VBPP deve consentire di sperimentare logiche di acquisto più innovative e nel frattempo *“stimolare soluzioni atte a comprendere sia quali dati possono servire realmente, sia come raccoglierli”* (Umberto Nocco, AIIC). Se il VBP dovesse accrescere la complessità amministrativa rischierebbe di non attecchire e sarebbe velocemente accantonato al termine della sperimentazione. Ciò che peraltro è già accaduto, come si è scritto, per gli OBC/SIB.

Inoltre, gli esiti di cura sono spesso influenzati da molteplici fattori, rendendo difficile attribuire la responsabilità al singolo operatore economico/fornitore. L'outcome è influenzato – soprattutto nelle cronicità, come per esempio il diabete – dall'aderenza alla terapia, che va oltre il device e che richiede un ecosistema di servizi. Pertanto, serve riflettere attentamente su quali elementi consentono di generare valore, ma anche valore per chi, per quale stakeholder.

La rilevante difficoltà a definire baseline e target legati all'outcome e a misurarli non dovrebbe indurre ad applicare logiche di VBP ad acquisti di prodotti e soluzioni già consolidati, per cui è ampiamente dimostrato il valore. Ciò rischierebbe un uso inappropriato dello strumento. Tuttavia, va anche detto che la letteratura ha evidenziato che la familiarità verso il VBP abbatta la percezione del rischio, sia lato pubblico sia lato privato. Pertanto, ciò può giustificare – sempre nell'ambito di un percorso evolutivo – l'applicazione del VBP ad acquisti per cui esistono molte evidenze circa la superiore qualità e, quindi, per cui il pagamento legato all'outcome rappresenta solo un elemento contrattuale e non un meccanismo reale di *risk-sharing* volto all'introduzione di innovazione.

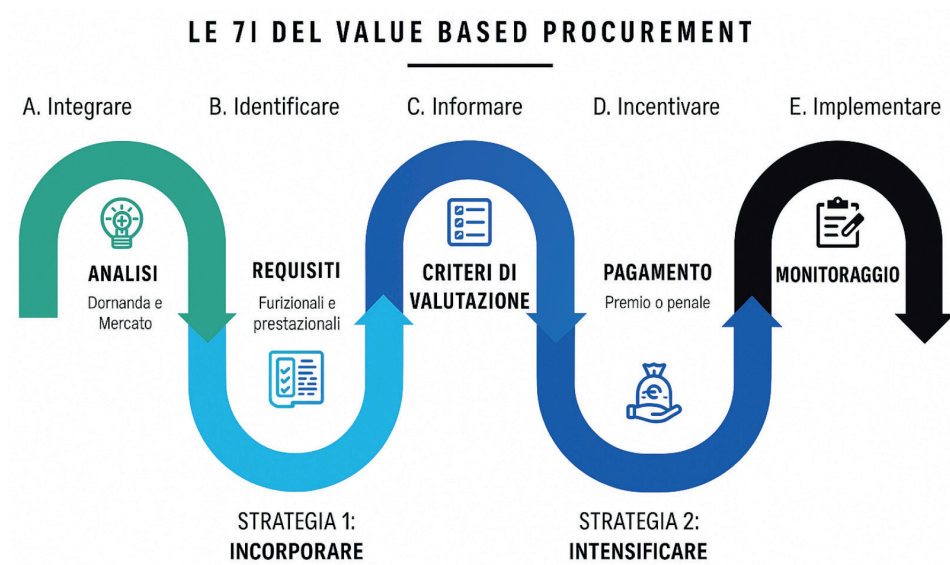
In questo contesto, rivedere l'integrazione delle logiche di valore negli acquisti sanitari non significa abbandonare la misurazione degli esiti né i meccanismi di pagamento legati alla performance. Significa, piuttosto, riformulare il VBP nella cornice del Public Value Management (PVM), ovvero come un processo collaborativo in cui gli stakeholder (aziende sanitarie, centrali di committenza, associazioni di pazienti, clinici, infermieri e fornitori) partono dal bisogno, analizzano il problema e co-progettano la soluzione più adeguata, anche in considerazione del contesto e del significato attribuito al concetto di valore, che è per sua natura – nel SSN – cangiante (Carter & Ball, 2021).

Come ha osservato Marta Bravi di ESTAR, *«il value-based procurement è un processo e ciò che è rilevante è che tutti gli attori convergano sul fine»*.

In Figura 17.10 è illustrato il modello del VBPP ideato dall'Osservatorio MaSan, che si compone di sette I, di cui cinque sono le azioni da intraprendere e due sono le strategie di implementazione, a seconda che prevalga il focus a monte o a valle del ciclo del procurement¹⁶. **eliminare anche il "16"**

¹⁶ MANCA NOTA?????

