

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di policy rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

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



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

16 La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti

di Fabio Amatucci, Giuditta Callea, Niccolò Cusumano, Francesco Longo, Veronica Vecchi¹

16.1 Introduzione

Questo capitolo presenta i principali risultati del primo anno di attività dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN), un'iniziativa promossa da CERGAS – SDA Bocconi con l'obiettivo di creare un luogo di confronto indipendente tra operatori pubblici e privati, in cui scambiare esperienze, discutere criticità e proporre soluzioni per rendere più efficienti gli acquisti in sanità.²

Il capitolo si propone tre obiettivi. Il primo è fornire una descrizione delle modalità con cui vengono condotte la programmazione degli acquisti e l'analisi dei fabbisogni (§ 16.2). Il secondo è approfondire il nuovo assetto della funzione acquisti nelle Aziende di Tutela della Salute (ATS) e nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde implementato a seguito della riforma del sistema sanitario regionale (Legge Regionale 23/2015) per mostrare, attraverso un caso concreto, come la centralizzazione degli acquisti modifichi complessivamente gli assetti di tutta la filiera istituzionale (§ 16.3). Il terzo, presentare le modalità di acquisto utilizzate dalle Centrali di committenza italiane, con un focus particolare sul ricorso all'accordo quadro, ritenuto oggi una delle procedure di interazione con il mercato più interessanti e promettenti (§ 16.4). Le ricerche

¹ Benché gli autori abbiano condiviso la struttura complessiva del capitolo, la metodologia e i risultati, sono da attribuire a Niccolò Cusumano i §§ 16.2 e 16.3, a Fabio Amatucci e Giuditta Callea il § 16.4, a Francesco Longo e a Veronica Vecchi il § 16.5. Gli autori ringraziano per la disponibilità Grazia Acri, Sabrina Amerio, Alessandra Boni, Paolo Bottazzi, Gianpaolo Catalano, Erica Ceresola, Marcello Faviere, Antonella Garna, Luca Lelli, Corrado Lettieri, Massimo Napodano, Stefano Paluan, Carmela Puca, Gianluca Postiglione, Donella Racheli, Marlen Romanò, Elisabetta Sanvito, Giuseppe Tarantini, Fabio Tarantino, Caterina Zanetti e Sandra Zuzzi, e Marta Bertanzetti per il supporto nelle ricerche. Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità.

² In particolare questo capitolo raccoglie i risultati della ricerca condotta da gennaio a giugno 2018.

sono state condotte attraverso la consultazione di fonti istituzionali (siti web delle regioni, dei Soggetti Aggregatori, delle Centrali di committenza e delle Aziende Sanitarie, leggi e delibere regionali, Portale della Trasparenza ANAC e *Tenders Electronic Daily* – TED) e documenti aziendali nonché interviste con il personale delle Centrali di committenza. Il dettaglio delle fonti e dei metodi utilizzati per i tre ambiti di approfondimento è illustrato nei rispettivi paragrafi.

16.2 Il processo di programmazione degli acquisti e la modalità di aggregazione della domanda

Uno dei cardini attorno cui ruota la riforma degli appalti, seguita all’emanazione del Codice dei Contratti nel 2016 (D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.), è il rafforzamento della programmazione degli approvvigionamenti di beni e servizi,³ *in primis* attraverso una serie di obblighi normativi. Le Amministrazioni, infatti, devono dotarsi di:

- ▶ Un programma biennale per gli acquisti di beni e servizi di importo unitario superiore a 40.000 euro;
- ▶ Un programma biennale per le acquisizioni di forniture e servizi d’importo superiore a 1 milione di euro da trasmettere al Tavolo tecnico dei soggetti di cui all’art. 9, comma 2 del decreto legge 66/2014 (Soggetti Aggregatori);
- ▶ Un piano triennale per gli acquisti ICT.

La programmazione rappresenta un importante strumento di trasparenza, perché permette al mercato di conoscere in anticipo i fabbisogni delle amministrazioni e limita la necessità di ricorrere a procedure d’urgenza o a proroghe. Essa, inoltre, rappresenta uno strumento di controllo della spesa perché gli acquisti non programmati debbono essere motivati e approvati. Infine, è uno strumento di efficientamento organizzativo poiché impone consapevolezza strategica sul complesso dei beni e servizi necessari e, di conseguenza, consente una migliore organizzazione dell’attività della funzione acquisti. Una migliore organizzazione del lavoro dovrebbe permettere alle stazioni appaltanti, in linea di principio, di dedicare più tempo ad attività strategiche a più alto valore aggiunto all’interno del processo di acquisto quali, ad esempio, la definizione del fabbisogno e la progettazione delle gare.

Le attività di programmazione e raccolta dei fabbisogni sono particolarmente critiche in un sistema a rete interaziendale in cui l’approvvigionamento è sempre più spesso svolto da un ente terzo, la centrale di committenza, rispetto

³ Storicamente tali obblighi sono stati circoscritti ai lavori con l’adozione del programma triennale delle opere pubbliche.

all'azienda che esprime il fabbisogno. Tale configurazione crea, infatti, una diversa e più profonda separazione tra buyer e utilizzatore, rispetto alla tradizionale distinzione funzionale all'interno della stessa azienda. Acquirente e utilizzatore appartengono ora a due aziende diverse, con finalità e missioni distinte, a cui si aggiunge anche una maggiore distanza fisico-logistica. Se non vengono predisposti meccanismi efficaci di coordinamento, tale separazione rischia di tradursi in disallineamenti organizzativi e di aspettative reciproche, in disservizi e in un costo aggiuntivo, nel caso in cui i fabbisogni non trovassero risposta in modi e tempi congrui.

16.2.1 Metodi

Le attività di programmazione e raccolta del fabbisogno sono spesso confuse. In linea di principio, la programmazione dovrebbe essere volta a definire, sulla base della strategia dell'ente, dei vincoli organizzativi e del portafoglio dei contratti esistenti, gli obiettivi, la strategia e le attività della funzione acquisti. La rilevazione del fabbisogno avviene a livello di singola iniziativa ed è funzionale a specificare l'oggetto d'acquisto e le caratteristiche del contratto.

Le modalità con cui le Centrali di committenza ed i Soggetti Aggregatori regionali conducono la programmazione e la raccolta del fabbisogno è uno degli snodi critici dei processi di centralizzazione. Nell'ambito delle attività dell'Osservatorio si è, quindi, analizzata la situazione esistente ai fini di comprendere:

- ▶ Quali sono i criteri, gli attori coinvolti e le dinamiche decisionali tra centro (centrale/regione) e territorio (aziende) nel processo di programmazione delle iniziative aggregate;
- ▶ Le modalità con cui viene effettuata l'analisi del fabbisogno e la conseguente definizione dell'oggetto e della strategia di gara.

La ricerca è stata condotta attraverso interviste semi-strutturate alle figure apicali delle centrali di committenza ritenute più rappresentative per entità dei volumi transati e rappresentanza geografica. Con il supporto delle Centrali di committenza, sono stati individuati i membri esterni delle commissioni tecniche per la redazione dei capitolati e gli utilizzatori finali (clinici, responsabili infermieristici, ingegneri clinici, Responsabili Unici del Procedimento – RUP) coinvolti in iniziative già svolte aventi a riferimento le seguenti merceologie: guanti, stent, manutenzione elettromedicali, ristorazione degenti. Le merceologie sono state individuate per avere una rappresentazione dei processi di programmazione e analisi del fabbisogno per beni e servizi caratterizzati da diversi livelli di complessità tecnologica, alcuni con obbligo di acquisto da parte del Soggetto aggregatore d'altri no. Gli intervistati provengono da cinque regioni:

Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Campania. Alle interviste è seguita un'analisi desk dei documenti di programmazione, regolamenti interni, leggi e altri documenti rilevanti regionali.

Sulla base della *review* della letteratura esistente in tema di acquisti (Schneider & Wallenburg, 2013; Glock & Hochrein, 2011), non esistono articoli scientifici che abbiano analizzato compiutamente il processo di programmazione e raccolta dei fabbisogni pubblici. Hespings & Schiele (2015) nella loro analisi sullo sviluppo delle strategie d'acquisto notano, inoltre, come la maggior parte degli studi condotti siano di natura teorica e solo un numero limitato si basi su casi aziendali.

