

17 **Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive**

di Niccolò Cusumano, Veronica Vecchi, Giuditta Callea, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni e Francesco Longo¹

17.1 **Introduzione**

Il capitolo elaborato sulla base dell'attività di ricerca dell'Osservatorio Masan di Cergas SDA Bocconi, segue il percorso intrapreso nel rapporto OASI 2020, in cui si discuteva degli assetti istituzionali e organizzativi e delle conseguenze sulle attività di acquisto condotte dalle centrali di committenza regionali che operano per conto del SSN. Il capitolo presenta:

- ▶ un aggiornamento dei dati presentati in OASI 2020, arricchito da un'analisi comparata tra acquisti centralizzati e acquisti aziendali, grazie all'elaborazione sistematica condotta degli open data ANAC resi disponibili con il lancio del nuovo portale a settembre 2020 (§1.2);
- ▶ una fotografia dettagliata, a completamento delle evidenze di tipo qualitativo riportate nel rapporto OASI 2020, sugli acquisti legati alla gestione della pandemia (§1.3);
- ▶ l'analisi di un caso, un tra i primi in Italia, ma anche in Europa, di acquisto value-based realizzato da ESTAR Toscana (§1.4).

Le analisi, unitamente al confronto continuo tra i ricercatori dell'Osservatorio Masan e i principali stakeholder del sistema acquisti (centrali, fornitori aziendali, clinici e mercato), hanno consentito di elaborare alcune raccomandazioni strategiche (§1.5), la cui rilevanza, data la peculiarità del momento storico,

¹ Seppure il capitolo sia riconducibile al lavoro di squadra condotto da tutti gli autori nell'ambito dell'Osservatorio Masan, i paragrafi 1.1 e 1.5 sono stati elaborati da Veronica Vecchi, i paragrafi 1.2 e 1.3 da Niccolò Cusumano e il paragrafo 1.4 da Giuditta Callea. La review complessiva del capitolo è stata curata da Fabio Amatucci, Manuela Brusoni e Francesco Longo. Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità. Si ringraziano Leonardo Barbieri e Nicola Ceschin per il supporto nella raccolta dati e nella creazione del database utilizzato per le analisi.

impongono una chiara presa di coscienza da parte dei *policy maker* nazionale e regionali affinché adottino misure urgenti volte a riconoscere la strategicità del procurement sanitario, non solo come funzione aziendale cruciale per assicurare efficienza ed efficacia del SSN, ma anche come volano nell'economia, in considerazione del peso rilevante degli acquisti sul PIL del Paese. La rilevanza strategica degli acquisti e le conseguenti modalità con cui gli acquisti sanitari devono essere progettati e gestiti rappresentano il focus dell'attività dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN), insieme all'omonimo corso di perfezionamento. Questo approccio richiede nei *buyer* della sanità lo sviluppo di un set di competenze critiche che sono necessarie per assicurare l'evoluzione e il consolidamento del procurement strategico.

17.2 Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato

17.2.1 Metodologia e dati

Da un punto di vista metodologico, l'analisi si fonda sulla creazione di un database che è stato alimentato con i dataset contenenti le informazioni relative agli appalti 2013-2020 pubblicati da ANAC in open data². Si è quindi proceduto con l'estrazione dei lotti banditi dalle aziende sanitarie/ospedaliere e dalle centrali di committenza e, infine, al collegamento con i dati sulle aggiudicazioni. Per le centrali di committenza, molte delle quali attive anche in altri settori oltre la sanità, si è proceduto all'estrazione dei soli lotti riconducibili alla sanità attraverso i codici CPV (*Common Procurement Vocabulary*)³. Considerato l'orizzonte temporale di riferimento dell'analisi, si è tenuta in considerazione l'evoluzione degli assetti aziendali (accorpamenti, cambiamenti di ragione sociale), facendo riferimento al glossario SIOPE della Ragioneria Generale dello Stato⁴. L'analisi dei dati relativi alle aggiudicazioni da parte delle aziende sani-

² I dataset pubblicati da ANAC sono disponibili al link <https://dati.anticorruzione.it/opendata/opendata/dataset>

³ 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>

⁴ Il Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE) è un sistema di rilevazione telematica degli incassi e dei pagamenti effettuati dai tesoriери di tutte le amministrazioni pubbliche che nasce dalla collaborazione tra la Ragioneria Generale dello Stato, la Banca d'Italia e l'ISTAT, in attuazione dall'articolo 28 della legge n. 289/2002, disciplinato dall'articolo 14, commi dal 6 all'11, della legge n. 196 del 2009. Al fine di garantire una corretta applicazione della codifica gestionale, i decreti del Ministro dell'economia e delle finanze di attuazione del SIOPE hanno previsto la definizione, per ciascun comparto, di un "Glossario dei codici gestionali", alle

tarie e ospedaliere esclude gli appalti specifici discendenti da accordi quadro banditi dalle centrali di committenza, per evitare un doppio conteggio. Poiché a norma di legge vi è un obbligo a indicare l'importo bandito per ciascun lotto al momento della richiesta del codice identificativo di gara (CIG), per ovviare alla mancanza di alcuni dati sulle aggiudicazioni, in caso di procedure negoziate nelle quali non fosse riportato il valore di aggiudicazione, quest'ultimo è stato posto uguale al 90% dell'importo a base di gara, prevedendo quindi uno sconto allineato alle medie di mercato.

17.2.2 Analisi

La spesa per beni e servizi appaltati rappresenta circa il 35% del budget totale del SSN (cfr. capitolo 3 Rapporto Oasi 2021) e circa il 3,75% del PIL del Paese. Ogni anno vengono lanciate da aziende, centrali di committenza regionali e Consip procedure di acquisto per un valore complessivo compreso tra 50 e i 70 miliardi di euro. La Tabella 17.1 riporta il valore totale bandito per tutti gli acquisti di beni e servizi superiori ai 40.000€ per Regioni e Province Autonome, inclusi gli acquisti effettuati da Consip nel periodo 2017-2020 e, per il 2020, le procedure gestite dal Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19. Come è facile osservare, l'attività di acquisto non segue un andamento costante, l'entità di quanto bandito può aumentare in coincidenza del rinnovo di contratti giunti a scadenza, oppure per il lancio di nuove iniziative centralizzate in sostituzione di quelle aziendali. Il valore pro-capite dell'attività d'acquisto per aree territoriali è una proxy che esprime la difficoltà nel compiere valutazioni "immediate" e nell'identificare indicatori sintetici che permettano di valutarne i risultati. Valori superiori alla media nazionale possono indicare sia una maggiore attività in un dato anno, per i motivi appena descritti, sia l'acquisto con basi d'asta unitarie superiori o, ancora, una valutazione non corretta dei fabbisogni per cui il valore di una determinata gara è sovrastimato. Inoltre, i dati ANAC non rappresentano in modo completo eventuali aumenti degli ordinativi a valere sui contratti già esistenti laddove questi non si configurino come varianti oppure diano luogo a nuove procedure.

Il 2020 ha visto un aumento del 15% del valore bandito rispetto alla media 2017-2019, aumento gestito per il 91% dal Commissario Straordinario. È bene notare, tuttavia, come nel 2017 la rete esistente avesse gestito un volume di acquisti perfino superiore all'anno della pandemia. Queste considerazioni suggeriscono una riflessione sulla opportunità di gestire le emergenze attraverso la costituzione di strutture ad hoc, con un mandato molto specifico e contingen-

cui istruzioni gli enti devono uniformarsi nell'attività di codifica dei titoli di entrata e di spesa. Per maggiori informazioni si veda https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e_government/amministrazioni_pubbliche/siope/glossario/

te, anziché far leva sul coordinamento e sul potenziamento di quelle esistenti, estendendone il perimetro di attività coerentemente a nodi critici dovuti alla contingenza quali, ad esempio, la negoziazione e la contrattualizzazione con fornitori extra UE, la gestione delle pratiche doganali e l'organizzazione di trasporti aerei.