ELIMINARE QUESTA NOTA

Figura 17.10 **Il Modello del VBPP elaborato dall'Osservatorio MaSan**

Le cinque azioni includono:

- ▶ integrare nel procurement una puntuale e robusta attività di progettazione, condotta in collaborazione con i principali stakeholder e informata anche dall'HTA;
- ▶ identificare i requisiti funzionali e prestazionali che meglio declinano quanto emerso in fase di progettazione;
- ▶ informare il mercato su ciò che verrà valutato attraverso la selezione di criteri di valutazione distintivi;
- ▶ incentivare la gestione del rischio e la performance attraverso un adeguato meccanismo di pagamento;
- ▶ implementare il monitoraggio.

Le due strategie di implementazione, che potrebbero anche essere utilizzate in modo complementare, sono le seguenti:

1. la strategia "incorporare": agisce nella fase a monte, definendo requisiti minimi ambiziosi ma realistici, in termini di qualità e innovazione, così da orientare l'offerta del mercato;
2. la strategia "intensificare": interviene nella fase a valle, facendo leva sui criteri di valutazione basati sul valore e attraverso modelli di pagamento innovativi per incentivare livelli di performance elevati.

«A queste sette I ne potrebbe essere aggiunta un'altra per catturare la dimensione dell'intuizione. Serve, infatti, intuizione per cogliere l'opportunità e per comprendere il contesto più adeguato dove applicare logiche di VBP» (Salvatore Torrisi, FARE).

Il primo step – che è anche il più importante – consiste nell'analisi della domanda, attraverso un dialogo strutturato con gli attori portatori di interesse e l'analisi dei contratti pregressi per valutare ciò che ha funzionato e ciò che non ha funzionato. Come sottolineato da Turrell (2013), non esiste un valore univoco nel settore pubblico – motivo per cui sopra è stato definito come concetto cangiante – ed esiste una tensione intrinseca tra le diverse percezioni di “valore”. Pertanto, il VBP richiede una comprensione approfondita delle prospettive dei vari stakeholder: la loro mappatura e il loro ascolto è parte integrante di un procurement che vuole essere leva strategica per la creazione di valore, e non devono essere visti come esercizio occasionale legati al singolo appalto. Questa prima fase di identificazione delle dimensioni di valore che si vuole perseguire deve informare anche la costruzione del monitoraggio contrattuale, così da garantire un flusso continuo di informazioni e interazioni tra le parti, *in primis* tra buyer e fornitore.

«In Emilia-Romagna, il rapporto diretto tra la centrale Intercent-ER e l'assessorato consente di definire i fabbisogni di salute e, quindi, anche gli ambiti dove il procurement può contribuire a questi fabbisogni. Questo è il mandato; poi è necessaria la disponibilità e la visione dei clinici e, soprattutto, la capacità di risposta del mercato, senza la quale il VBP non sarebbe possibile» (Sabrina Amerio, Intercent-ER).

In Toscana, ESTAR già dal 2022 ha formalizzato il coinvolgimento della figura del “paziente esperto” (PE)¹⁷ nelle gare d'acquisto di dispositivi e farmaci¹⁸ con una delibera¹⁹ approvata dalla giunta regionale, prevedendo anche dei percorsi formativi in modo da assicurare un contributo fattivo e sostanziale. Nello specifico, il PE è coinvolto in una o più delle seguenti fasi di gara: la consultazione preliminare di mercato, la stesura del capitolato tecnico e il monitoraggio della gara. In altre Regioni, il contributo delle associazioni dei pazienti dipende maggiormente dalle specifiche condizioni di contesto e dalla forza che riescono ad esercitare.

¹⁷ Si definisce “paziente esperto” (PE) una persona con patologia cronica oppure oncologica oppure rara (o caregiver) che oltre all'esperienza di malattia abbia acquisito una formazione tecnica riguardo ad argomenti inerenti allo sviluppo dei farmaci o dei dispositivi medici erogata da un ente formatore riconosciuto. Il PE deve avere una certificazione che qualifichi il suo percorso di formazione.

¹⁸ Dal 2024, il coinvolgimento del paziente esperto è stato esteso anche a gare per farmaci con dispositivi di autosomministrazione e per ausili (oltre ai DM), con prime applicazioni pratiche (es. gara aghi per pazienti diabetici).

¹⁹ Delibera della Giunta Regionale n. 702 (20/06/2022).

Il secondo passaggio – probabilmente il più complesso – consiste nel tradurre le dimensioni di valore in elementi contrattuali e meccanismi di governance. In questa fase, la fisiologica rigidità del public procurement può (e deve) lasciare spazio al dialogo e al confronto con il mercato. Anzi, la letteratura sui contratti complessi – coerentemente con le Direttive UE – non solo invita al dialogo ma anche all'utilizzo di procedure negoziate, proprio per ridurre l'asimmetria informativa. L'obiettivo è co-progettare il perimetro dell'acquisto e le sue caratteristiche.