16.2.2 Analisi dei risultati

In tutti i contesti analizzati la programmazione è volta alla definizione di un piano gare, in cui, partendo da una ricognizione dei contratti/iniziativa esistenti o da eventuali indirizzi da parte della regione, si stabiliscono le tempistiche, l'oggetto d'acquisto, il budget disponibile (o il volume economico della gara), il soggetto titolare della procedura (soggetto aggregatore, eventuali aree vaste, aggregazioni di aziende o aziende singole).

In quattro delle cinque regioni analizzate – Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Campania – la Centrale di committenza è anche soggetto aggregatore. Solo in Toscana, l'Ente Regione ha mantenuto direttamente il ruolo di soggetto aggregatore, avvalendosi però di ESTAR per svolgere in concreto l'attività. La differenza non è di poco conto poiché i soggetti aggregatori godono di uno *status* privilegiato da un punto di vista normativo: non sono soggetti agli obblighi di programmazione;⁴ non sono soggetti al sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti gestito da ANAC;⁵ dispongono di risorse finanziarie specifiche;⁶ hanno la possibilità di assumere personale in deroga ai vincoli sulle assunzioni vigenti;⁷ e soprattutto sono gli unici soggetti titolati a svolgere gli acquisti per determinate categorie merceologiche.⁸

Dal punto di vista del processo di programmazione, le variabili da considerare sono quattro:

1. Obbligo/facoltà dell'acquisto centralizzato;
2. Livello di consolidamento dell'attività di acquisto centralizzato: la distinzione in questo caso è tra una riedizione di precedente iniziativa di gara oppure una nuova procedura centralizzata;

⁴ Art. 21 c. 8-bis D.lgs 50/2016

⁵ Art. 38 c.1 D.lgs 50/2016

⁶ Art. 9, comma 9, del D.L. 66/2014

⁷ Art.1 c. 512 Legge 28 dicembre 2015 n. 208

⁸ Art. 9, c. 3 del D.l. 66/2014; Art. 1 cc. 511 e 548 e ss. Legge 28 dicembre 2015 n. 208

3. Disponibilità e accesso ai dati dei consumi storici del sistema inter-aziendale;
4. Grado di autonomia della centrale.

Le variabili sono tra loro collegate. Il grado di autonomia, dal punto di vista formale, dipende, infatti, dal modello di *governance* adottato, ma, dal punto di vista sostanziale, dall'effettiva disponibilità di dati da parte della Centrale di committenza. Nel caso in cui una centrale abbia già un'attività consolidata, oppure gestisca un magazzino centralizzato (es. ESTAR), oppure eserciti una funzione di controllo delle procedure di acquisto autonome (es. SORESA) o gestisca/abbia accesso diretto ai flussi informativi regionali (es. SORESA), tendenzialmente elabora l'atto di programmazione e lo sottopone alle aziende per una loro presa di visione. La disponibilità di dati sui consumi storici a sua volta è frutto del modello di *governance*, ma spesso, dipende, anche dall'esperienza di centralizzazione. Le gare centralizzate alimentano, infatti, una base dati in seno alla Centrale di committenza più ricca dei flussi informativi regionali e che la rendono in buona parte autonoma nelle attività di programmazione. L'obbligatorietà di acquisto centralizzato per alcune categorie merceologiche rafforza, infine, il potere della centrale nei confronti degli altri attori del sistema sanitario regionale (SSR).

Per quel che concerne la *governance* del processo di programmazione, si riscontrano alcune differenze nelle regioni analizzate:

- ▶ Emilia Romagna, Lombardia e Toscana prevedono che la Giunta Regionale approvi un atto di programmazione,⁹ che viene poi recepito da un atto aziendale¹⁰ della centrale che lo dettaglia in modo operativo. L'atto di programmazione regionale, in tutti e tre i casi, è frutto di una concertazione con le direzioni regionali di riferimento e le aziende del SSR.¹¹
- ▶ In Veneto esiste solo l'atto aziendale (programma biennale acquisizioni), che viene sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale.
- ▶ In Campania, SORESA provvede ad adottare il proprio atto di programma-

⁹ Masterplan Triennale in Emilia Romagna, Programmazione Integrata di Sistema in Lombardia, Programma Regionale della Spesa Aggregata e Piani Triennali delle Tecnologie in Toscana.

¹⁰ Arca Lombardia e ESTAR approvano il Programma Biennale delle Acquisizioni, Intercent-ER propone alla Giunta un piano annuale di attività che viene adottato dalla Giunta.

¹¹ In Emilia Romagna il Masterplan è approvato dal Gruppo Strategico in cui siedono le aziende sanitarie e la Regione; in Lombardia la Programmazione Integrata è adottata in sede di Tavolo Tecnico degli Appalti che vede partecipare, oltre ad Arca che lo coordina, la Presidenza della Giunta, la DG Welfare, la DG Casa, Infrastrutture Lombarde SpA e Lombardia Informatica SpA; in Toscana occorre distinguere tra il Programma Regionale della Spesa Aggregata, che è adottato dalla DG Organizzazione – Settore Contratti, mentre per l'acquisto di tecnologie e dispositivi medici è costituita la Commissione di Valutazione Tecnologie e Investimenti a cui siedono, il DG di ESTAR e direttori per la programmazione di area vasta o loro delegati, i dirigenti regionali competenti in materia di tecnologie sanitarie, politiche del farmaco e investimenti.

zione biennale, la Giunta Regionale formula degli indirizzi strategici, ma non viene predisposto un atto vero e proprio.

Una volta redatto il piano gare, per la singola iniziativa si svolge un'analisi del fabbisogno. I flussi informativi esistenti (es. Flusso Consumi per i dispositivi medici, magazzino centralizzato, farmaci, convenzioni già in essere) consentono una mappatura del consumo storico. Laddove il dato non sia sufficiente a fornire una fotografia completa oppure non sia immediatamente disponibile, le centrali devono raccoglierlo presso le singole aziende. Lo sforzo organizzativo è notevole in quanto le aziende, da un lato, non sempre dispongono di questi dati (ad esempio per mancanza di un inventario aggiornato delle apparecchiature elettromedicali), dall'altro utilizzano delle classificazioni diverse.

L'aspetto della classificazione è ovviamente particolarmente sentito per i dispositivi medici (DM). L'introduzione del Sistema nazionale di Classificazione dei DM (CND) ha certamente aiutato, ma non sembra avere ancora risolto del tutto il problema della coesistenza di anagrafiche aziendali che difficilmente si integrano le une con le altre. Perciò si assiste spesso ad una raccolta di informazioni basata su una descrizione del dispositivo che causa difficoltà interpretative e si presta ad errori di valutazione. Nel caso delle tecnologie, inoltre, le centrali intervistate fanno ancora ricorso alla codifica CIVAB¹² (sviluppata da Area Trieste), che però non risulta essere più aggiornata dal 2009.

Le soluzioni adottate per risolvere queste problematiche sono diverse. Alcune regioni stanno implementando sistemi di raccolta sistematica e integrata dei flussi fisici e contabili e dei beni (es. Campania con il Sistema Informativo Appalti Pubblici Sanità – SIAPS ed Emilia Romagna con la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile – GAAC). In altre (es. Toscana) la presenza di un magazzino centralizzato ha fatto da *game changer*, superando alla radice il problema. Laddove non sia possibile seguire queste strade, è necessario adottare un sistema di classificazione utilizzabile ai fini degli approvvigionamenti.

Se l'analisi del consumo storico è difficoltosa, più critiche appaiono la valutazione dei fabbisogni emergenti e la stima delle necessità future. Le strategie adottate sono molteplici. La valutazione può essere svolta direttamente ai tavoli che si occupano della redazione dei capitolati tecnici, a livello di rete regionale di *Health Technology Assessment* (HTA) (es. Lombardia ed Emilia

¹² La codifica CIVAB (Centro di Informazione e Valutazione delle Apparecchiature Biomedicali) è un sistema univoco di riconoscimento di una parte consistente delle tecnologie biomediche. Nasce nell'ambito del progetto CIVAB-OPT, sviluppato a livello regionale in Friuli-Venezia Giulia all'interno di un progetto coordinato dal Ministero della Salute e finalizzato alla creazione di Strumenti per il controllo e gestione di apparecchiature e dispositivi per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione. (Fonte Ministero della Salute (2016), Rapporto sulla Rilevazione delle Apparecchiature Sanitarie in Italia).