La Tabella 17.1 fornisce un dato aggregato che consente di apprezzare, anche solo da un punto di vista quantitativo, l'importanza della funzione acquisti. Come spiegato nel capitolo 14 del Rapporto OASI 2020 la dimensione dell'ac-

Tabella 17.1 **Acquisti regionali e per aree geografiche di beni e servizi per la sanità (milioni di euro, anni 2017-2020, importo bandito per affidamenti superiori a 40.000€)**

Regione	2017	2018	2019	2020
Piemonte	2.559,0	3.699,5	2.455,4	4.820,1
Valle d'Aosta	63,0	110,7	27,9	83,1
Lombardia	9.571,3	8.424,5	20.337,1	11.037,2
P.A. Bolzano	68,2	115,5	327,2	107,0
P.A. Trento	210,3	60,8	59,1	41,4
Veneto	4.775,3	2.586,6	4.059,4	4.954,4
FVG	1.659,6	1.113,0	552,1	648,5
Liguria	807,4	1.128,5	1.526,0	2.492,9
Emilia-Romagna	5.121,2	3.064,4	4.998,9	2.758,1
Toscana	12.792,4	4.503,0	5.682,8	4.389,3
Umbria	634,6	1.350,5	844,8	737,0
Marche	1.027,3	937,8	1.004,5	960,6
Lazio	4.304,0	1.634,0	3.483,4	4.224,1
Abruzzo	529,5	1.293,5	783,4	2.015,2
Molise	52,8	214,5	40,3	81,5
Campania	6.590,3	2.829,0	2.532,9	5.962,3
Puglia	3.716,9	2.859,4	2.533,9	4.414,2
Basilicata	551,8	313,5	991,4	335,4
Calabria	2.277,3	682,7	175,9	246,9
Sicilia	8.646,1	3.987,2	3.263,3	4.221,1
Sardegna	2.484,0	1.539,8	1.590,6	2.702,4
Consp	6.493,9	5.702,1	10.017,3	7.087,8
Commissario Straordinario Covid	-	-	-	8.770,3
TOTALE	74.936,3	48.150,4	67.287,7	73.090,8
Euro pro capite				
Nord	895,4	732,0	1.243,1	975,6
Centro	1.556,7	699,2	928,1	871,5
Sud e Isole	1.772,0	978,4	863,7	1.457,6
Amm.ni Centrali	107,4	94,3	167,5	265,9
Italia	1238,9	796,1	1.124,9	1.225,5

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

quisto non è immediatamente riconducibile a quella della spesa in quanto l'acquisto, così come rappresentato in questa sede, rappresenta il valore totale del contratto (Cusumano *et al.*, 2020). Il momento di lancio di una gara, stipula del contratto, non coincidono, inoltre, con il momento dell'ordinativo (e del relativo pagamento), per cui ad esempio una gara bandita nel 2015, aggiudicata a fine 2016 potrebbe manifestarsi come spesa nel 2017 all'emissione delle prime fatture.

La Figura 17.1 confronta l'attività di acquisto delle centrali di committenza regionali e delle aziende sanitarie su un orizzonte temporale più lungo (2013-2020), per quel che riguarda il valore delle procedure di selezione del fornitore pubblicate (importo bandito) e dei contratti aggiudicati (importo aggiudicato). L'adozione di una serie storica più lunga permette di apprezzare gli effetti dei cambiamenti normativi legati all'introduzione del nuovo Codice dei Contratti (D.lgs 50/2016) e all'introduzione delle categorie merceologiche obbligatorie⁵, che hanno sostanziato la creazione nel 2014 dei soggetti aggregatori⁶. Proprio nel 2016, e ancora di più nel 2017, si assiste a un incremento sostanziale degli acquisti centralizzati in sanità. Parallelamente, gli acquisti aziendali decrescono dopo aver toccato un picco nel 2015, probabilmente in anticipazione all'entrata in vigore del nuovo Codice, come conseguenza della fase di incertezza normativa dovuta alla sua adozione, per poi tornare a crescere nel 2017-2018 e infine stabilizzarsi. Un'attività aziendale stabile, a fronte di una notevole espansione del perimetro di acquisto centralizzato, può apparire come una contraddizione. Due sono le possibili spiegazioni del fenomeno. Da un lato, le aziende continuano ad acquistare in attesa che le gare centralizzate vengano aggiudicate, cosa che richiede in media 177 giorni, come si discuterà in seguito. Inoltre, come evidenziato dalla Figura 17.1, i valori aggiudicati da parte delle centrali di committenza sono inferiori rispetto agli importi messi a gara⁷.

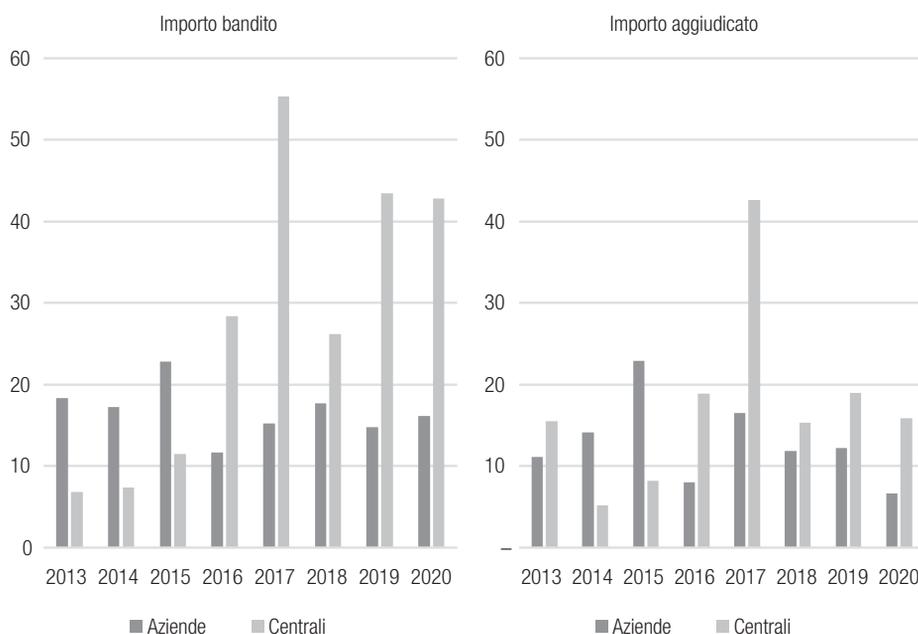
D'altro canto, rileva l'oggetto degli acquisti centralizzati. Come si evince dalla Figura 17.2, che conferma i risultati riportati da Cusumano *et al.* (2020), gli acquisti centralizzati hanno coinvolto prevalentemente farmaci. Queste due categorie merceologiche da sole rappresentano il 78% del valore aggiudicato nel periodo 2017-2020. È evidente che le aziende sanitarie debbano continuare ad approvvigionarsi anche quando uno strumento di acquisto centralizzato non sia disponibile. Alla luce dell'esperienza degli ultimi anni, sarebbe opportuno riconsiderare gli obblighi di centralizzazione, valutando la convenienza ed efficacia degli strumenti adottati. Appare ormai chiaro come un certo livello di decentramento sia fisiologico per garantire più flessibilità nelle scelte di acqui-

⁵ DPCM 24 dicembre 2015 a cui seguirà il DPCM 11 luglio 2018.

⁶ Art. 9 Dl 66/2014 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

⁷ Si rimanda anche a Vecchi *et al.* (2019) e Cusumano *et al.* (2020) per una discussione più approfondita delle cause delle tempistiche elevate nell'attività di approvvigionamento.

Figura 17.1 **Importo bandito e aggiudicato da aziende sanitarie e centrali di committenza regionali per acquisti di beni e servizi (anni 2013-2020, miliardi di euro)**



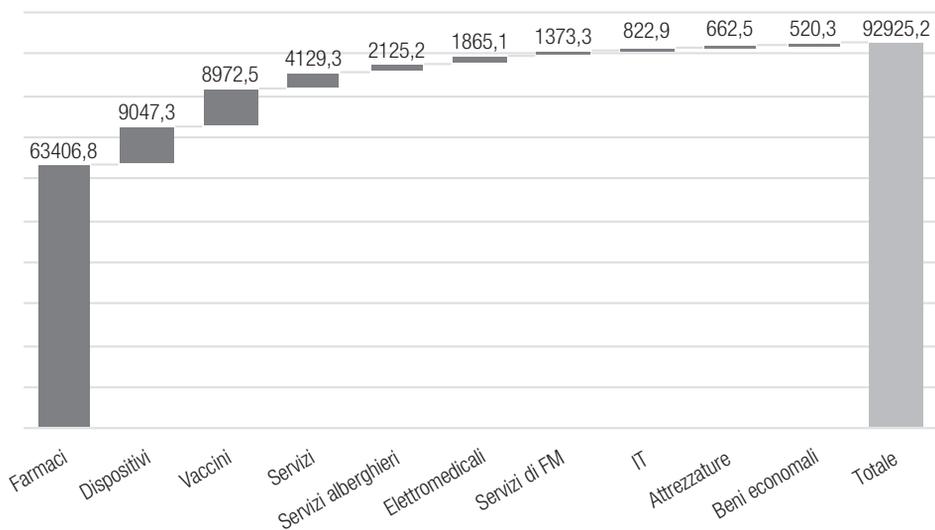
Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

sto e lasciare maggiore spazio all'innovazione. Al contempo, l'esigenza di un monitoraggio e coordinamento efficaci potrebbe essere garantita dall'utilizzo ormai diffuso dalla digitalizzazione degli acquisti, che offre enormi possibilità di analisi e tracciatura.

Ulteriori cause del fenomeno di coesistenza di gare di aziende e di centrali, che tuttavia necessitano di conferme, potrebbero risiedere nella mancata adesione alle iniziative centralizzate da parte delle aziende, che però si scontra con gli obblighi normativi; oppure, nell'accresciuta capacità dei provveditorati aziendali di processare più gare, mettendo ad esempio a gara contratti oggetto di proroghe, essendo stati sgravati dalla gestione delle procedure relative a beni e servizi oggetto di iniziative centralizzate.