«È necessario sedersi al tavolo ed esplicitare che cosa ci serve e quindi allineare tutti “i pianeti” rispetto all'obiettivo» (Elisa Rita D'Autilia, ARIA).

In questa fase, l'*Health Technology Assessment* (HTA), nonostante il suo ruolo ancora limitato nel mondo del procurement (Cangelosi *et al.*, 2023), offre un'importante base informativa per orientare le scelte su cosa acquistare e con quali caratteristiche²⁰.

Questi sono i principali elementi che dovrebbero essere definiti in questa fase e che, nel loro complesso, determinano quello che può essere chiamato il “business case”, contemplando anche i pro e i contro di soluzioni alternative:

- Oggetto d'acquisto: singolo bene o un *bundle* che include esplicitamente anche servizi, unitamente alle caratteristiche tecniche e prestazionali;
- Target di performance, con possibilità di revisione lungo la durata contrattuale (dal momento che la creazione di valore potrebbe aumentare nel tempo, anche sulla base di maggiori e migliori informazioni raccolte durante la vita del contratto);
- Meccanismi di *risk-sharing* appropriati al livello di incertezza e, quindi, strutture di pagamento: il prezzo base può essere pieno o ridotto (equiparato al prezzo del bene standard o definito pari al costo di produzione). Nel primo caso, il *risk-sharing* determina un *payback* (una penale), mentre nel secondo, una premialità; non sembrerebbe opportuno prevedere un premio che porti ad erodere una parte di risparmio generato, anche perché questo implicherebbe importanti investimenti in sistemi di calcolo dei risparmi e, inoltre, il SSN non avrebbe alcun vantaggio ad adottare meccanismi di *risk-sharing* quando al massimo, con un procurement ordinario, pagherebbe un prezzo inferiore;
- Sistemi di monitoraggio che, almeno nelle fasi iniziali, potrebbero essere costruiti *ad hoc*, facendo leva sulle soluzioni informatiche ormai ampiamente disponibili;
- Durata contrattuale adeguata a facilitare interazione, investimenti privati e costruzione di fiducia.

²⁰ A questo proposito, nell'ambito del Programma Nazionale per l'HTA dei dispositivi medici (PNHTA 2023-2025) si sta riflettendo su come integrare gli esiti e le raccomandazioni delle valutazioni HTA nei processi decisionali degli acquisti pubblici da parte degli enti del SSN.

È in questo secondo step che si adotta la strategia denominata “incorporare”, incorporando appunto gli obiettivi di valore in fase di progettazione della gara, definizione della strategia di acquisto e impostazione del contratto.

È utile ribadire che per “performance” non si deve intendere solo quella declinabile nell’outcome clinico, ma potrebbe essere anche riconducibile all’aderenza al protocollo sanitario o ad altre dimensioni organizzative. Per esempio, nel caso MITMEVA, progetto realizzato a Barcellona nel 2020 per l’acquisto di una soluzione *bundled* per il trattamento di 100 pazienti con stenosi aortica, i parametri di performance (a cui era evidentemente legato anche il pagamento) sono stati definiti per valorizzare risultati di un percorso terapeutico piuttosto che gli esiti clinici e hanno incluso: numero di visite necessarie per definire il trattamento, numero di pazienti che accettano il trattamento e che vengono successivamente avviati alla riabilitazione, e numero di clinici formati (Callea, 2021). Questi indicatori erano coerenti con la natura *bundled* del contratto, mirato a trasformare l’intero percorso clinico; pertanto, non potevano essere *outcome-based* perché i fornitori non avevano controllo sull’intero processo clinico.

Il terzo step riguarda la scelta dei criteri di aggiudicazione più appropriati per stimolare il mercato a proporre soluzioni innovative capaci di generare valore. Quando il primo e il secondo step non sono presidiati con la necessaria determinazione a incorporare il valore, e le stazioni appaltanti privilegiano la concorrenza quasi più in ottica formale (spesso, per ridurre il rischio di ricorsi), allentando i requisiti su qualità, innovazione o ampiezza del contratto, gli approcci VBP tendono ad affidarsi quasi esclusivamente ai criteri di valutazione e ai meccanismi di *payment-by-results*. Ne deriva una strategia denominata “intensificare” che potrebbe limitare il potenziale del VBP.

Le prime esperienze di VBP sono state realizzate da ESTAR e, grazie alla peculiarità del suo modello organizzativo che include l’HTA tra le funzioni aggregate, sono state caratterizzate dall’utilizzo del *Net Monetary Benefit* (NMB) come criterio di valutazione delle offerte. Il suo utilizzo implica la disponibilità di dati robusti che non spesso sono disponibili. Pertanto, ESTAR – più recentemente – si sta muovendo su modelli di valutazione semplificati, accompagnati, però, da meccanismi più robusti di *risk-sharing*. La scelta degli elementi sanitari oggetto di valutazione rappresenta anch’esso un elemento di condivisione con gli stakeholder, *in primis* con i clinici.