Romagna), da una commissione regionale specifica (es. commissione di valutazione delle tecnologie di Regione Toscana) o ancora da una struttura dedicata in seno alla Centrale di committenza (es. UOC HTA previsto in Azienda Zero di Regione Veneto).

A questo si aggiunge il lavoro svolto dal personale delle centrali. Una centrale dotata di personale con una specializzazione non soltanto di tipo amministrativo-procedurale, ma anche tecnica dei prodotti ed economica dei mercati di riferimento è maggiormente in grado di aggregare il fabbisogno in modo coerente, creando valore per il sistema, e di definire strategie di gara che non rappresentino la semplice sommatoria dei fabbisogni individuali. Quando queste professionalità sono coinvolte, è possibile innescare anche dei processi di innovazione (di processo o prodotto) che, partendo dal centro o dalla periferia, possono essere diffusi su tutta la rete regionale grazie al processo di centralizzazione.¹³

Il buon esito di questa attività è, quindi, funzione delle competenze messe in campo in termini di personale delle centrali e professionalità presenti nelle commissioni tecniche attivate, e dei meccanismi di *governance* del processo. Sotto entrambi gli aspetti, emergono delle importanti differenze nelle reti d'acquisto a seconda dell'assetto istituzionale e organizzativo della centrale.

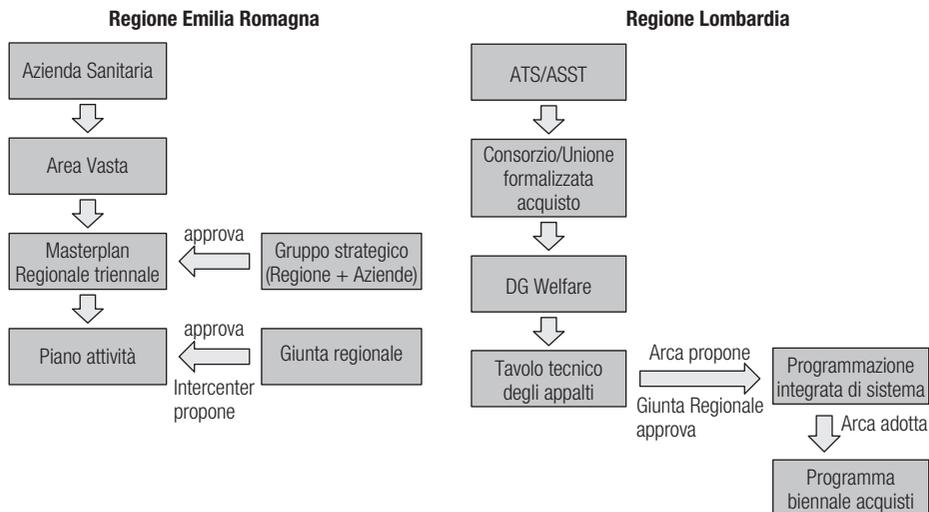
Sono stati individuati tre modelli di *governance* dei processi di programmazione e raccolta fabbisogni: a rete, accentrato regionale, di agenzia. Il modello di *governance* si incrocia con l'assetto istituzionale della centrale che, come analizzato nel rapporto OASI 2017 (Cusumano et al, 2017), può essere un ente del SSR, un soggetto autonomo specializzato, una direzione regionale oppure una direzione di un'azienda *in house*. Queste configurazioni hanno un impatto in termini di *accountability*, autonomia organizzativa, capacità di reclutamento di personale specializzato, influenza sul disegno dei flussi informativi.

Il *modello a rete* vede un'interazione istituzionalizzata tra la centrale, le aziende del SSR, eventuali organismi intermedi (es. l'area vasta) e la DG regionale di riferimento. Tra le esperienze analizzate, rientrano in questo modello Lombardia ed Emilia Romagna. In Figura 16.1 è rappresentato il processo nei rispettivi contesti. In entrambi i casi, la Centrale di committenza ha un rapporto con le aziende sanitarie mediato dall'organismo intermedio (il consorzio in Lombardia, l'area vasta in Emilia Romagna).

Nel *modello accentrato regionale*, la centrale o è direttamente costituita all'interno dell'Ente Regione oppure, come nei casi analizzati di Veneto e Toscana, è un ente del SSR che concentra a livello regionale alcune funzioni comuni delle aziende sanitarie/ospedaliere, le quali, nell'ambito del processo di acquisto, partecipano in modo puntuale e circoscritto (Figura 16.2). In entrambi i casi, l'Ente Regione svolge un ruolo importante. In Veneto, la regione approva l'atto

¹³ Alcuni casi di successo sono stati raccolti e saranno oggetto di futuri approfondimenti.

Figura 16.1 Il processo di programmazione nel modello a rete



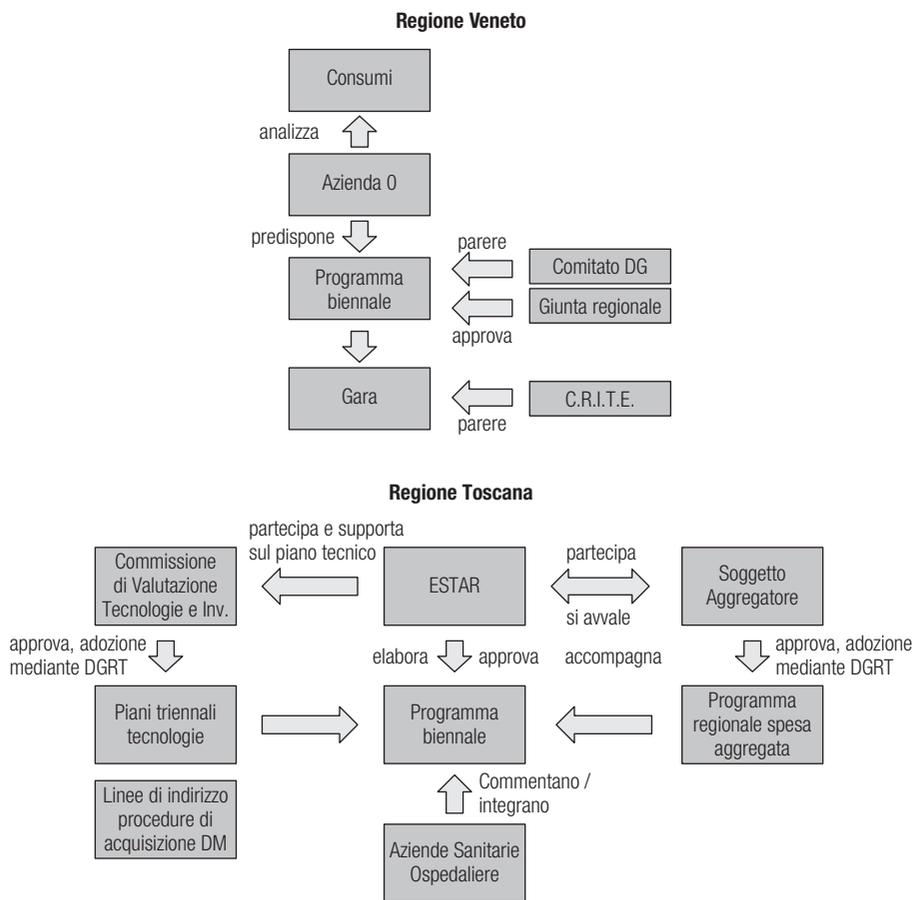
di programmazione e fornisce anche un parere sugli atti di gara. In Toscana, il Soggetto aggregatore è costituito in seno alla regione, dove è presente, inoltre, una commissione permanente per la valutazione delle tecnologie e degli investimenti. La centrale di acquisto, ESTAR, offre un supporto tecnico-operativo. Tuttavia, rispetto ad Azienda Zero, ESTAR gode di maggiore autonomia poiché non sottopone la propria programmazione biennale degli acquisti ad approvazione della regione. La presenza del magazzino centralizzato la rende, inoltre, molto autonoma rispetto alle aziende per quel che concerne la raccolta dati sui consumi, come scritto sopra.