Andando ad analizzare l'intensità della centralizzazione su base regionale – misurata come la quota di acquisti centralizzati sul totale del valore bandito in ogni regione – si osserva come le regioni del Nord abbiano aggregato maggiormente l'attività di acquisto rispetto a quelle del Centro e del Sud (Tabella 17.2). In media, a livello nazionale, oltre il 60% in termini di valore delle procedure di gara, è stato bandito da centrali di committenza. Le tre regioni con la quota di acquisti centralizzati più alta sono Toscana, Friuli-Venezia Giulia

Figura 17.2 **Acquisti delle centrali regionali di committenza per categoria merceologica (importo aggiudicato per acquisti superiori a 40.000€, milioni di euro, anni 2017-2020)***



Per "servizi" si intendono servizi non ricompresi nelle categorie "servizi alberghieri" e "servizi di Facility Management"

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

e Liguria. Come discusso nel rapporto OASI dello scorso anno (Cusumano *et al.*, 2020), questi territori sono accomunati dall'aver posto la funzione di acquisto centralizzato in capo ad enti del SSR (rispettivamente ESTAR, ARCS e, ancora nel 2020, Alisa). Toscana e Friuli-Venezia Giulia hanno, inoltre, agito sul fronte organizzativo costituendo in capo alla centrale di committenza un provveditorato unico regionale e un sistema unitario, gestito centralmente, di logistica.

Da un punto di vista aggregato, la centralizzazione sembra avere raggiunto un plateau, dovuto probabilmente a un limite fisiologico all'aggregazione, almeno nel suo assetto attuale. Le centrali, come mostra la Figura 17.3, si sono concentrate in questi primi anni ad assicurare l'approvvigionamento di quei beni e servizi per cui vige un obbligo di legge di iniziativa centralizzata (vedi *supra*). In molte regioni il tasso di copertura – calcolato come quota degli acquisti per le categorie merceologiche obbligatorie da DPCM gestito dai soggetti aggregatori rispetto al totale regionale – è superiore al 90%. Ancora una volta guida la Toscana con quasi il 100% di copertura.

Stratificando il tasso di copertura per merceologia, emerge un quadro contrastato in cui ancora una volta le gare centralizzate sembrano incidere in modo significativo nel settore dei farmaci e dei vaccini (Tabella 17.3). Altre cate-

Tabella 17.2 **Quota di acquisti centralizzati sugli acquisti regionali (anni 2013-2020, importo bandito per acquisti superiori a 40.000€)**

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	54%	34%	54%	26%	57%	70%	55%	75%
Lombardia	32%	8%	18%	75%	78%	55%	85%	84%
Veneto	6%	12%	16%	44%	84%	65%	79%	83%
Friuli-Venezia Giulia	0%	0%	86%	90%	82%	91%	83%	93%
Liguria	6%	83%	34%	89%	77%	88%	92%	91%
Emilia-Romagna	55%	32%	62%	44%	69%	63%	77%	42%
Toscana	84%	98%	95%	99%	100%	99%	99%	94%
Umbria	0%	1%	20%	39%	65%	64%	59%	42%
Marche	0%	0%	6%	4%	65%	62%	51%	56%
Lazio	63%	80%	13%	86%	78%	50%	75%	75%
Abruzzo	0%	0%	0%	24%	24%	43%	19%	61%
Molise	0%	0%	19%	68%	82%	92%	39%	85%
Campania	43%	50%	84%	77%	91%	57%	65%	81%
Puglia	0%	0%	0%	19%	59%	17%	29%	55%
Basilicata	0%	0%	45%	87%	82%	76%	93%	82%
Calabria	78%	61%	70%	75%	95%	71%	22%	0%
Sicilia	0%	0%	0%	86%	85%	66%	70%	66%
Sardegna	0%	0%	0%	61%	53%	23%	47%	72%
Nord	26%	28%	45%	61%	74%	72%	78%	78%
Centro	37%	45%	33%	57%	77%	69%	71%	67%
Sud e Isole	15%	14%	27%	62%	71%	56%	48%	63%
Italia	23%	25%	35%	61%	74%	64%	63%	69%

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC)

gorie merceologiche, per quanto obbligatorie, riportano tassi di copertura delle iniziative centralizzate inferiori.

Come discusso in precedenza, questo dato potrebbe non fornire una rappresentazione completa della situazione osservata, in quanto non dà informazioni sull'effettivo tasso di utilizzo degli “strumenti di acquisto e negoziazione” centralizzati. A livello aggregato è possibile elaborare stime di utilizzo per accordi quadro e convenzioni, per i quali è richiesto di indicare anche il CIG dell'accordo quadro di origine. Da prime analisi, risulterebbe esserci, per accordi quadro/convenzioni aggiudicati nel biennio 2016-2017 per cui sono disponibili i dati⁸, un gap di circa 1,3 miliardi di euro tra il valore degli accordi aggiudicati centralmente e il valore dei contratti attivati dalle aziende, ovvero le aziende sanitarie hanno sottoscritto appalti specifici per un valore superiore al massimo contrattualizzato. In termini relativi, gli extra “ordini” sono pari al 6%

⁸ Il periodo di riferimento è il biennio 2016-2017 in quanto per legge la durata massima consentita di un accordo quadro è di quattro anni, per cui, al momento della pubblicazione del presente capitolo, gli strumenti presi in analisi dovrebbero essere giunti ad esaurimento.

Figura 17.3 **Quota di acquisti centralizzati per categorie merceologiche da DPCM banditi dai soggetti aggregatori sul totale regionale negli anni 2016-2020 per acquisti superiori a 40.000€ (elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC)**

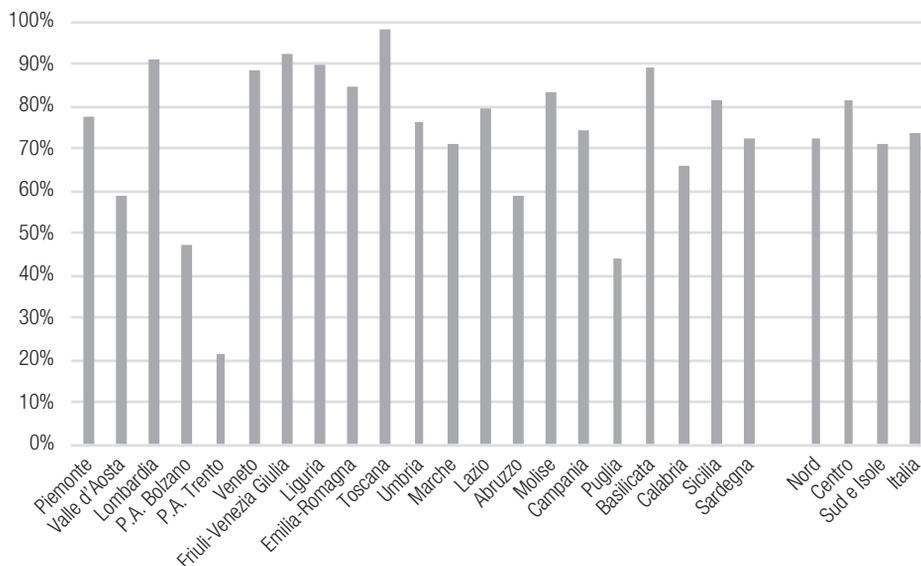


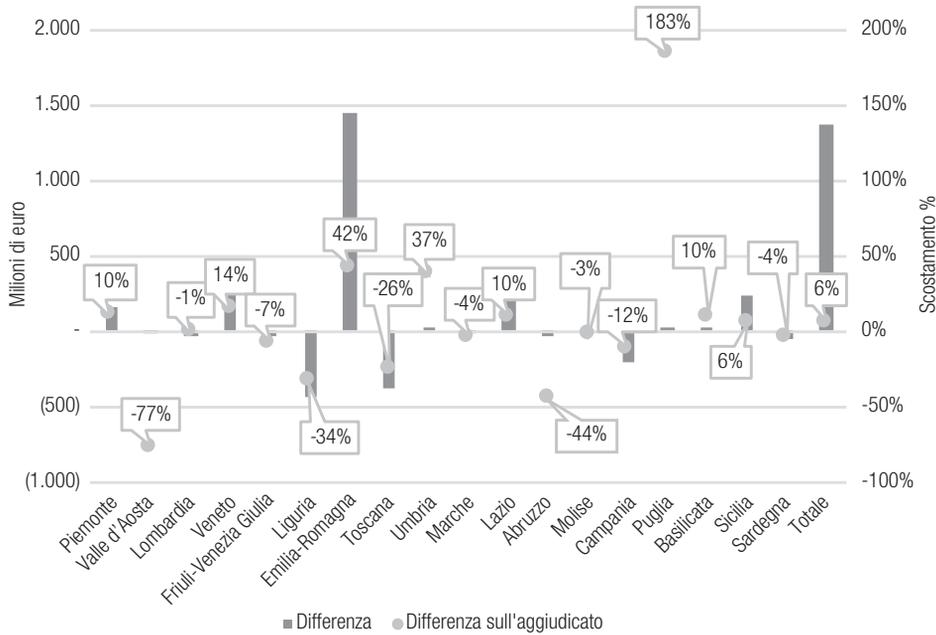
Tabella 17.3 **Quota di acquisti centralizzati per categorie merceologiche da DPCM aggiudicati dai soggetti aggregatori sul totale regionale negli anni 2016-2020, per acquisti superiori a 40.000 €**

	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccini	87%	92%	92%	95%	97%
Servizi di Facility Mgmt	73%	84%	59%	89%	61%
Servizi Alberghieri	86%	84%	65%	61%	63%
Farmaci	93%	94%	85%	94%	96%
Elettromedicali	78%	64%	35%	58%	67%
Dispositivi	75%	63%	60%	74%	69%

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

del totale aggiudicato (circa 24,7 miliardi di euro). Il valore medio nasconde, ovviamente, notevoli scarti a livello locale, come si può evincere dalla Figura 17.4. In prima approssimazione scarti, in positivo o negativo, prossimi allo zero indicano una migliore capacità da parte della centrale di stimare correttamente il fabbisogno. La validità dell'analisi dipende, ovviamente, dalla qualità del dato, per cui è possibile che alcune aziende sanitarie non abbiano riportato correttamente il CIG di origine. È inoltre possibile che, in sede di esecuzione,

Figura 17.4 **Scostamento in valore assoluto e percentuale tra importo aggiudicato degli accordi quadro da parte delle centrali di committenza e valore degli appalti specifici aggiudicati dalle aziende sanitarie e ospedaliere negli anni 2016-2017**



Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

le aziende sanitarie abbiano richiesto delle varianti, andando a modificare il valore complessivo delle prestazioni effettivamente erogate.