L’ultimo step riguarda il monitoraggio delle performance, che dipende, evidentemente, dall’oggetto dell’acquisto e dalla maturità dei sistemi di rilevazione, che possono andare dai registri clinici, alla scheda pazienti o ad una survey costruita *ad hoc*.

Sempre ESTAR ha messo a punto, in modo sperimentale, un sistema di monitoraggio volto a supportare i clinici a gestire contratti *outcome-based* in modo più snello. Le nuove evoluzioni in materia di intelligenza artificiale

(IA) sicuramente potranno favorire diverse sperimentazioni a livello locale. L'importante sarà – in una fase successiva – definire i sistemi più adeguati alla tipologia dell'informazione oggetto di monitoraggio ed eventualmente di pagamento.

Nella Tabella 17.5 sono sintetizzate le principali gare *value-based* realizzate in Italia negli ultimi anni.

17.4.1 Dalla sperimentazione al consolidamento: prime considerazioni

La rappresentazione delle gare *value-based* evidenzia un ruolo di leadership di ESTAR, che dipende da alcuni fattori. Innanzitutto, ESTAR è l'evoluzione organizzativa di un lungo processo di accentramento delle funzioni, partito con le aree vaste; inoltre, è un ente del SSR. Ciò consente economie di specializzazione (a differenza di altre centrali, ESTAR è focalizzata solo sul settore sanitario) e favorisce una collaborazione maggiore, in principio, con le aziende sanitarie, inclusa l'osmosi delle risorse umane.

L'esperienza di ESTAR e a “ruota” delle altre centrali, come per esempio Intercent-ER, conferma la necessità delle centrali di assumere un ruolo pivotale nel VBP. Si tratta, peraltro di una delle possibili traiettorie evolutive già delineate nelle pagine del Rapporto OASI 2018, che auspicava che le centrali di committenza passassero dal ruolo di buyer a quello di “centrale di competenza” per conseguire obiettivi di valore, attraverso la piena capitalizzazione delle reti, del patrimonio informativo, delle conoscenze che in questi anni sono state costruite. Se le centrali regionali, da un lato, possono rappresentare un fattore abilitante, grazie al loro ruolo istituzionale – che favorisce il confronto e il dialogo con il policy maker e con il mercato – e alle competenze maturate; dall'altro, operano comunque a un livello che è distante da clinici e pazienti e questo potrebbe determinare una diffusione del VBP a macchia di leopardo, con la possibile conseguenza di un incremento delle disuguaglianze su base territoriale.

Grazie alla prossimità ai decisori, le centrali possono anche incidere sulla regolamentazione. L'esperienza di ESTAR lo dimostra: oltre a influenzare l'evoluzione della normativa regionale sul VBP, ha contribuito al Programma Nazionale di HTA per i Dispositivi Medici, facendo anche da capo file nel gruppo di lavoro dedicato all'integrazione dell'HTA nei processi di acquisto (Tarricone *et al.*, 2021). La maggior vicinanza alla programmazione e al policy maker è fondamentale in considerazione che:

«Siamo riusciti nel tempo a sensibilizzare la parte clinica, molto meno la parte politica» (Gabriella Paoli, Alisa).

Un'ulteriore considerazione riguarda l'opportunità di ricorrere a budget dedicati per promuovere il VBP, che potrebbero essere negoziati dalle centrali grazie alla loro vicinanza ai vertici regionali. L'esperienza maturata, sia nel

Tabella 17.5 Sintesi delle esperienze di VBP in Italia fino a oggi

Anno	Acquirente	Merceologia	Declinazione del VBP		Dettagli
			Metodo di valutazione	Meccanismo di pagamento	Monitoraggio dell'esito
2018	ESTAR Toscana	Matrici biologiche in derma suino cross e non cross-linked	Net Monetary Benefit (NMB)	Payback	Registro di attività regionale
2018	ESTAR Toscana	Elettrocateretri a pallone per crioblazione delle vene polmonari		Payback	Scheda paziente semestrale ¹
2020	ESTAR Toscana	Stent carotidei	Net Monetary Benefit (NMB)	Payback	Registro di attività regionale
2021	ESTAR Toscana	Reti chirurgiche sintetiche		Payback	Registro di attività regionale
2021	ESTAR Toscana	Collanti chirurgici ed emostatici	Standardizzazione del beneficio clinico		0-70

¹ Scheda paziente (format allegato al contratto) su cui le Aziende utilizzatrici indicano il numero di pazienti trattati con kit procedurali e il numero di REDO effettuati per ciascun centro, trasmessa con cadenza semestrale all'Operatore Economico (unitamente alla richiesta di corresponsione dei kit procedurali da ricevere a titolo gratuito) e a ESTAR (che si riserva la possibilità di attivare apposito Registro per permettere il monitoraggio degli esiti di salute per la popolazione trattata con i dispositivi oggetto del contratto).