Nel *modello ad agenzia*, la centrale agisce in modo fortemente autonomo sia in fase di programmazione, sia di raccolta dei fabbisogni, fermo restando un ruolo di indirizzo strategico svolto dalla Regione (Figura 16.3). È questo il caso di SORESA.

16.2.3 Discussione

Dall'analisi svolta, la programmazione sembra rispondere più a finalità di *time management* (costruire e rispettare cronogrammi di acquisti) che a obiettivi di ripensamento strategico su cosa/per chi comprare per correlati livelli di attività sanitaria. L'oggetto della programmazione è, infatti, l'insieme delle gare e la loro scansione cronologica nel corso dell'anno. Si tratta, quindi, più di un'attività di "*scheduling*" che di "*planning*"; per cui la dimensione temporale (quando) prevale su quella sostanziale (cosa) acquistare. La definizione dei tempi è dettata più da scadenze contrattuali, tempistiche procedurali o disponibilità di

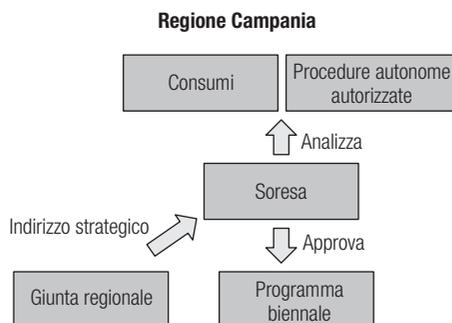
Figura 16.2 **Il processo di programmazione nel modello accentratore regionale in Veneto e Toscana**



bilancio che da reali considerazioni di natura manageriale e strategica. Sebbene la pianificazione strategica anche nelle imprese si sia tradotta spesso in programmazione operativa, cioè in articolazione di strategie e visioni già esistenti (Mintzberg, 1994), di fronte alle sfide del SSN e al ruolo a cui sono chiamate le Centrali di committenza è necessario un salto qualitativo nei processi di pianificazione e definizione dei fabbisogni.

Poister (2010) sottolinea come in futuro le amministrazioni pubbliche, nella loro attività di pianificazione, dovranno andare oltre l'analisi inventariale delle attività in essere, e basare le proiezioni future non solo sulla semplice estrapolazione di tendenze passate, ma utilizzare un approccio creativo in risposta a valutazioni sincere delle proprie capacità e aspettative realistiche riguardo a tendenze emergenti e questioni al di là del loro controllo. Per fare questo è necessario, da un lato, che le Centrali di committenza regionali sviluppino forti

Figura 16.3 Il processo di programmazione nel modello ad agenzia in Campania



capacità di lettura del contesto e dei canali di comunicazione con gli utilizzatori finali dei beni e servizi acquistati. Dall'altro, è necessario che anche l'Ente Regione eserciti pienamente il proprio ruolo di capogruppo e di ente di pianificazione in modo da fornire gli elementi necessari alla definizione di strategie degli acquisti.

16.3 L'eterogeneità organizzativa delle funzioni acquisti nelle aziende sanitarie: il caso lombardo

Per le Centrali di committenza un elemento importante nel processo di raccolta e analisi del fabbisogno è l'individuazione dell'interlocutore di riferimento nelle singole aziende sanitarie del proprio SSR. Di solito l'interlocutore è il provveditore/responsabile ufficio acquisti. Tuttavia, nelle aziende sanitarie e ospedaliere il processo di acquisto vede coinvolti diversi altri soggetti quali farmacia, ingegneria clinica, ufficio patrimonio, ufficio IT oltre che la parte clinica: di norma, nessuno degli attori dispone autonomamente di tutte le informazioni e di tutti i poteri decisionali necessari.

La letteratura (Patrucco *et al.*, 2017; Ates *et al.*, 2017; Foerstl *et al.*, 2013) riconosce che l'assetto organizzativo influenza gli *outcome* d'acquisto. Gli studi si sono fino ad oggi concentrati soprattutto in ambito privato (Patrucco *et al.*, 2018) e su singole aziende. Sebbene, non vi siano ancora studi che indaghino l'impatto delle configurazioni organizzative della funzione acquisti su reti di aziende (Schneider & Wallenburg, 2013, Glock & Hochrein, 2011), è intuibile che l'efficacia dell'acquisto dipenda dalla razionale distribuzione di compiti e funzioni lungo la rete e dalla capacità di tutti i soggetti coinvolti a svolgere le attività di cui sono responsabili.

Nella configurazione attuale, alle aziende sanitarie/ospedaliere spetta il delicato compito di interlocuzione con la Centrale di committenza nella fase di raccolta dei fabbisogni. La capacità di fare questo dipende sia da elementi di carat-

tere organizzativo, ovvero dalle funzioni attribuite all'unità operativa acquisti (Malatesta & Smith, 2011; Perner & Skjølvik, 2016), sia elementi personali in termini di competenze, leadership, maturità (Carter *et al.*, 2000; Bemelmans *et al.*, 2013; Schneider & Wallenburg, 2013) e del riconoscimento del ruolo da parte degli altri interlocutori (Carter & Narasimhan, 1996; Tchokogué *et al.*, 2017). In altri termini, una funzione acquisti debole a sua volta indebolisce l'attività della Centrale di committenza, mettendone a rischio la legittimazione all'interno del sistema.

Per dimostrare l'eterogeneità organizzativa presente nel sistema, è stata condotta un'analisi dell'organizzazione della funzione acquisti all'interno delle aziende sanitarie/ospedaliere di una regione italiana. È stata scelta la Lombardia poiché, oltre a essere la Regione italiana più grande e complessa, a seguito della riforma dell'assetto del SSR, ha emanato una direttiva regionale che definisce un'organizzazione tipo. È fatta richiesta, inoltre, alle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, che integrano produzione di servizi ospedalieri e territoriali) e ATS (Agenzie di Tutela della Salute, con soli compiti di programmazione e controllo) di pubblicare dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici (POAS) con valenza triennale.

16.3.1 Metodi

Lo *step* introduttivo dell'indagine è stato lo studio delle Linee Guida di Regione Lombardia per il nuovo assetto organizzativo e funzionale delle ATS e ASST regionali. L'analisi è proseguita con la ricerca dei POAS 2017 di tutte le ATS e ASST lombarde (nello specifico, 27 ASST e 8 ATS) sia sui relativi Portali della Trasparenza sia sui siti internet aziendali. La ricerca è stata svolta nei mesi di aprile-maggio 2018. In due casi (ASST Bergamo Ovest e ASST Vimercate) non è stato reperito alcun documento. A questo punto, gli organigrammi ed i funzionigrammi contenuti nei POAS sono stati esaminati e comparati con le indicazioni suggerite nelle Linee Guida. Le informazioni rilevanti per l'analisi sono state estratte secondo un protocollo predefinito, alimentando un database nel quale sono state raccolte le informazioni su quattro unità operative, sia semplici sia complesse, che intervengono lungo il ciclo dell'approvvigionamento: funzione acquisti, patrimonio, farmacia, e ingegneria clinica. In particolare, l'attenzione si è focalizzata sull'assetto organizzativo (posizionamento nell'organigramma delle diverse unità/dipartimenti) e le funzioni svolte.

16.3.2 Analisi dei risultati

I risultati dell'analisi mostrano che, da un punto di vista di *design* organizzativo, tendenzialmente ATS e ASST hanno seguito le indicazioni della capogruppo regionale, ovvero, la creazione di un dipartimento amministrativo (facoltativo

per le ASST), in cui viene inserita un'UOC Gestione Acquisti a cui si affianca un'UOC Ufficio Tecnico Patrimoniale. La farmacia è posta all'interno della Direzione Sanitaria. Nelle ASST l'Ingegneria Clinica viene collocata in staff alla Direzione Generale. È bene notare che l'ufficio acquisti nell'ATS assume un ruolo essenzialmente di coordinamento e programmazione dell'attività delle ASST nel proprio territorio oltre che di esecuzione del contratto non conducendo l'ATS delle gare autonome.