Nelle gare centralizzate, una criticità è costituita dai tempi di esecuzione dei processi di acquisto fino alla loro aggiudicazione. Tale fenomeno, indagato anche nel Rapporto OASI 2020, viene qui approfondito calcolando la durata media di aggiudicazione per merceologia e confrontando la durata delle gare aziendali con quelle centralizzate. In media le iniziative centralizzate riportano una durata maggiore di quelle aziendali, quantificabile, nel periodo analizzato (2016-2020) in 132 giorni in più necessari per giungere all'aggiudicazione. Tale differenza è leggermente più contenuta nelle regioni del Nord, dove le iniziative centralizzate durano in media 112 giorni in più di quelle aziendali, sale a 155 giorni nel Centro e 144 al Sud. La Tabella 17.4, approfondisce l'analisi confrontando le durate medie delle iniziative aziendali e centralizzate per anno e merceologia. Come si può notare nel corso del periodo analizzato la differenza si è pressoché dimezzata, passando da 66 giorni nel 2016 a 24 nel 2019, fino ad arrivare a 7 giorni nel 2020. Se è vero che nel 2020 sono state introdotte delle

misure emergenziali, è anche vero che queste hanno riguardato sia le aziende sia le centrali, quindi il confronto resta valido anche per il 2020.

Considerando in modo granulare le diverse categorie merceologiche, le procedure che richiedono tempi maggiori di aggiudicazione sono, per le centrali, quelle per i servizi alberghieri e di *facility management* e per i dispositivi medici; mentre per le aziende, quelle per l'acquisto di dispositivi medici, attrezzature ed elettromedicali. Le tempistiche esposte incorporano il contenzioso in quanto di norma l'aggiudicazione definitiva avviene solo in seguito alla sentenza. Come notava Cusumano *et al.* (2020) il contenzioso ha un'incidenza rilevante nelle gare centralizzate. Occorre considerare, inoltre, come gare regionali per servizi complessi, come quelli alberghieri e di *facility management*, impongano tempi maggiori per la presentazione delle offerte, specie in presenza di sopralluoghi, e per la valutazione delle stesse, oltre alle difficoltà nella costituzione delle commissioni giudicatrici. Relativamente a quest'ultimo aspetto, il senso d'urgenza impresso dalla pandemia, così come il ricorso a collegamenti da remoto delle commissioni, hanno probabilmente consentito di ridurre le tempistiche, forse in misura più incisiva rispetto alle norme di "semplificazione".

Tabella 17.4 **Durata media (giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2020**

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	Media
Centrali (tempi medi)	233	214	173	163	73	177
Attrezzature	211	314	350	256	130	263
Beni economici	178	180	117	138	78	129
Dispositivi	467	470	324	249	83	373
Elettromedicali	218	358	218	255	71	255
Farmaci	162	121	112	137	72	119
IT	113	178	136	186	92	146
Servizi alberghieri	318	641	434	238	90	443
Servizi di FM	407	477	234	290	154	370
Vaccini	92	82	66	75	42	72
Aziende (tempi medi)	167	167	144	139	66	142
Attrezzature	206	140	135	122	69	142
Beni economici	74	99	107	76	77	89
Dispositivi	215	242	194	186	75	193
Elettromedicali	140	130	147	130	65	125
Farmaci	89	47	64	64	50	63
IT	57	71	69	53	44	60
Servizi alberghieri	97	153	96	78	30	96
Servizi di FM	90	95	91	87	56	87
Vaccini	89	49	27	46	41	47
Tempi medi	192	186	154	148	69	156

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

L'ultima analisi presenta un confronto tra i ribassi ottenuti nelle gare centralizzate rispetto a quelle aziendali. Come mostra la Tabella 17.5, effettivamente le gare centralizzate sembrerebbero più competitive. È bene sottolineare che l'entità del ribasso può dipendere da diversi fattori e che un ribasso inferiore a livello aziendale non implica necessariamente un'aggiudicazione a prezzi unitari superiori, dipendendo soprattutto dal livello di prezzo definito per la base d'asta. Interessante notare come i ribassi medi a livello aziendale siano costanti negli anni (circa il 15%). A livello di centrale di committenza si assiste, invece, a una riduzione nell'entità dei ribassi nei servizi, passando dal 31% del 2016 al 21% nel 2020. Tale tendenza non si riscontra, invece, nelle forniture. Il consolidarsi dell'attività di acquisto centralizzata non potrà, tuttavia, che portare a un graduale assestamento dei prezzi di aggiudicazione e quindi delle scontistiche, per cui, a maggior ragione, sarà necessario far evolvere la misurazione del valore creato dal semplice risparmio in sede di aggiudicazione, a indicatori di risultato più correlati con la missione del SSN e quindi di efficacia dell'acquisto.

Tabella 17.5 **Ribassi medi delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per oggetto dell'appalto (anni 2016-2020)**

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	Media
Centrali	22%	28%	25%	28%	25%	25%
Forniture	22%	28%	25%	28%	25%	25%
Servizi	31%	30%	24%	26%	21%	25%
Aziende	16%	17%	17%	15%	16%	15%
Forniture	15%	17%	17%	15%	15%	15%
Servizi	17%	16%	18%	15%	17%	15%
Media	21%	23%	21%	21%	19%	21%

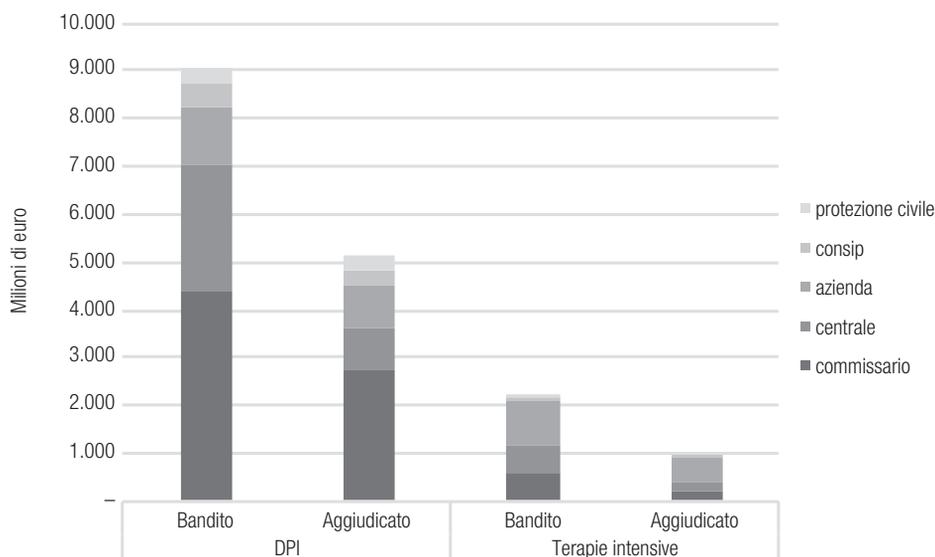
Fonte: elaborazione dati ANAC

17.3 Covid-19 e acquisti: punti critici e lezioni apprese

17.3.1 Gli acquisti: metodologia e dati

Per discutere degli impatti dell'epidemia da Covid-19 sul procurement si è deciso di focalizzare l'analisi su due macro-voci di acquisto: DPI e acquisti destinati agli allestimenti delle terapie intensive e sub-intensive. I dati sono relativi all'anno 2020 e riguardano tutti quei lotti i cui CPV possono essere ricondotti alle categorie di analisi. I risultati risentono, quindi, di questa selezione nonché dell'attribuzione del CPV effettuata dalle singole stazioni appaltanti a ciascun lotto bandito. Anche in questo caso si è proceduto a correggere gli importi

Figura 17.5 **Acquisti "Covid" importo bandito e aggiudicato per tipologia di stazione appaltante per acquisti superiori a 40.000€ (anno 2020)**



Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

banditi effettuando delle stime in modo da temperare i valori mancanti per una compilazione incompleta da parte delle stazioni appaltanti.