² Per REDO si intende la necessità di un'ablazione ripetuta in presenza di recidiva di fibrillazione atriale (di qualsiasi tipo) documentata in accordo con la pratica clinica dei centri regionali. In particolare, viene considerata la percentuale delle ospedalizzazioni per REDO rilevate presso i centri regionali sui pazienti con fibrillazione atriale parossistica e persistente.

Anno	Acquirente	Merceologia	Declinazione del VBP		Dettagli
			Metodo di valutazione	Meccanismo di pagamento	Monitoraggio dell'esito
2023	ESTAR Toscana	Acido ialuronico	Net Monetary Benefit (NMB)		Beneficio clinico misurato su variazione della qualità della vita, espressa in WOMAC e/o EQ-5D, a 12 mesi e variazione del dolore a 12 mesi misurato con VAS.
2023	ESTAR Toscana	Patch vascolari in pericardio	Net Monetary Benefit (NMB)		Beneficio clinico misurato su stroke, ristenosi, ri-occlusione a 1 anno.
2023	CONSIP	Valvole cardiache TAVI		Contratto a incentivo (a scelta delle amministrazioni contraenti)	Possibilità di attivazione di un contratto a incentivo che prevede decurtazione della quota variabile in caso di esito negativo dell'impianto e riconoscimento della quota variabile maggiorata del 15% (quota incentivo) in caso di esito positivo. L'esito è negativo all'avverarsi di almeno uno dei seguenti esiti: necessità di intervento di cardiocirurgia urgente (conversione della TAVI in sostituzione valvolare chirurgica); complicanze maggiori (rottura dell'anulus, dissezione aortica, embolizzazione, occlusione acuta delle coronarie) con o senza intervento chirurgico; necessità di impianto di una seconda valvola (valve-in-valve) durante la procedura di impianto; complicanze vascolari richiedenti un intervento di chirurgia vascolare.
2024	ARIA Lombardia	Lenti intraoculari		Payment per performance – pre-impianto price	Prezzo differenziato in base alla percentuale di interventi con esito positivo, misurato dal medico e valutato dal paziente a 24/48h dall'intervento: prezzo base + fee aggiuntiva (almeno 80% di esiti positivi), prezzo base (esiti positivi tra 51 e 79%), prezzo base decurtato del 5% (esiti positivi minori o uguali a 50%). Indicatori di esito per il medico: miglioramento dell'acuità visiva e astigmatismo residuo autorefrattometrico a seguito di visita eseguita. Indicatori di esito per il paziente: possibilità di lettura di un testo a distanza ravvicinata (al computer / tablet / smartphone / giornale), lettura delle etichette dei prezzi, visione del cruscotto dell'auto, camminare più sicuri sulle scale o superfici irregolari).

³ Si considerano esclusivamente i cicli di disinfezione interrotti a causa di problematiche tecniche della lavaendoscopi, mentre non si considerano quelli causati dall'errore umano, endoscopi, o dall'infrastruttura aziendale.

⁴ Secondo l'endpoint riportato come Visual Acuity Outcomes in Sasso *et al.* 2024 (LINK).

⁵ Utilità da misurare con un confronto pre- tramite il questionario EQ-5D in lingua italiana.

Anno	Acquirente	Merceologia	Declinazione del VBP		Dattagli
			Metodo di valutazione	Meccanismo di pagamento	Monitoraggio dell'esito
2024	Punto Zero s.c.a.r.l. Umbria	Service apparecchiature per disinfezione endoscopi		Payment per performance	Dati registrati automaticamente dal sistema di tracciabilità dell'apparecchiatura o report tecnici semestrali validati
					Meccanismo incentivante basato sul tasso annuo di incidenza dei cicli di disinfezione interrotti; ³ pagamento del prezzo complessivo offerto se i cicli di disinfezione interrotti sono inferiori al 3%, decurtazione del 5% se i cicli di disinfezione interrotti sono superiori al 3%.
2025	ESTAR Toscana	Lente telescopica	Misurazione dell'esito clinico	Payback	Registro Centrale Esiti di HTA.
					L'esito favorevole, misurato dopo almeno 3 mesi, consiste nel miglioramento di almeno 8 lettere ⁴ e nel miglioramento di almeno 6 lettere associato ad un incremento dell'utilità di almeno 0,15 punti. ⁵
					Per i pazienti senza esito favorevole, è previsto il payback integrale del costo del dispositivo.
2025	Intercent-ER	Valvole aortiche percutanee		Payback	Verbale post-impianto e registrazione degli esiti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera
					Decremento del 20% del prezzo di acquisto al verificarsi di uno dei seguenti esiti clinici: necessità di intervento di cardiocirurgia urgente (conversione della TAVI in sostituzione valvolare chirurgica) entro 72h; ictus durante la degenza; impianto di pacemaker durante la degenza; decesso intra-procedurale (in chiara relazione all'impianto della valvola ed escludendo cause diverse).
2025	Intercent-ER	Sistemi di ablazione a campo pulsato		Remunerazione a scaglioni	Scheda di valutazione esiti
					Meccanismo di remunerazione progressiva a scaglioni: 60% del prezzo offerto corrisposto a prestazione eseguita; 20% del prezzo corrisposto all'esito positivo della valutazione a 24 h dalla prestazione e prima delle dimissioni del paziente (fase 1); 20% del prezzo corrisposto all'esito positivo della valutazione a 6 mesi dall'intervento (fase 2).
					Il verificarsi di uno dei seguenti esiti clinici comporterà valutazione negativa per ciascuna fase: analisi del nervo frenico, lesione esofagea, reintervento con evidenza di riconnessione delle vene polmonari.