Tale aderenza alle linee guida regionali risulta essere per lo più formale poiché, sul piano sostanziale, si assiste, invece, ad una marcata eterogeneità per le funzioni svolte dalle unità operative. In particolare, l'approvvigionamento (ovvero chi si occupa di definire la gara) non fa sempre riferimento all'ufficio acquisti, ma può essere di competenza anche di altre unità (Figura 16.4). Quasi il 40% delle farmacie aziendali si occupa di approvvigionamento di farmaci e DM (Figura 16.5). Se si considera che queste due categorie merceologiche rappresentano in media l'80% della spesa per l'acquisto di beni di un'azienda sanitaria, si comprende come questa scelta abbia conseguenze rilevanti. Il 12% delle ingegnerie cliniche si occupa dell'acquisto di tecnologie. L'acquisizione di lavori infrastrutturali è prevalentemente posto in capo all'ufficio patrimonio, sebbene nel 35% dei casi tale responsabilità sia stata accentrata negli uffici acquisti. La gestione del contratto appare maggiormente accentrata in capo all'ufficio acquisti, ma anche in questo caso non mancano assegnazioni ad altri uffici. Curiosamente, la farmacia, anche quando si occupa di gestire una gara, non sempre ha la responsabilità sul contratto, anche quando si occupa della logistica. Nel 64% dei casi l'unità operativa acquisti ha competenza formale nella gestione dei rapporti con ARCA, il Soggetto aggregatore lombardo, mentre nei casi restanti il titolare di questo rapporto non è indicato.

Figura 16.4 La funzione acquisti all'interno delle ASST e ATS lombarde

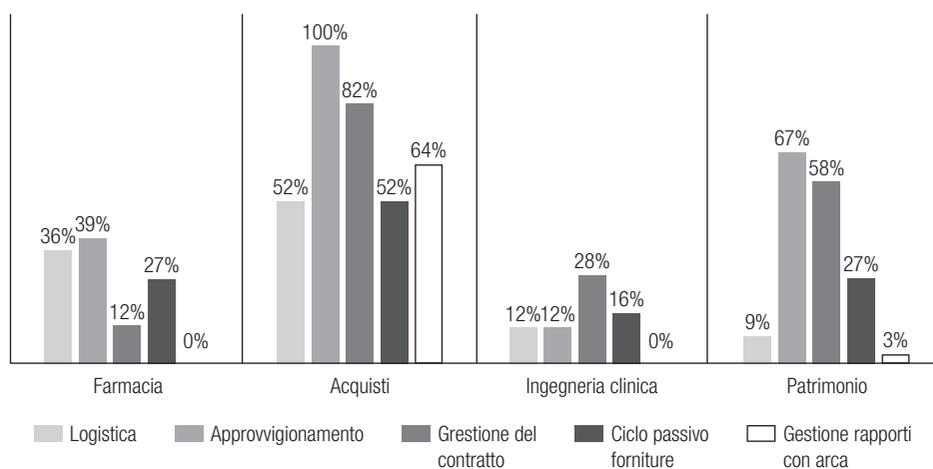
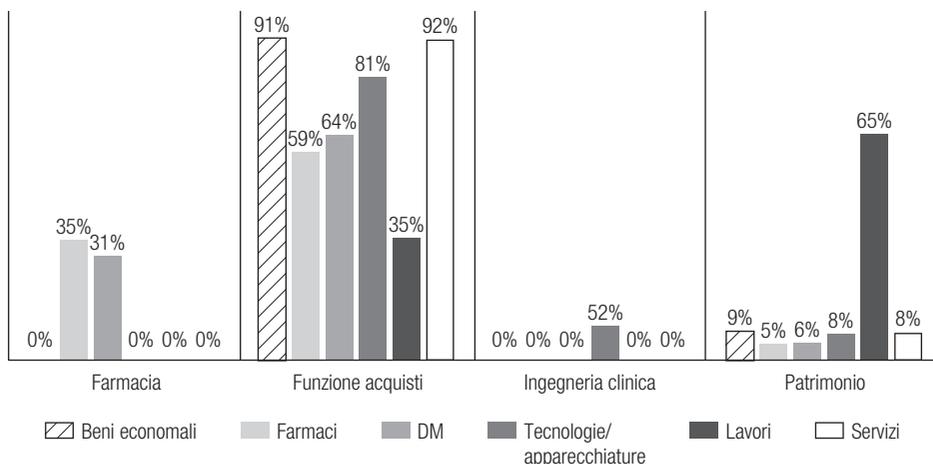


Figura 16.5 **Le categorie merceologiche di competenza delle unità operative della funzione acquisti all'interno delle ASST e ATS lombarde**



16.3.3 Discussione

La letteratura sostiene che le caratteristiche di progettazione organizzativa di un'azienda debbono corrispondere alla strategia dell'impresa al fine di generare performance superiori (Burns & Stalker, 1961; Govindarajan, 1986; Wasserman, 2008). Un disallineamento tra la strategia di acquisto e la struttura degli acquisti influisce negativamente sulla qualità dei processi interni nell'attuazione delle strategie sia in termini di costi sia di innovazione, il che a sua volta riduce la qualità delle prestazioni della funzione acquisti.

Da questa prima analisi *desk* sembra emergere come l'organizzazione della funzione acquisti delle aziende sanitarie attualmente segua modelli consolidati nel tempo o dipenda da vincoli (ad esempio disponibilità di risorse di personale) piuttosto che riflettere il nuovo assetto a rete degli acquisti pubblici e l'importanza crescente dei Soggetti aggregatori. La centralizzazione degli acquisti non dovrebbe limitarsi alla costituzione di soggetti specializzati – le Centrali di committenza regionali – ma riguardare anche l'organizzazione interna delle aziende sanitarie della rete regionale. Dalla configurazione delle funzioni aziendali dipende la capacità di coordinamento con le Centrali di committenza, e quindi di rappresentazione dei fabbisogni aziendali (Bals & Turkulainen, 2017). È perciò necessario che queste scelte siano frutto di una strategia esplicita che ne valuti le implicazioni. Patrucco *et al.* (2017) nella loro analisi di comuni italiani sottolineano come la presenza di una strategia formalizzata per gli acquisti sia collegata allo *status* e al riconoscimento interno della funzione acquisti. Sebbene l'attenzione a questa funzione sia certamente cresciuta nel tempo, occorre evitare che la creazione di Centrali di committenza faccia passare

in secondo piano l'importanza del livello aziendale e che quindi non si sviluppi una riflessione adeguata su questi temi.

Ateş *et al.* (2018) nel loro studio sottolineano come un approccio altamente centralizzato e formalizzato sia il migliore quando l'obiettivo perseguito è quello della riduzione dei costi. Mentre laddove si persegue l'innovazione è necessario adottare un approccio maggiormente decentralizzato e informale per essere più vicino al cliente finale interno e creare un rapporto più forte con il fornitore.

16.4 Le modalità di acquisto delle centrali di committenza: procedure di affidamento e strumenti di negoziazione

Uno degli aspetti essenziali nei processi di acquisto di beni e servizi sanitari è legato alla scelta, da parte delle Centrali di committenza regionali, delle procedure e degli strumenti di affidamento più coerenti rispetto al fabbisogno definito. Tale elemento rappresenta uno snodo fondamentale per l'individuazione delle variabili che influenzano la spesa sanitaria e l'efficacia del processo di acquisto, soprattutto per i dispositivi medici di maggiore complessità.

Le modalità con cui sono gestiti i processi di approvvigionamento, dalla fase di impostazione strategica della procedura di acquisto alla fase di selezione dei fornitori, possono determinare differenze, anche consistenti, non solo nei costi amministrativi della procedura e nei prezzi unitari di acquisto, ma anche nell'efficacia complessiva della procedura di gara, in termini:

- ▶ **Strategici:** gestione dei rapporti con il mercato di riferimento e con le categorie di fornitori, gestione dei rapporti e forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali, maggiore trasparenza del processo, riduzione della tempistica della procedura;
- ▶ **Di governo clinico:** impatto sulla scelta dei prodotti in grado di massimizzare il rapporto costi/benefici, adozione di modelli di *Evidence Based Medicine* e HTA, impatto sul grado di standardizzazione dei prodotti e sull'unificazione delle anagrafiche dei prodotti tra le differenti aziende sanitarie, impatto in termini di miglioramento ed innovazione dei prodotti;
- ▶ **Organizzativi:** razionalizzazione delle risorse umane dedicate alla gestione del processo di approvvigionamento, specializzazione funzionale del personale amministrativo dedicato agli acquisti, standardizzazione, maggiore efficienza delle diverse fasi e procedure che compongono i processi di acquisto.