La Figura 17.5 mostra come, complessivamente, per queste due voci di acquisto si siano svolte gare con base d'asta per circa 11,2 miliardi di euro, portando ad aggiudicare beni e servizi per 6 miliardi di euro. Un tasso di caduta particolarmente rilevante che mostra la difficoltà di approvvigionamento a causa del doppio shock domanda-offerta. Il commissario straordinario è stato responsabile di circa il 53% degli acquisti di DPI e di un quarto degli acquisti dedicati alle terapie intensive.

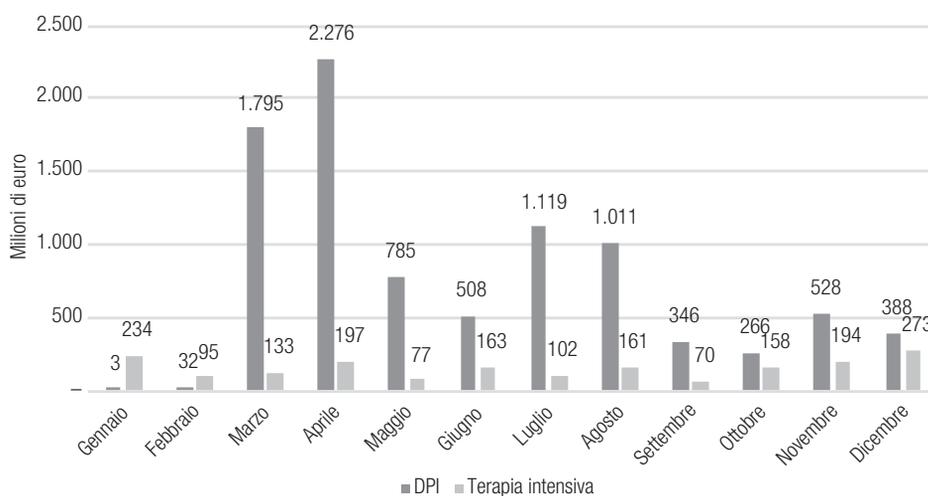
La Tabella 17.6 mette in prospettiva gli acquisti 2020 per categoria merceologica rispetto al triennio precedente la pandemia. Il dato più rilevante, evidentemente, è l'esplosione dell'acquisto dei DPI, che passano da circa 200 milioni di euro a oltre 5 miliardi. L'acquisto di ossigeno e gas medicali e di servizi di ossigenoterapia non sembra risentire dell'aumento dei consumi. Come si è già avuto modo di scrivere, il dato ANAC riporta le nuove gare bandite, e quindi è probabile che per questo tipo di merceologie la scelta delle stazioni appaltanti sia stata quella di estendere il perimetro dei contratti esistenti. Per quel che riguarda le modalità di acquisto, interessante notare come nel periodo considerato si passi da un utilizzo preponderante della procedura aperta (81% in media nel triennio 2017-2019 in valore dei lotti messi a gara) a un ricorso più esteso nel 2020 della procedura ristretta (66% del valore bandito).

Tabella 17.6 **Acquisti “Covid” importo aggiudicato per merceologia, acquisti superiori a 40.000€ (anni 2017-2020)**

	2017	2018	2019	2020
DPI	185.886.574	168.360.230	197.205.917	5.077.344.940
Dispositivi medico diagnostici in vitro (ivd)	159.303.112	166.680.763	143.714.257	290.811.702
Materiali di guardaroba	3.426.969	2.020.799	1.114.022	240.088.704
Ossigeno e altri gas medicali	160.018.662	118.960.305	174.973.593	129.338.335
Prodotti chimici	18.357.266	10.631.657	11.411.022	26.897.597
Servizi trasporti (non sanitari)	17.204.540	5.366.547	3.425.097	115.382.347
Servizi di ossigenoterapia	284.028.228	300.982.592	203.087.159	57.047.868
Totale	828.225.352	773.002.893	734.931.067	5.936.911.492

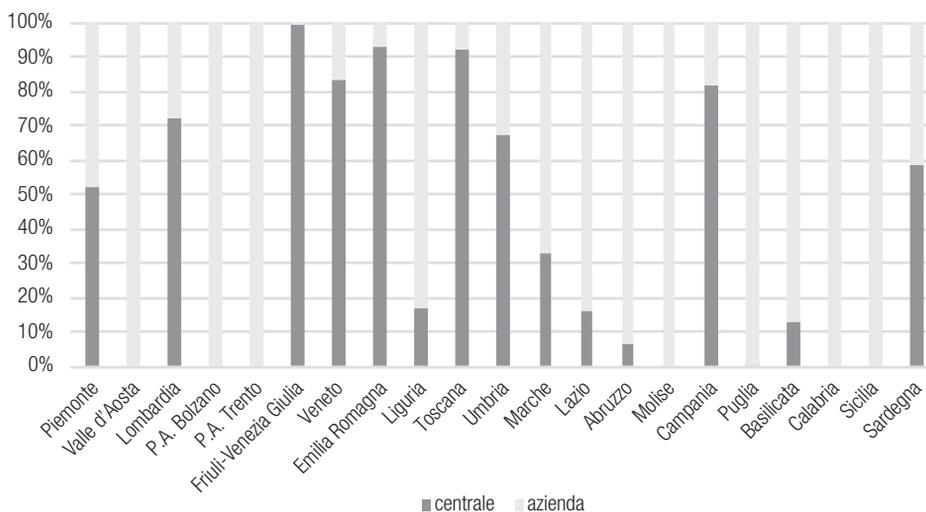
Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

L'andamento degli acquisti mostra un'esplosione delle gare nei mesi di marzo e aprile, durante la prima ondata, quando anche la scarsità di materiali era più acuta e i prezzi del mercato globale più alti (Figura 17.6). Si assiste a una ripresa dell'attività di acquisto nei mesi di luglio e agosto, probabilmente per creare scorte in vista dei mesi invernali quando effettivamente si è assistito a una recrudescenza della pandemia. Gli acquisti dedicati alle terapie intensive si mantengono sostanzialmente stabili nel corso dell'anno con un aumento nell'ultimo trimestre del 2020.

Figura 17.6 **Acquisti “Covid” importo bandito mensile per acquisti superiori a 40.000€ (anno 2020)**

Fonte: elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC

Figura 17.7 **Acquisti covid importo bandito da aziende sanitarie e centrali di committenza regionali sul totale regionale per acquisti superiori a 40.000€ (anno 2020, elaborazione Osservatorio MASAN dati ANAC)**



La gestione degli acquisti rivolti alla pandemia appare notevolmente diversificata a livello regionale (Figura 17.7). In alcune regioni (Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Campania) oltre l'80% degli acquisti è stato gestito centralmente. In una posizione intermedia troviamo il Piemonte, la Lombardia l'Umbria e la Sardegna, in cui le rispettive centrali di acquisto regionali hanno coperto tra il 50% e l'80% degli acquisti nelle voci considerate. Le altre regioni hanno visto la prevalenza degli acquisti aziendali.

17.3.2 Le lezioni apprese

La pandemia da Covid-19 ha posto una rinnovata attenzione alla gestione degli acquisti di beni e servizi per la sanità. Per la prima volta dalla nascita del SSN, l'esplosione del fabbisogno di alcuni beni, divenuti improvvisamente essenziali, ma non disponibili nei volumi necessari, ha portato all'attenzione di tutti quanto sia essenziale e vitale un processo di approvvigionamento agile e evoluto. Improvvisamente, ci si è resi conto di come una funzione reputata "amministrativa", tesa a garantire il rispetto della norma, rivesta in realtà un carattere manageriale strategico.

Il sistema a rete degli acquisti – composto da centrali di committenza e soggetti aggregatori regionali, Consip, aziende sanitarie e ospedaliere a cui si sono aggiunte durante la pandemia la struttura commissariale e la protezione civile – nel complesso ha retto l'onda d'urto, così come ha retto il mercato della

fornitura, assicurando la *business continuity* dell'SSN anche nei momenti di maggiore stress del sistema.

Questa prova di resistenza ha fatto insorgere, tuttavia, nuove problematiche e acuito criticità di lungo corso. Per quel che riguarda le prime, è emersa la necessità, innanzitutto, di definire (o ridefinire) una programmazione degli acquisti d'emergenza, che porti all'adozione di un vero e proprio “*playbook*”, in altre parole linee guida e procedure operative volte a migliorare il livello di preparazione e reazione complessivo della catena degli approvvigionamenti. In secondo luogo, ha sollevato interrogativi sulla capacità di reattività dell'attuale sistema di fornitura, che è fondato sul paradigma della minimizzazione delle scorte e la prevedibilità della domanda al fine di garantire una risposta *just in time* e quindi a costi il più contenuti possibili. All'opposto delle premesse di questo framework, operano gli *shock* esogeni, che alterano in modo improvviso e imprevisto la domanda, generando un'accelerazione esponenziale degli ordinativi di fornitura lungo la catena di approvvigionamento (cosiddetto effetto “frusta”), come è avvenuto a inizio pandemia, determinando l'insorgere di colli di bottiglia. Il disinvestimento progressivo operato nel corso degli anni dalle imprese biomedicali, che hanno delocalizzato la produzione di tecnologie considerate a basso valore aggiunto come i dispositivi di protezione individuale (DPI) in paesi con minor costo della manodopera, ha allungando le catene di approvvigionamento le ha rese più fragili di fronte a shock improvvisi. Sull'onda emotiva, in molte regioni, si è cominciato a discutere di creare scorte “strategiche” che garantiscano sei mesi di copertura dei consumi di alcuni materiali critici (es. DPI, non escludendo tuttavia la necessità di un'analisi predittiva di altri beni “collo di bottiglia”). Volendo ragionare in termini più generali, al di là dell'opportunità di percorrere una strada simile, valutandone i costi e i rischi, è chiaro che il SSN non possa più limitarsi a guardare al fornitore senza valutarne l'affidabilità, anche sotto il profilo della gestione della propria catena di fornitura⁹, sviluppando e adottando, quindi, sistemi di *vendor rating*, considerando sia tempi ordinari, sia eventuali situazioni di emergenza.