Fonte: revisione della documentazione di gara e confronto con le centrali regionali di committenza.

campo degli OBC/SIB sia nel VBP, evidenzia che iniziative avviate grazie a fondi esterni rischiano di non consolidarsi e di essere abbandonate una volta esaurite le risorse. È, tuttavia, fondamentale che le direzioni strategiche aziendali sviluppino una maggiore sensibilità verso queste logiche, riconoscendone il valore, sostenendone la sperimentazione e la scalabilità, e portando ai vertici regionali, anche politici, le evidenze.

Il VBP è spesso considerato un meccanismo per creare equità d'accesso alle tecnologie, in quanto dovrebbe essere funzionale a portare all'interno del SSN le tecnologie più innovative in grado di generare maggior valore, valore su cui i fornitori si devono responsabilizzare proprio perché si tratta di innovazioni. Tuttavia, questo meccanismo potrebbe portare a inequità se il VBP si diffondesse solo in alcune regioni o aziende sanitarie. I dati, effettivamente, mostrano una rilevante concentrazione. In questo contesto va chiarito il ruolo del VBP, che è appunto processo adattivo. È evidente che la logica del *risk-sharing* ha senso nel momento in cui si vuole introdurre nel sistema una nuova tecnologia e/o soluzione. Una volta introdotta e con le evidenze raccolte durante l'esecuzione del contratto, può diventare – se i dati lo confermano – un acquisto standard che a questo punto non ha più bisogno di approcci sofisticati d'acquisto e può entrare nel cosiddetto “*mainstream*” del procurement. Pertanto, a parere di chi scrive, per evitare che il VBP generi iniquità e che si focalizzi sul processo e non sul fine, è necessario – a tendere – trovare soluzioni per condividere i risultati e scalare le innovazioni su base nazionale. Quanto scritto è soprattutto vero per quanto riguarda l'acquisto di un device, ma quando il VBP riguarda acquisti più complessi, che sono spesso sartorializzati per specifiche unità cliniche, la scalabilità risulta più complessa. Questo è stato confermato anche dal caso dell'Ospedale Vejle (Regione Sud Danimarca) in una intervista realizzata dai ricercatori dell'Osservatorio MaSan. L'esperienza danese, che è fortemente radicata in un sistema consolidato di raccolta degli esiti, ha messo in evidenza come le logiche VBP sono più diffuse laddove vi sono clinici più innovativi e performanti e questo non solo perché esprimono una domanda in logica *value-based* ma anche perché sono le imprese stesse che preferiscono operare laddove vi è una maggior qualità clinica. Ciò dipende dal fatto che la qualità clinica consente di abbassare il livello di rischio e perché il VBP è un investimento per gli operatori economici, trattandosi spesso di piccoli contratti sperimentali a cui sono associati importanti investimenti e costi amministrativi.

Un ulteriore punto di riflessione riguarda il ruolo dei buyer. Non può essere negato che la motivazione nel settore pubblico, caratterizzato da rigidità operative e nei processi di carriera, passa anche attraverso la ricerca di nuove sfide intellettuali e professionali. Ciò a maggior ragione nel procurement. Come osservato da Miller *et al.* (2020), l'innovazione nel procurement parte dalle capacità già presenti nelle organizzazioni, innescando percorsi incrementali che riducono nel tempo le barriere percepite al cambiamento (Tip *et al.*, 2025).