16.4.1 Metodi

Il nuovo quadro normativo (Codice dei Contratti Pubblici) ha apportato modifiche significative al quadro preesistente e presenta alcune opportunità per le

amministrazioni aggiudicatrici, sia in termini di utilizzo di procedure innovative, sia in termini di migliore coordinamento delle attività, con possibili riflessi positivi sulla spesa. In quest'ottica, l'attività di ricerca dell'Osservatorio ha analizzato le procedure di acquisto delle Centrali di committenza regionali, a partire dalla loro istituzione, concentrandosi prevalentemente su due elementi:

- a) Procedura di affidamento utilizzata: procedura aperta, procedura ristretta, procedura negoziata, affidamento diretto, dialogo competitivo, altre procedure innovative e *partnership* pubblico-privato;
- b) Strumento di acquisto e di negoziazione: convenzione, accordo quadro, mercato elettronico, sistema dinamico di acquisizione.

La ricerca è stata condotta attraverso la consultazione di fonti istituzionali (siti web delle regioni, dei Soggetti aggregatori, delle Centrali di committenza e delle aziende sanitarie), Portale della Trasparenza ANAC e *Tenders Electronic Daily* – TED), nonché interviste con il personale delle Centrali di committenza.

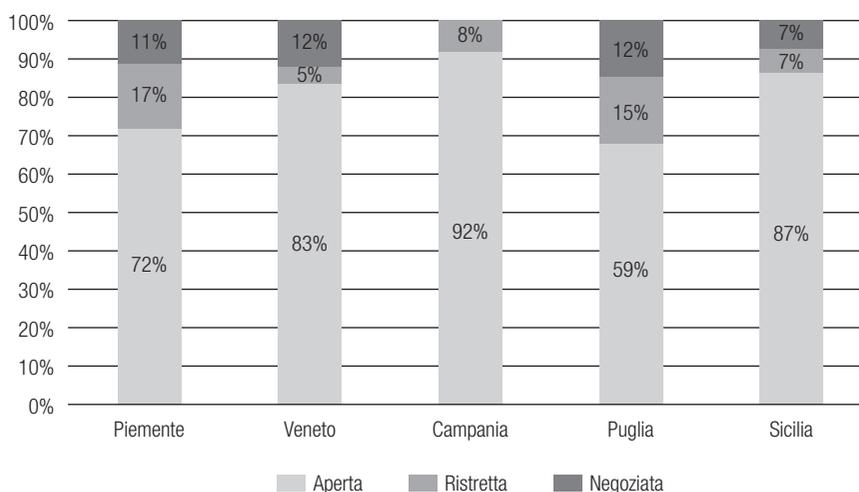
Inoltre, sono state analizzate tutte le procedure di gara aventi ad oggetto beni e servizi al di sopra della soglia di 40.000 euro effettuate, a partire dalla costituzione della Centrale di committenza, in un campione di regioni italiane selezionate per rappresentatività geografica e diversi livelli esperienza. Le regioni indagate sono state il Piemonte (Centrale di committenza istituita nel 2007); Veneto (istituita nel 2014); Campania (istituita nel 2006); Puglia (istituita nel 2014).

L'approfondimento relativo all'utilizzo dell'accordo-quadro in Italia è stato svolto non su base campionaria, ma ha riguardato tutte le regioni italiane ed ha considerato tutte le operazioni aventi ad oggetto la definizione di un accordo quadro riportate nei siti istituzionali.

16.4.2 Analisi dei risultati

In relazione alla procedura di affidamento utilizzata, dalle analisi preliminari effettuate sulle regioni indagate (Piemonte, Veneto, Campania, Puglia e Sicilia) emerge in maniera chiara come le centrali regionali utilizzino prevalentemente la *procedura aperta*, che permette la partecipazione alla gara a tutti i soggetti interessati, senza preventiva selezione o qualificazione (tranne per elementi meramente formali). Questa procedura, utilizzata mediamente nel 76% delle gare effettuate dalle centrali analizzate (Figura 16.6), presenta il vantaggio di aprire la concorrenza a tutto il mercato, garantendo, in linea generale, tempi più rapidi di aggiudicazione. Tuttavia, nonostante una maggiore trasparenza formale e una più ampia apertura al mercato, non sempre risulta essere una procedura idonea per beni e servizi ad alta complessità o più elevato valore strategico e funzionale per gli utilizzatori finali.

Figura 16.6 Procedure utilizzate in un campione di regioni italiane



Scarsamente utilizzata, invece, la *procedura ristretta* tradizionale, basata su una preselezione dei concorrenti in base a criteri oggettivi e predeterminati e suddivisa in due distinte fasi di gara: preselezione dei soggetti interessati e invito ai soggetti qualificati. I tempi mediamente lunghi di questa procedura risultano spesso incompatibili con le esigenze delle centrali, che raccolgono il fabbisogno di numerose aziende sanitarie e debbono cercare di minimizzare i tempi della procedura. La procedura ristretta è invece utilizzata nelle forme più innovative, legate agli strumenti del mercato elettronico e del sistema dinamico di acquisizione, dove avviene preliminarmente una selezione dei soggetti ammessi alla procedura. La selezione avviene sulla base di criteri che possono essere relativi a requisiti di idoneità professionale, capacità economica e finanziaria, capacità tecniche e professionali. Successivamente, si procede all'acquisto, attraverso procedura comparativa elettronica (circa il 10% delle procedure).

Invece, soprattutto per operazioni al di sotto della soglia comunitaria, resta significativo il ricorso alla *procedura negoziata*, che presenta il merito della rapidità di affidamento a discapito dei vantaggi derivanti dalla comparazione (circa il 10% degli affidamenti).

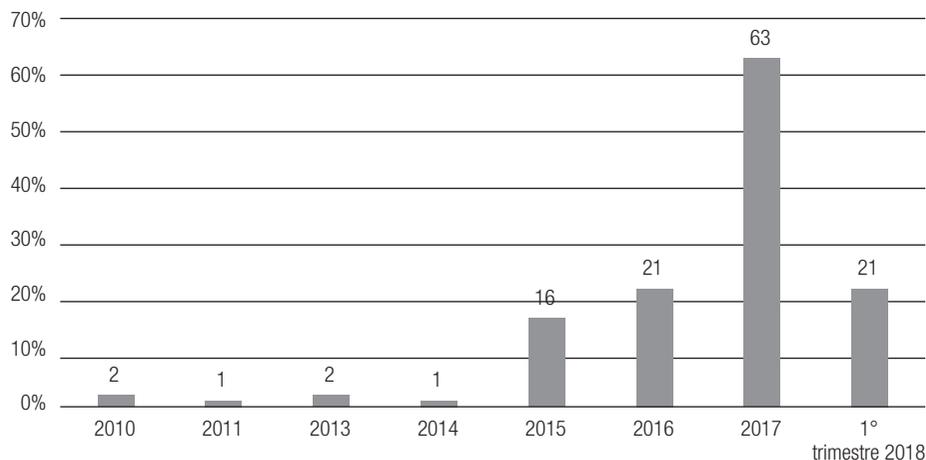
I dati raccolti evidenziano come non vi sia nessun ricorso a procedure innovative introdotte di recente dalla normativa: il dialogo competitivo, la procedura competitiva con negoziazione, il partenariato per l'innovazione. Si tratta di strumenti legati a fabbisogni specifici e pertanto riconducibili ad acquisti aziendali piuttosto che centralizzati.