Per quanto concerne le criticità di lungo corso, la pandemia ha messo ancora una volta in luce l'importanza della filiera degli acquisti pubblici in sanità. Tanto le centrali di committenza regionali e Consip, tanto i nodi territoriali della rete – le aziende sanitarie e ospedaliere – sono egualmente importanti per il funzionamento del sistema nel complesso. Si potrebbe sostenere, anzi, che la presenza di più articolazioni del sistema costituisca, anziché uno “spreco”, un elemento di ridondanza utile a coprire situazioni di emergenza garantendo la copresenza di logiche istituzionali differenziate e complementari. I soggetti centralizzati operano in logiche programmatiche macro e di standardizzazione, con tempi più lunghi ma con maggiore peso istituzionale ed effetto massa

⁹ Possibilità prevista dall'allegato XVII lettera e) del D.lgs 50/2016.

critica nel mercato. All'opposto, gli attori locali sono più flessibili, veloci, vicini alle esigenze contingenti degli utilizzatori. In altri termini i vari nodi della rete intervengono laddove il livello superiore non riesca ad assicurare una fornitura nei tempi e modi necessari. Al di là delle emergenze, la costruzione delle gare centralizzate poggia su dati e competenze aziendali. Sono le aziende, infatti, a fornire i dati sui fabbisogni e sono sempre le aziende a mettere a disposizione "tecnici" per la redazione dei capitolati. È di responsabilità aziendale, infine, l'esecuzione delle convenzioni/accordi quadro negoziati centralmente e del monitoraggio degli acquisti, da cui dipende evidentemente la loro corretta esecuzione.

Come già evidenziato in Cusumano *et al.* (2017) è necessario che il ruolo della centralizzazione faccia un salto evolutivo: le centrali, oggi soggetti coordinatori, responsabili dello svolgimento di procedure aggregate, dovrebbero passare a un modello evoluto di "centrale di competenza" che, sulla scorta di una programmazione regionale imperniata attorno al ruolo dell'Assessorato, definisca in modo proattivo e prospettico il perimetro delle forniture, specie quelle più strategiche. Questa transizione, a distanza di quattro anni, purtroppo appare ancora in fieri. In fase di prima valutazione della gestione della pandemia, emerge che gli assetti istituzionali e organizzativi che si sono dimostrati efficaci nell'emergenza mostrano una tendenza verso il modello della filiera integrata centro-periferia degli acquisti. Da questo deriva la necessità di avviare una seria riflessione su come questo modello possa essere adottato e consolidato in tutto il SSN. Modello che richiederà, inequivocabilmente, di investire non solo sui sistemi informativi e sulla logistica di coordinamento e integrazione, ma anche sulle competenze distintive dei singoli nodi della rete: centrali di committenza, provveditorati e farmacie aziendali.

17.4 La transizione verso il procurement strategico attraverso acquisti legati al valore: una prima esperienza italiana

In questo paragrafo si presenta uno dei primi casi, non solo in Italia, ma anche a livello Europeo, di gara "value-based", realizzata da Estar in Regione Toscana. Si tratta di un caso interessante non solo per la novità dell'impostazione della gara (per l'appunto, una gara "value-based"), ma anche perché consente di comprendere la traiettoria di evoluzione che le centrali regionali, specie le più mature, possono intraprendere per contribuire a un'evoluzione del procurement da operativo a strategico, i cui elementi essenziali sono riassunti in Tabella 17.6.

Con riferimento all'evoluzione verso un modello di procurement strategico, ESTAR ha avviato in anni recenti alcune iniziative coerenti con i criteri illustrati in Tabella 17.6. Nel triennio 2017-2020 ha realizzato alcune esperienze di

Tabella 17.6 **Elementi fondanti della transizione da procurement ordinario a strategico promossa dell'Osservatorio MASAN**

Elementi	Procurement ordinario	Procurement strategico
1	Driver: costo	Driver: efficienza, efficacia, innovazione, rapidità e valore
2	Priorità: risparmio	Priorità: innovazione
3	Focus: breve termine	Focus: lungo termine, resilienza, risposte ai fabbisogni
4	Relazione transazionale con i fornitori	Relazione collaborativa con i fornitori
5	Valutazione: elementi formali, limitata discrezione	Valutazione: track record e affidabilità, gestione rischio, sostenibilità complessiva e di lungo periodo
6	Acquisto di singoli beni e servizi	Acquisto coordinato di soluzioni integrate

Fonte: Cusumano *et al.*, 2020

integrazione tra principi di Health Technology Assessment (HTA) e acquisto di dispositivi medici attraverso l'utilizzo del beneficio clinico per i pazienti come criterio di aggiudicazione e l'implementazione di accordi di risk-sharing con gli aggiudicatari delle gare (elementi 1, 2, 3). Tali esperienze sono descritte nel seguito del capitolo. Legata agli elementi 4 e 5 vi è una iniziativa pilota di utilizzo di un sistema di vendor rating nell'ambito di una relazione di partnership con un fornitore di gas medicali.

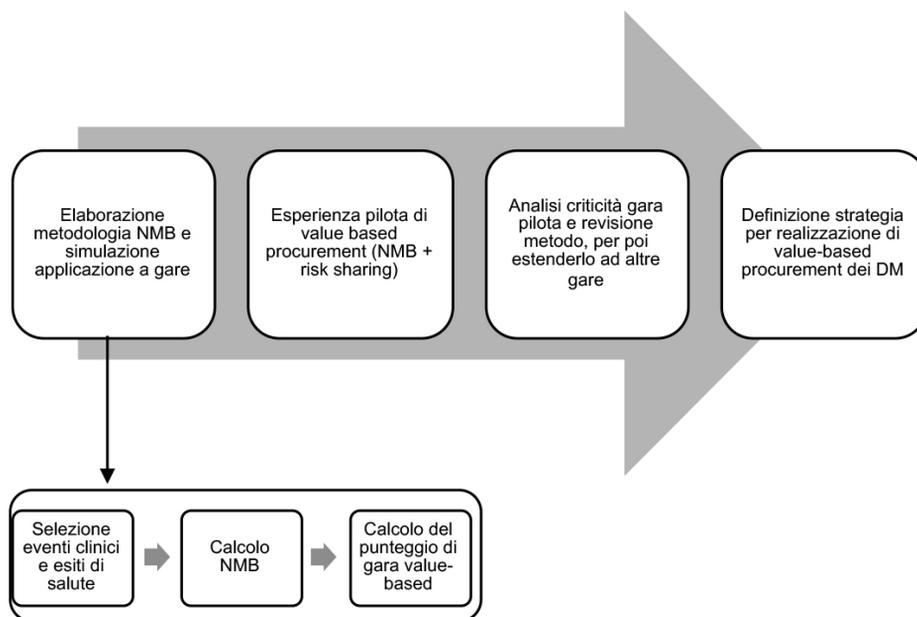
17.4.1 L'esperienza italiana di acquisti legati al valore

L'esperienza di value-based procurement per i dispositivi medici avviata da ESTAR si è articolata in più step successivi (Figura 17.8). Il passo iniziale è stato la conduzione di attività di ricerca da parte dell'Unità interna di HTA sui metodi per la valutazione dei dispositivi medici e l'utilizzo di tecniche di definizione del prezzo basate sul valore. In virtù della convinzione che, specialmente in un sistema sanitario nazionale, la selezione dei dispositivi medici dovrebbe essere guidata dal beneficio clinico per i pazienti (Trippoli, 2017a e 2017b; Messori e Trippoli, 2017 e 2018a), ESTAR ha proposto, in sostituzione dei criteri abituali di valutazione delle caratteristiche tecniche dei prodotti, l'utilizzo del Net Monetary Benefit (NMB)¹⁰ per collegare il punteggio di gara al beneficio clinico per il paziente monetizzato.

La metodologia proposta è stata applicata dapprima sotto forma di simulazione a gare relative a protesi di anca (Messori, Trippoli e Marinai, 2017), protesi di ginocchio (Messori e Trippoli, 2018a) e dispositivi per la trombecomia meccanica dell'ictus ischemico (Trippoli, 2017b; Trippoli *et al.*, 2018), e, successivamente, testata in una gara pilota per le matrici biologiche in derma suino per la riparazione dell'ernia, pubblicata a dicembre 2018 e aggiudicata a

¹⁰ Il NMB è uno dei principali parametri per la valutazione della costo-efficacia degli interventi sanitari usati in farmacoecconomia.