Questa tensione all'innovazione, che parte molto spesso dal professionista della centrale o da piccole unità, è ciò che è chiaramente emerso nel lavoro condotto dall'Osservatorio MaSan nel corso degli anni, che ha visto una crescente partecipazione delle centrali non più solo come uditori e *discussant* delle osservazioni della ricerca ma come attori, che portano nelle aule sperimentazioni e riflessioni da condividere con i colleghi e con il mercato. Questo sta consentendo all'Osservatorio MaSan di passare da funzione di osservazione a luogo in cui si attivano processi di innovazione supportati da evidenze e confronto. Le esperienze di VBP in Italia mettono in evidenza il ruolo fondamentale di una leadership pubblica ambidestra (Smith & Umans, 2015), capace di bilanciare rigore – in termini di compliance e rispetto delle regole di concorrenza nel contesto stringente del procurement italiano – e innovazione. Proprio perché il VBP è molto di più di un contratto, ma è un processo collaborativo che vede nel procurement una porta per introdurre valore nel sistema, i buyer non sono più solo tecnici del processo di acquisto ma devono acquisire competenze strategiche necessarie per trovare un bilanciamento dinamico tra i tre elementi del triangolo strategico del Public Value (come descritto da M. Moore): contesto (in cui operano e da cui dipendono i valori e le priorità ma anche i vincoli da gestire), valori (da conseguire, in termini anche di indicatori di performance), e organizzazione (le persone e gli strumenti).

17.5 Conclusioni

I dati elaborati dall'Osservatorio MaSan confermano quanto già emerso dai precedenti Rapporti OASI: la politica di centralizzazione degli acquisti ha ormai raggiunto uno stadio di consolidamento e maturità, con benefici in termini di efficienza e trasparenza. Ciò sta portando le centrali più mature a introdurre innovazioni sia sul piano operativo che sul piano strategico.

Tra queste spicca il *Value-Based Procurement* (VBP), una frontiera ancora in costruzione ma sempre più concreta, grazie a diverse sperimentazioni in corso e a una crescente sensibilità e apertura da parte delle centrali regionali.

Date le sue origini storiche, il VBP è spesso ricondotto a meccanismi di *payment by results*, in cui la remunerazione dipende dal raggiungimento di esiti clinici. In questo senso è stato applicato in Italia fino ad ora, come risulta dall'analisi delle evidenze qui riportate e analizzate. Questo modello presuppone però capacità di raccolta di dati e interoperabilità tra i diversi sistemi non banali, spesso assenti nelle realtà in cui operano molte aziende sanitarie, con conseguenti limiti all'applicabilità del VBP a certe realtà o certe categorie. Per questo, va superata l'idea di un VBP basato solo ed esclusivamente su logiche di *payment by result* o di *payback*. Serve, piuttosto, un approccio ampio e diversificato, che vada oltre il semplice sistema di pagamento. Come

è stato scritto nelle pagine di questo capitolo, serve un approccio flessibile e adattivo. D'altra parte, le logiche VBP non devono diventare meccanicistiche e transazionali, ma devono essere applicate in funzione del contesto e di ciò che si sta acquistando. Il *Value-Based Procurement Process* (VBPP), proposto dall'Osservatorio MaSan, traduce questa visione in un modello collaborativo e adattivo, che pone il dialogo con gli stakeholder e la co-progettazione delle soluzioni al centro del processo di creazione di valore.

Tuttavia, affinché un approccio VBP realmente *mainstream* (penetrante e non circoscritto a qualche sforzo eroico) si consolidi è necessario agire su alcune condizioni abilitanti: il rafforzamento delle competenze strategiche dei buyer pubblici, favorendo percorsi formativi di tipo manageriale e non di mero aggiornamento di conoscenze normative; l'integrazione dei sistemi informativi per il monitoraggio e la misurazione dei risultati e outcome (favoriti dalla diffusione di soluzioni IA), e una maggiore flessibilità dei meccanismi di budgeting e rendicontazione, che oggi limitano la possibilità di investire nel presente per generare benefici futuri. È inoltre cruciale promuovere un cambiamento culturale nelle direzioni strategiche aziendali, affinché riconoscano nel procurement non solo una funzione amministrativa, ma una leva di innovazione e di creazione di valore per il SSN. Infine, è necessario proseguire con iniziative volte a sperimentare e condividere i risultati, per favorire una adozione trasversale, flessibile e adattiva del VBP e una maggior fiducia tra tutti gli stakeholder del sistema.

17.6 Bibliografia

- Andersen M.M., Dilling-Hansen R. e Hansen A.V. (2022), «Expanding the concept of social impact bonds», *Journal of Social Entrepreneurship*, 13(3), pp. 390–407.
- Broccardo, E., Mazzuca, M., & Frigotto, M. L. (2020). «Social impact bonds: The evolution of research and a review of the academic literature», *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 27(3), 1316–1332. <https://doi.org/10.1002/csr.1886>
- Brown T.L., Potoski M. e Van Slyke D.M. (2006), «Managing public service contracts: Aligning values, institutions, and markets», *Public Administration Review*, 66(3), pp. 323–331.
- Callea G. (2023), «Dall'innovazione di prodotto, all'innovazione organizzativa, all'appalto innovativo: il progetto pilota di gestione della stenosi valvolare aortica dell'Hospital Clínic de Barcelona», *Theme*, 5 giugno 2023.
- Cangelosi M., Chahar A. e Eggington S. (2023), «Evolving use of health technology assessment in medical device procurement—Global systematic review: an ISPOR special interest group report», *Value in Health*, 26(11), pp. 1581–1589.