Risultano, invece, molto utilizzate le *consultazioni preliminari di mercato* (di cui all'articolo 66 del Codice), che permettono un utile confronto con il mercato

dei fornitori, prima dell'indizione formale della gara. Questi strumenti sono basati essenzialmente su rapporti di collaborazione e di fiducia e consentono uno scambio di informazioni con il mercato, allo scopo di delineare possibili soluzioni e fornire indicazioni alla stazione appaltante, nella definizione del capitolato tecnico e prestazionale, contribuendo a ridurre l'asimmetria informativa della stazione appaltante. Quest'ultima può, quindi, acquisire relazioni, documentazione e ogni altra informazione utile alla preparazione della successiva procedura di gara. Inoltre, nella consultazione preliminare di mercato è possibile introdurre, già nella fase di programmazione delle procedure e di scambio con i possibili fornitori, logiche di HTA attraverso l'uso di analisi di costo-efficacia o di costo-utilità e di impatto sul budget, richiedendo fin da subito, ai soggetti partecipanti, l'applicazione di logiche innovative nelle successive fasi di gara.

In relazione, invece, all'utilizzo degli strumenti di acquisto e di negoziazione previsti dal Codice, è possibile affermare che l'accordo quadro sia quello maggiormente applicato. L'utilità del ricorso all'accordo quadro appare elevata per alcune tipologie di beni e servizi, quali quelli ad alto contenuto tecnologico, i DM (in particolare protesi ortopediche, *pacemaker* e defibrillatori, *stent* coronarici, apparecchiature e strumenti, dispositivi generici) e per acquisti ripetitivi e omogenei che vengono in questo modo unificati in un'unica procedura di gara a evidenza pubblica, con un consequenziale vantaggio economico sia in termini di riduzione dei prezzi d'acquisto sia di riduzione delle spese amministrative derivanti dall'indizione della gara. L'accordo quadro manifesta la propria utilità per quella particolare categoria di beni soggetta ad un elevato grado di personalizzazione rispetto all'utilizzatore del bene stesso (i cosiddetti *physicians preferred items*). In questo caso, l'accordo quadro rappresenta il punto di incontro fra l'esigenza, di natura prevalentemente amministrativa, di ridurre i costi di approvvigionamento (che derivano sia dai minori costi amministrativi sia dalla riduzione sui prezzi d'acquisto in seguito al confronto competitivo fra le parti dell'accordo) e la necessità, di natura prevalentemente clinica, di sviluppare e mantenere nel tempo quella "confidenza" con gli strumenti di lavoro, elemento fondamentale ed imprescindibile per garantire la qualità delle prestazioni erogate.

In Italia il ricorso all'accordo quadro è cresciuto significativamente negli ultimi anni: da 16 procedure indette nel 2015 a 63 nel 2017 e 21 nel primo semestre 2018 (Figura 16.7). L'utilizzo avviene prevalentemente nella modalità pluri-fornitore (68% dei casi), che garantisce un ampio ventaglio di scelta. Per gli accordi quadro pluri-fornitore, nella seconda fase (individuazione dell'operatore economico, tra quelli selezionati e con cui è concluso l'accordo, che effettuerà la prestazione) invece, solo raramente si riapre il confronto competitivo (9,3% dei casi), mentre si predilige l'indicazione del fornitore attraverso scelta motivata (43% dei casi), oppure attraverso rotazione tra i soggetti selezionati. Indipendentemente dalla modalità di selezione, in molti casi (52% delle procedure)

Figura 16.7 **Ricorso all'accordo quadro in Italia**

viene preventivamente indicata la percentuale spettante ai fornitori preselezionati, che solitamente garantisce al primo in graduatoria una attribuzione non inferiore al 60% del contratto. Nel 42% dei casi la documentazione analizzata non specifica informazioni sulla seconda fase di gara.

In alternativa all'accordo quadro, alcune regioni (in particolare, Puglia) prediligono il *contratto di somministrazione* (fornitura in somministrazione). La caratteristica essenziale di questa tipologia contrattuale consiste nella indeterminatezza, nella fase di gara, della quantità di beni da fornire: il fabbisogno dei prodotti indicato in gara è da ritenersi come indicativo, poiché l'attività clinica ed il consumo di prodotti ad essa correlato è difficilmente quantificabile ex ante, in quanto subordinata a fattori variabili ed altre cause legate alla loro stessa natura. Questo tipo di contratto, che è mono-fornitore, consente flessibilità all'azienda sanitaria, garantendo l'oscillazione dei consumi.

16.4.3 Discussione

Dal punto di vista tecnico, soprattutto nel ricorso all'accordo quadro, si rilevano alcune criticità operative: non sempre la definizione della base d'asta avviene attraverso un profondo confronto, atto ad ottenere le condizioni competitive migliori sul mercato, ma spesso si fa riferimento ai prezzi di listino. Questa modalità, soprattutto se combinata con una seconda fase basata sulla scelta motivata da parte dell'azienda, risulta meno efficace soprattutto rispetto allo spirito di razionalizzazione della spesa, al miglioramento di tutte le altre condizioni contrattuali e alla ricerca di innovazione tecnologica.

Dal punto di vista strategico, le scelte decisionali in merito alle procedure di affidamento e agli strumenti di negoziazione devono essere frutto di un nuovo

ruolo che deve essere occupato dalle centrali di committenza. La centrale deve svolgere un ruolo di supporto metodologico e di competenza, soprattutto nella programmazione e nel monitoraggio della spesa. La stessa scelta delle procedure di gara e degli strumenti di negoziazione è correlata ad una più coordinata programmazione dei fabbisogni e degli acquisti, all'introduzione non solo formale di logiche e criteri di HTA, all'applicazione di metodologie innovative ed avanzate che consentano un ruolo strategico e proattivo da parte delle Centrali di committenza regionali nella guida del processo complessivo di acquisto e consumo.

16.5 Conclusioni

I risultati generati nel corso del primo anno di attività dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità mettono in evidenza come l'acquisto sanitario e, quindi, gli attori del sistema acquisti, rivestano un ruolo cruciale nel consentire il raggiungimento di livelli adeguati di efficienza, produttività, efficacia ed economicità del SSN.

L'efficacia di un acquisto non dipende soltanto dalla qualità intrinseca del bene acquistato, ma anche dalle modalità di acquisto. È necessario, infatti, garantire l'approvvigionamento del bene più coerente con le esigenze cliniche specifiche, nel momento giusto e alle giuste condizioni.

In ambito pubblico, e più specificamente sanitario, tale ragionamento è articolabile in tre dimensioni di analisi: organizzativa, procedurale e contrattuale. Da un punto di vista organizzativo il tema attualmente è incentrato sulla centralizzazione della committenza e la capacità delle centrali di rispondere ai fabbisogni clinici e aziendali in una logica di rete, dove tutte le parti sono rilevanti e dove diventa particolarmente cruciale e complesso definire ruoli e funzioni dei singoli nodi e come questi vengono poi organizzati, a livello infra-aziendale. Da un punto di vista procedurale si tratta di scegliere e impostare una procedura corretta non soltanto in termini burocratico-formali, ma anche sostanziali, ovvero la procedura più adeguata per tipologia e finalità dell'acquisto. In termini contrattuali il tema è domandarsi se esistano forme contrattuali, al di là dei "semplici" contratti di fornitura, che consentano di conseguire maggiori livelli di *Value for Money* (inteso come economicità, efficienza ed efficacia).

Se le Centrali di committenza sono nate precipuamente per un obiettivo di contenimento della spesa e di razionalizzazione dei prezzi d'acquisto, come conseguenza dell'entrata in vigore di una serie di provvedimenti normativi a partire dal 2006,¹⁴ appare oggi evidente la necessità di un maggiore sforzo, da parte degli attori del sistema, e in particolar modo delle regioni, di avviare un

¹⁴ In primis con l'art. 1 c. 455 legge 27 dicembre 2006, n. 296.

processo di revisione, riqualificazione ed *empowerment* dei processi e degli attori della rete degli acquisti per produrre non solo risparmi, ma valore per i SSR.