Figura 17.8 **Percorso delle esperienze di value-based procurement intrapreso da ESTAR**



Abbreviazioni: DM: dispositivi medici; NMB: net monetary benefit.

novembre 2019. La gara, di cui la Figura 17.9 sintetizza le caratteristiche principali, si basava su tre elementi fondanti:

1. definizione di una commissione tecnica, composta da chirurghi addominali operanti in ospedali toscani, con il compito di identificare indicatori di esito per il paziente.
2. aggiudicazione sulla base del NMB, calcolato con riferimento agli indicatori di esito definiti dalla commissione tecnica
3. implementazione di un accordo di risk-sharing con un payback del 50% del prezzo di acquisto delle matrici biologiche da parte dell'operatore economico nel caso l'efficacia clinica fosse inferiore del 20% o più, rispetto all'evidenza sperimentale presentata nell'offerta economica, a causa della inefficacia del dispositivo.

L'avvio dell'esperienza pilota di uso del NMB ha incontrato alcune difficoltà. Innanzitutto, nella prima versione della gara per le matrici biologiche, pubblicata a febbraio 2018, era stata prevista l'aggiudicazione del 100% dei punti sulla base del NMB, senza distinguere l'offerta tecnica da quella economica. Per tale

Figura 17.9 **Caratteristiche principali della gara pilota per le matrici biologiche per l'ernia**

Caratteristiche generali	Misure di outcome	Criterio di aggiudicazione	Accordo di risk-sharing
<ul style="list-style-type: none"> • Oggetto: Procedura aperta per la Fornitura di "Matrici biologiche in derma suino cross e non cross-linked" per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Toscana N. Gara 7319615. • Pubblicazione: 12/2018. • Valore a base d'asta: € 1,870,000 + iva • Durata: 4 anni 01/01/2020-31/12/2023 • N° lotti: 2. • Accordo quadro: sì. • Aggiudicazione: 11/2019. • Valore di aggiudicazione: € 1,386,000 + iva 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificate da un panel di chirurghi. • Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> (a) Tasso di infezioni dopo 40 giorni dall'intervento. (b) Tasso di recidive dopo 24 mesi dall'intervento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Offerta economica-mente più vantaggiosa. • Punti qualità: 70. • Criterio di valutazione dell'offerta tecnica: NMB calcolato con riferimento alle misure di outcome (a) e (b). • Valore soglia: 60,000€/QALY. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione di un registro regionale. 2. Monitoraggio degli esiti (a) and (b) real world dopo 12 mesi. 3. Payback: <ul style="list-style-type: none"> • Se le infezioni e le recidive superano del 20% o più 20% i valori dichiarati nell'offerta tecnica, ESTAR incontrerà l'OE per appurare le cause. • In caso venga verificata l'inefficacia del dispositivo, l'OE restituirà il 50% prezzo di acquisto

Abbreviazioni: NMB = net monetary benefit; OE: operatore economico; QALY = quality-adjusted life years

ragione, la gara è stata ritirata in autotutela e ripubblicata. In secondo luogo, non appena è partita la fornitura, ESTAR ha creato una commissione interna multidisciplinare composta da provveditori, farmacisti e ingegneri informatici per monitorare l'esecuzione del contratto e valutare i risultati. La commissione ha evidenziato una criticità molto seria che avrebbe potuto compromettere la gara: la riluttanza dei chirurghi addominali ad alimentare i registri di monitoraggio dell'esito clinico, attività che comporta un carico extra di lavoro amministrativo.

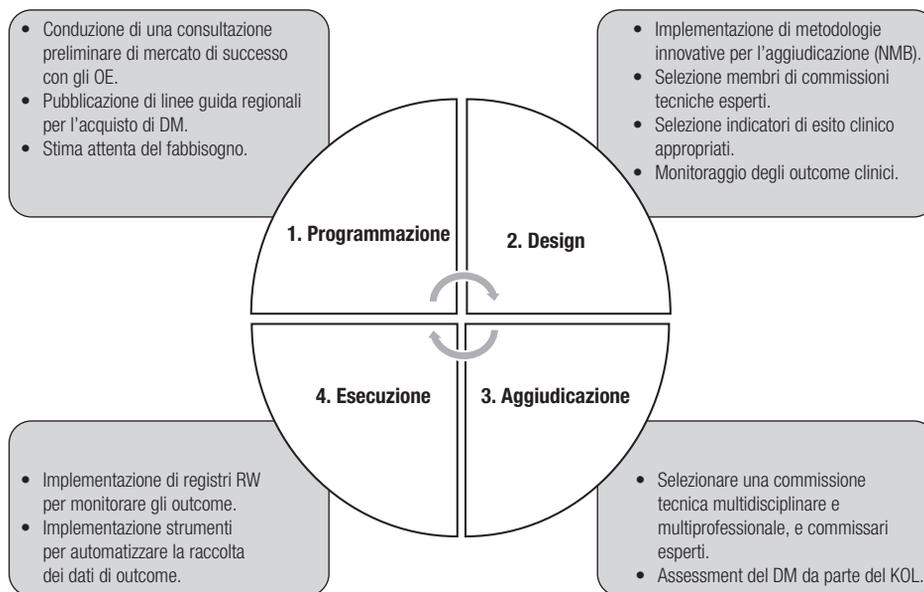
Questa esperienza, che ha incontrato diverse problematiche proprio perché innovativa, ha stimolato ESTAR a elaborare soluzioni per automatizzare la raccolta di dati sugli esiti dei pazienti, implementare programmi di formazione sul value-based procurement per i medici e gli infermieri, utilizzatori finali delle tecnologie, ed elaborare linee guida che siano di supporto nell'applicazione dei questo nuovo approccio strategico, scaricabili dal sito regionale¹¹.

Tutto ciò si è concluso con due ulteriori contratti value-based per la crioablazione e gli stent carotidei.

La sperimentazione di modalità innovative di procurement, unita alla valutazione all'apprendimento continuo, ha portato alla definizione di quattro principi cardine per assicurare il successo dell'approccio strategico al value-based procurement (Figura 17.10).

¹¹ Le linee guida sono disponibili al link <https://www.regione.toscana.it/-/prodotti-hta>.

Figura 17.10 **Principi cardine nell'approccio strategico al value-based procurement di ESTAR**



Abbreviazioni: DM: dispositivo medico; KOL = key opinion leader; NMB = net monetary benefit; RW = real world

Queste esperienze di ESTAR, oltre a quelle diffuse nel settore della regolazione dei farmaci, sono i primi esempi di gare al valore in Italia e tra le prime in Europa. Due aspetti in particolare le rendono particolarmente significative: in primo luogo, l'approccio basato sul miglioramento continuo attraverso il monitoraggio e l'analisi dei problemi e delle difficoltà, che ha portato all'estensione del metodo a ulteriori categorie merceologiche. In secondo luogo, il fatto che siano state realizzate non in un solo ospedale ma in tutti gli ospedali pubblici della regione, consentendo la sperimentazione e l'adattamento in diversi contesti organizzativi.

17.5 Conclusioni

Le analisi presentate hanno messo in evidenza come il sistema degli acquisti centralizzati abbia raggiunto un grado intermedio di maturità, seppur con profonde differenze inter-regionali, da cui è ora necessario disegnare percorsi di evoluzione. Tale evoluzione, fondata sulle competenze accumulate dalla rete degli acquisti, richiede il passaggio a una diversa definizione del valore. Se nella fase costitutiva della centralizzazione il valore creato si misurava essenzial-

mente nella capacità di generare risparmio rispetto alle basi d'asta e garantire un maggiore controllo e trasparenza delle procedure di aggiudicazione, oggi diventa imperativo iniziare a incorporare altre dimensioni, che riflettano le diverse prospettive degli stakeholder coinvolti nei processi di acquisto, come utilizzatori dei beni/servizi (clinici e professioni sanitarie), destinatari (i pazienti), rapporto costo-benefici per il SSN e la sua collettività, imprese fornitrici. Alle dimensioni sanitaria, sociale ed economica è, infine, necessario affiancare quella ambientale, quale pilastro non meno importante di un concetto olistico di sostenibilità. Questa evoluzione può e deve far leva su una capacità di apprendimento del sistema, che deve raccogliere, organizzare e mettere a disposizione degli attori il know-how specialistico sviluppato dalle centrali, attivando forme di apprendimento e bench-learning diffuse, supportando le aziende, stimolando in questo modo forme positive di isomorfismo istituzionale, capace di stimolare il diffondersi delle good practice.

I diversi modelli – istituzionali, di governance e organizzativi – adottati dalle regioni¹² hanno consentito di comprendere l'efficacia relativa e la coerenza ai vari contesti dei diversi assetti definiti. Dai lavori di valutazione degli esiti che iniziano a circolare, a partire dal presente lavoro, emergono gradienti differenti di maturità istituzionale tra le centrali, potendo selezionare alcuni assetti come modelli di riferimento e di innovazione, da consolidare e diffondere su base nazionale. In particolare, appaiono più efficaci le centrali focalizzate sulla sanità, dotate di un sufficiente livellodi autonomia istituzionale, ma connesse con l'assessorato con una efficace relazione di committenza, che aiuta ad entrare nel merito delle riflessioni su cosa sia il valore da comprare per il SSN, processo questo che necessita di attivare competenze interne della centrale o delle aziende territoriali durante il processo di programmazione, acquisto e gestione dei beni e servizi.