- Carter E. e Ball N. (2021), «Spotlighting Shared Outcomes for Social Impact Programs That Work», *Stanford Social Innovation Review*.
- Catena R., Kirkegaard K., Nayak D. e Tomini S.M. (2024), «A Novel Value-Based Procurement Agreement to Improve Outcomes for Patients Undergoing Knee Replacement», *NEJM Catalyst*, 5(6).
- Cusumano N., Vecchi V., Callea G., Amatucci F., Brusoni M. e Longo F. (2023), «Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive», in *Rapporto OASI 2023: Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea.
- Figueroa J.F., Duggan C.E. e Maddox K.E.J. (2025), «Value-Based Payment in Medicare: Progress, Challenges, and Future Directions», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, (online first), art. 11995200.
- Fraser, A., Tan, S., Lagarde, M., & Mays, N. (2018). «Narratives of Promise, Narratives of Caution: A Review of the Literature on Social Impact Bonds», *Social Policy & Administration*, 52(1), 4–28. <https://doi.org/10.1111/spol.12260>
- French M., Kimmitt J., Wilson R., Jamieson D. e Lowe T. (2023), «Social impact bonds and public service reform: back to the future of new public management?», *International Public Management Journal*, 26(3), pp. 376–395.
- Gerecke G., Clawson J., Pross C., Verboven Y. e Bax H. (2020), *How Procurement Unlocks Value-Based Health Care*, Boston Consulting Group.
- Gibbons M., Limoges C., Nowotny H., Schwartzman S., Scott P. e Trow M. (1994), *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, Sage Publications, London.
- Greco A., Frederix G.W.J., Hooft L. e Ten Ham R.M.T. (2025), «A Systematic Review of Challenges and Opportunities in the Implementation of Managed Entry Agreements for Advanced Therapy Medicinal Products», *Clinical Therapeutics*, 47(2), pp. e16–e26.
- Meehan J., Menzies L. e 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.
- Messori A. e Trippoli S. (2018), «Incremental Cost-Effectiveness Ratio and Net Monetary Benefit: Promoting the Application of Value-Based Pricing to Medical Devices—A European Perspective», *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 52(6), pp. 755–756.
- Miller F.A. e Lehoux P. (2020), «The innovation impacts of public procurement offices: The case of healthcare procurement», *Research Policy*, 49(7), art. 104075.
- Pandey A., Eastman D., Hsu H., Kerrissey M.J., Rosenthal M.B. e Chien A.T. (2023), «Value-Based Purchasing Design and Effect: A Systematic Review and Analysis», *Health Affairs*, 42(6), pp. 813–821.

- Pihlajamaa M., Merisalo M. e Saari P. (2025), «Preparing a social impact bond in a Nordic welfare state: governance challenges and hybrid responses», *Journal of Public Procurement*, (online first).
- Porter M.E. e Teisberg E.O. (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business Press, Boston (MA).
- Schneider E.C. (2025), «The beast and the burden: will pruning performance measurement improve quality?», *BMJ Quality & Safety*, 34(3), pp. 140–142.
- Sinclair S., McHugh N. e Roy M.J. (2019), «Social innovation, financialisation and commodification: a critique of social impact bonds», *Journal of Economic Policy Reform*, 24(1), pp. 11–27.
- Smith E. e Umans T. (2015), «Organizational ambidexterity at the local government level: The effects of managerial focus», *Public Management Review*, 17(6), pp. 812–833.
- Tarricone R., Amatucci F., Armeni P., Banks H., Borsoi L., Callea G., Ciani O., Costa F., Federici C., Torbica A. e Marletta M. (2021), «Establishing a national HTA program for medical devices in Italy: Overhauling a fragmented system to ensure value and equal access to new medical technologies», *Health Policy*, 125(5), pp. 602–608.
- Tip B., Uenk N. e Schotanus F. (2025), «Barriers and Enablers of Value-Based Procurement in Dutch Healthcare Providers», *International Journal of Health Policy and Management*, 14:8514. doi:10.34172/ijhpm.8514
- Turrell A. (2013), «Developing a public value healthcare procurement framework», *Journal of Public Procurement*, 13(4), pp. 476–515.
- Vecchi V., Callea G., Cusumano N., Zurlo F.L., Amatucci F., Brusoni M., Longo F. e Mauro C. (2023), «Acquisti sanitari: stato dell'arte e percorsi evolutivi verso logiche di valore», in *Rapporto OASI 2023: Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea.
- Vecchi V. (2025), *Value Based Procurement: acquistare valore in sanità*, LinkedIn, febbraio.