In particolare, risulta fondamentale potenziare il sistema di raccolta dei fabbisogni, che richiede una stretta interazione tra programmazione regionale, soggetti intermedi, aziende sanitarie e Soggetti aggregatori/Centrali di committenza. Questo impone, necessariamente, un forte investimento in competenze, sia a livello di *hub* (regione/centrale) sia di *spoke* (aziende) e un (eventuale) ridisegno organizzativo dei processi per fare in modo che la raccolta dei fabbisogni rappresenti un momento non solo per compilare una scheda informatica ma, piuttosto, un'occasione di riflessione. Modalità di acquisto più coerenti per rispondere ad una data esigenza, valutando anche l'opportunità di introdurre innovazioni di prodotto/servizio o processo, sono maggiormente utili per i fabbisogni più complessi.

Introdurre innovazioni richiede una stretta interazione con la programmazione regionale e con il mercato. Il testo vigente del Codice dei Contratti (art. 66 che recepisce l'art. 40 della Direttiva Appalti) prevede l'interlocuzione preliminare con il mercato come modalità attraverso la quale le amministrazioni possono non solo sollecitare il mercato, ma anche accettare consulenze da parte di esperti o autorità indipendenti o di partecipanti al mercato. Si tratta di un'apertura molto importante che può favorire un *empowerment* dei processi di acquisto e un'evoluzione del mercato, valorizzando maggiormente nelle scelte decisionali e nelle modalità di esecuzione degli appalti due delle tre E del paradigma del *Value for Money* –efficienza ed efficacia – che sono state talvolta trascurate a favore dell'economicità dell'acquisto. Fare leva su queste opportunità di interazione richiede, tuttavia, lo sviluppo di maggiore fiducia tra le controparti e l'utilizzo di forti competenze tecniche e relazionali da parte delle amministrazioni per meglio dialogare con il mercato. Tuttavia, l'utilizzo di modalità più innovative di interazione con il mercato e di acquisto si scontra con resistenze (la cosiddetta sindrome NIH, *not invented here*) e soprattutto con l'avversione al rischio ingenerata da una cultura orientata alla *conformance* normativa.

Un contesto istituzionale che non premia l'assunzione di responsabilità – e in una certa misura di rischio, condizione alla base dell'innovazione – e senza il supporto di solide competenze manageriali, porta a replicare l'utilizzo di strumenti e modalità di acquisto standard, considerate come più cautelative da parte di chi le attua, come appunto messo in evidenza dal preponderante utilizzo delle procedure aperte e dallo scarso utilizzo degli strumenti innovativi. Il prevalere della logica formale, anche nel sistema dei controlli, costituisce un ostacolo alla sperimentazione penalizzando il tentativo e l'insuccesso, caratteristici dei processi d'innovazione. Il rischio di fallimento è invece la base di ogni innovazione profonda e deve trovare uno spazio di protezione istituzionale e organizzativa. Pertanto, è necessario che, a fianco di un percorso di revisione

dei meccanismi di gestione delle relazioni nella rete degli acquisti, vi sia la presa di consapevolezza che le Centrali di committenza, grazie anche alle competenze maturate nel corso degli ultimi anni, sono non solo e non tanto un attore deputato a realizzare gare per far fronte ai fabbisogni standard del sistema, ma rappresentano anche quell'attore che può essere investito di funzioni più strategiche, quali, appunto, la razionalizzazione del fabbisogno e l'introduzione di innovazioni in grado di massimizzare il *Value for Money* dell'acquisto. Il rischio, infatti, è quello che la centralizzazione depauperi il ruolo cruciale della funzione acquisti, non solo in ottica aziendale (e quindi funzionale al raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia) ma anche macroeconomica. Rispetto a questo punto, la letteratura (Chen, 2007) mette in evidenza che la centralizzazione (intesa come *buyer power*) può generare una riduzione della capacità di innovazione del mercato, la sua concentrazione e l'adattamento della fornitura, come peraltro segnalato nella direttiva appalti (23/2014/CE *considerandum* 59) che possono spiazzarne i benefici di breve termine. In tal senso si è anche espresso il Garante della Concorrenza e del Mercato rispetto ai bandi Consip (AGCM 2003).

Agli impatti sul mercato dei processi di acquisto concentrati si dedicheranno le attività di ricerca dell'Osservatorio MASAN nei prossimi mesi, al fine di poter dare un contributo *evidenced-based* al processo di *empowerment* degli acquisti sanitari.

Bibliografia

- AGCM (2003), Bandi predisposti dalla concessionaria servizi informatici pubblici – Consip s.p.a. AS251.
- Ateş M.A., van Raaij E.M., Wynstra F. (2018), «The impact of purchasing strategy-structure (mis) fit on purchasing cost and innovation performance», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 24(1), 68-82.
- Bals L., Turkulainen V. (2017), «Achieving efficiency and effectiveness in Purchasing and Supply Management: Organization design and outsourcing», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 23(4), 256-267.
- Bemelmans J., Voordijk H., Vos B. (2013), «Designing a tool for an effective assessment of purchasing maturity in construction», *Benchmarking: An International Journal*, 20(3), 342-361.
- Burns T., Stalker G.M. (1981), «The Management of Innovation», Tavistock, London, 1961.
- Carter P.L., Carter J.R., Monczka R.M., Slight T.H., Swan A.J. (2000), «The Future of Purchasing and Supply: A Ten-Year Forecast», *Journal of Supply Chain Management*, 36: 14-26. doi:10.1111/j.1745-493X.2000.tb00066.x.

- Carter J.R., Narasimhan R. (1996), «Is Purchasing Really Strategic?», *International Journal of Purchasing and Materials Management*, 32: 20-28. doi:10.1111/j.1745-493X.1996.tb00216.x.
- Chen Z. (2007), «Buyer Power: Economic Theory and Antitrust Policy», in Zerbe Richard O., Kirkwood John B. (ed.) *Research in Law and Economics* (Research in Law and Economics, Volume 22) Emerald Group Publishing Limited, pp. 17-40.
- Cusumano N., Amatucci F., Brusoni M., Longo F., Vecchi V., Callea G. (2017), «La Centralizzazione degli Acquisti nel SSN: il Framework dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) di Analisi dei Modelli Organizzativi e delle loro Performance», in CERGAS – SDA Bocconi, (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Foerstl K., Hartmann E., Wynstra F., Moser R. (2013), «Cross-functional integration and functional coordination in purchasing and supply management: Antecedents and effects on purchasing and firm performance», *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 33 Issue: 6, pp. 689-721, <https://doi.org/10.1108/IJOPM-09-2011-0349>.
- Glock C.H., Hochrein, S. (2011), «Purchasing Organization and Design: a literature review», *Business Research*, 4(2), 149-191.
- Govindarajan V. (1986), «Decentralization, Strategy, and Effectiveness of Strategic Business Units in Multibusiness Organizations», *The Academy of Management Review*, 11(4), 844-856. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/258401>.
- Hesping F.H., Schiele H. (2015), «Purchasing strategy development: A multi-level review», *Journal of purchasing and supply management*, 21(2), 138-150.
- Malatesta D., Smith C.R. (2011), «Resource dependence, alternative supply sources, and the design of formal contracts», *Public Administration Review*, 71(4), 608-617.
- Mintzberg H. (1994), «The fall and rise of strategic planning», *Harvard business review*, 72(1), 107-114.
- Patrucco A.S., Luzzini D., Ronchi S., Essig M., Amann M., Glas A.H. (2017), «Designing a public procurement strategy: lessons from local governments», *Public Money & Management*, 37(4), 269-276.
- Patrucco A.S., Walker H., Luzzini D., Ronchi S. (2018), «Which shape fits best? Designing the organizational form of local government procurement», *Journal of Purchasing and Supply Management*, article in press.
- Pemer F., Skjølvsvik T. (2016), «Purchasing policy or purchasing police? The influence of institutional logics and power on responses to purchasing formalization», *Journal of Supply Chain Management*, 52(4), 5-21.
- Poister T.H. (2010), «The future of strategic planning in the public sector: Linking strategic management and performance», *Public Administration Review*, 70, s246-s254.

- Schneider L., Wallenburg C.M. (2013), «50 Years of research on organizing the purchasing function: Do we need any more?», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 19(3), 144-164.
- Tchokogué A., Nollet J., Robineau J. (2017), «Supply's strategic contribution: An empirical reality», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 23(2), 105-122.
- Wasserman N. (2008), «Revisiting the strategy, structure, and performance paradigm: The case of venture capital», *Organization Science*, 19(2), 241-259.