Indubbiamente, il fatto di aver istituito grandi *hub* di committenza, ha consentito di mettere in risalto una funzione acquisti, che prima non sembrava particolarmente rilevante, frammentata nelle varie aziende sanitarie, articolata all'interno delle stesse in varie unità organizzative. Tuttavia, la centralizzazione non ha comportato, nella maggior parte dei casi, una valorizzazione e/o un ripensamento dei rapporti centro-periferia, che sono essenziali per impostare e realizzare un modello di procurement strategico orientato alla creazione di valore.

Da questo punto di vista, è utile notare come la pandemia ha messo in evidenza la resilienza della rete degli acquisti sanitari, per la sua fisiologica e strutturale complementarità. Da questa evidenza deriva l'importanza di rafforzare

¹² Per una descrizione dei principali modelli istituzionali di governance e organizzativi di acquisto adottati dalle regioni italiane si rimanda a Cusumano *et al.*, 2017 e Cusumano *et al.*, 2020.

il coordinamento tra centrali nazionali, regionali e aziende sanitarie, non solo come potenziale misura di mitigazione del rischio, ma anche come evoluzione di un modello, inizialmente concepito come centralizzato, ora ripensato come una filiera inte-istituzionale centro-periferia, che per definizione dovrebbe essere collaborativo.

Il rapporto tra centrali e aziende sanitarie rimane critico, non solo perché la centralizzazione è stata vissuta essenzialmente come un processo top-down, ma anche perché si è innestata su processi aziendali non presidiati in modo strategico. Tale criticità si riscontra in modo specifico nella fase di definizione e rilevazione del fabbisogno, da cui dipende la bontà dell'acquisto e, nei fatti, la capacità di generare valore. La rilevazione del fabbisogno è un processo che implica un forte coordinamento tra centrali e aziende sanitarie, per definire non solo che cosa acquistare, ma anche quale sia la value proposition ricercata e quindi determinare il livello istituzionale più appropriato per acquistare (centrale o azienda). La rilevazione efficace del fabbisogno non richiede solo l'organizzazione delle interdipendenze verticali della filiera istituzionali, ma anche la valorizzazione delle competenze orizzontali tra diversi ruoli e culture professionali (clinica, amministrativa, digitale), nonché tra i diversi dipartimenti disciplinari (es. clinica, diagnosi, riabilitazione). Come è stato scritto nel paragrafo 1.2, se la compressione e l'omogeneizzazione dei prezzi di acquisto hanno raggiunto un asintoto, il ruolo della centrale deve evolvere verso funzioni di monitoraggio e di supporto strategico alle aziende sanitarie per l'adozione di modelli di procurement più sofisticati, come per esempio l'acquisto secondo logiche di valore o l'introduzione di innovazioni di prodotto o servizio, assicurando il necessario coordinamento con gli assessorati regionali e il rispetto della loro programmazione sanitaria. I processi di innovazione, intrinsecamente complessi, richiedono una fase di rapida sperimentazione/prototipazione per essere messi a punto per venire industrializzati successivamente. Questo significa che il livello istituzionale più appropriato per realizzarli è quello aziendale, anche perché la ridotta dimensione garantisce approcci prototipali e consente di velocizzare i tempi, che sono variabile estremamente critica quando si acquista innovazione.

A questo proposito, è interessante l'esperienza realizzata da Estar con l'attivazione di una delle prime gare di valore. Elemento di attenzione di questa esperienza è proprio il carattere sperimentale, finalizzato anche a mettere a punto linee guida regionali essenziali per la riproducibilità dell'esperienza. Sotto la regia regionale, sono stati prima di tutto svolti delle sperimentazioni pilota locali

Tuttavia, è utile mettere in evidenza che modelli così sofisticati richiedono passaggi intermedi in una traiettoria di cambiamento o comunque la presenza di fattori abilitanti, istituzionali e/o organizzativi, che sono spesso difficili da re-

plicare. Pertanto, l'auspicio, soprattutto in un momento in cui la generazione di valore in senso lato deve essere il nuovo razionale alla base degli acquisti, è che nell'ambito dei diversi SSR si possano sviluppare sperimentazioni di diversa natura, dove l'acquisto legato all'outcome clinico non rappresenta l'unica declinazione di valore. Valore può essere, declinato, a titolo d'esempio, in ottimizzazione dei costi life cycle, mitigazione di rischi, minori sprechi, aderenza al protocollo clinico (nel caso della teleassistenza o servizi di presa in carico del paziente), riduzione dell'inquinamento o tutela delle risorse naturali (come l'acqua).

L'obiettivo di fondo del PNRR è l'esecuzione di investimenti in grado di generare valore di lungo termine, ovvero di aumentare la produttività complessiva del SSN nel futuro, anche consapevoli del fatto che la spesa corrente non potrà crescere in modo stabile e continuativo, visto l'enorme indebitamento del paese. Non a caso il piano nazionale è finanziato dal programma comunitario Next Generation EU. Seppure il PNRR non interessi tutti gli ambiti di acquisto, sarebbe in ogni caso auspicabile che parte di queste risorse venissero utilizzate per acquistare secondo logiche di valore in senso lato (per esempio con riferimento alle tecnologie sanitarie e ai servizi di telemedicina/teleassistenza). Sarebbe un'occasione mancata e un grave danno per il SSN e per il sistema economico e sociale, con una conseguente ulteriore riduzione della fiducia pubblico-privato/pubblico-cittadini, se la variabile tempo fosse l'unica a guidare le scelte di cosa comprare e chi deve comprare. Il coinvolgimento delle aziende sanitarie in percorsi innovativi, con il supporto delle centrali regionali, sarebbe una scelta strategica, che si caricherebbe anche di grande valore simbolico, proprio perché attuata in un momento in cui il Paese è chiamato a cambiar il paradigma di funzionamento delle PA, per intraprendere il percorso di evoluzione degli acquisti sanitari.

Da questo punto di vista, i tempi sono maturi affinché, specie nelle Regioni in cui i modelli di governance sono più maturi, si comincino a compiere scelte coraggiose rispetto al concetto di valore, da riduzione dei costi di acquisto a valore come efficienza, come innovazione, come efficacia, come riduzione dei rischi, come sostenibilità, come competitività dell'industria. In questo contesto, è auspicabile una forte presa di coraggio e responsabilizzazione delle regioni, da un lato, per essere attori chiave nell'implementazione del PNRR e, dall'altro, per avviare nuovi modelli di acquisto, facendo leva su obiettivi di policy nazionale e comunitari fortemente orientati al cambiamento. I punti critici di una possibile agenda di lavoro per ciascun policy maker regionale dovrebbero essere (almeno): ridefinizione del ruolo e della missione delle centrali, investimento in competenze e riorganizzazione delle funzioni acquisto aziendali, avvio di cantieri di sperimentazione con il coinvolgimento delle centrali e delle aziende sanitarie, e rafforzamento della funzione di committenza degli Assessorati a partire dalla definizione di un piano degli acquisti sorretto da una mappa degli obiettivi e dei valori correlati che si intendono conseguire.

17.6 Bibliografia

- Cusumano, N., Amatucci, F., Longo, F., Brusoni, M., 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 Rapporto OASI 2017, Egea.
- Cusumano, N., Vecchi, V., Amatucci, F., Brusoni, M., Callea, G., Longo, F. (2020), Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali, in Rapporto OASI 2020, Egea.
- Mazzucato, M. (2021), *Mission Economy: A Moonshot Guide to Changing Capitalism*, Penguin Books Limited.
- Messori, A., Trippoli, S. (2018a), Value-based procurement of prostheses for total knee replacement. *Orthop Rev (Pavia)* 16;9(4):7488. doi:10.4081/or.2017.7488. PMID: 29564078; PMCID: PMC5850053.
- Messori, A., Trippoli, S. (2018b), Value-based procurement of prostheses for total knee replacement. *Orthopedic Reviews*, 9(4), 7488. doi: 10.4081/or.2017.7488.
- Messori, A., Trippoli, S., Marinai C. (2017), Handling the procurement of prostheses for total hip replacement: description of an original value based approach and application to a real-life dataset reported in the UK. *BMJ Open*. 7:e018603. doi:10.1136/bmjopen-2017-018603.
- Riganti, A. (2021), Containing costs in the Italian local healthcare market, *Health Economics*, 30, 1001–1014. DOI: 10.1002/hec.4234.
- Trippoli, S. (2017a). Incremental cost-effectiveness ratio and net monetary benefit: current use in pharmacoeconomics and future perspectives. *European Journal of Internal Medicine*; 43:e36. doi: 10.1016/j.ejim.2017.05.015.
- Trippoli, S. (2017b). L'analisi costo-efficacia come base per il procurement dei dispositivi medici. *Recenti Progressi in Medicina*, 108(9), 374-378. doi: 10.1701/2745.27989.
- Trippoli, S., Caccese, E., Marinai, C., Messori, A. (2018), Value-based procurement of medical devices: application to devices for mechanical thrombectomy in ischemic stroke. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 166, 61-65. Doi: 10.1016/j.clineuro.2018.01.028.
- Vecchi, V., Amatucci, F., Callea, G., Cusumano, N., Longo, F. (2019), Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche, in Rapporto OASI 2019, Egea.

