

10

LE POLITICHE D'ACQUISTO DEI DISPOSITIVI MEDICI

LA STRADA MIGLIORE
PER CONIUGARE
SOSTENIBILITÀ
E INNOVAZIONE



COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 02.28.17.26.15
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, ottobre 2017

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Indice

3	Presentazione
5	Centralizzazione degli acquisti, obiettivi raggiunti? Paolo Gazzaniga
9	Centrali uniche: a rischio innovazione e appropriatezza
10	INTERVISTE
18	CAMPANIA Position paper esterni per decidere cosa acquistare Giovanni Porcelli
19	EMILIA ROMAGNA Un masterplan condiviso per la definizione dei fabbisogni Sergio Venturi
21	FRIULI VENEZIA GIULIA Una funzione interna ad hoc per seguire l'innovazione del mercato Maria Sandra Telesca
22	LAZIO Per lo Staff del Presidente la molteplicità dei centri di acquisto causa diseconomie e inappropriatazza
24	LIGURIA La qualità del lavoro abbassa la litigiosità Sonia Viale
25	LOMBARDIA Normativa troppo rigida per effetti benefici a lungo termine Giulio Gallera
27	PIEMONTE Combattere frammentazione e resistenza al cambiamento Antonio Saitta
28	SICILIA La lunga strada verso l'omogeneità Baldassarre Gucciardi
29	TOSCANA Programmazione pluriennale per l'hta e l'horizon scanning Nicolò Pestelli
31	UMBRIA Rappresentanti delle aziende sanitarie per la definizione dei bisogni Luca Barberini
33	IL VIAGGIO DI QUOTIDIANO SANITÀ IN CINQUE REGIONI
33	PIEMONTE
34	LOMBARDIA
35	EMILIA ROMAGNA
37	LAZIO
39	CAMPANIA

Presentazione

di Luigi Boggio

Presidente Assobiomedica

Il processo di governo della spesa pubblica sanitaria in Italia, relativamente all'acquisto di beni e servizi ha visto negli ultimi anni una ricerca dell'efficienza e dell'efficacia, adottando una serie di linee strategiche: l'introduzione di processi di acquisto e di logistica centralizzati; portali di e-procurement; adozione di politiche di acquisto aggregate; indicazioni cogenti di procedure e comportamenti; e via scrivendo.

In generale, l'obiettivo finale di tale processo è quello di costituire nuove forme di organizzazione nelle fasi di acquisto di beni e servizi in un'ottica di sostenibilità, nonché di stimolare la competitività e l'innovazione sui mercati di riferimento.

Questo passaggio, considerando anche le differenti caratteristiche degli attori operanti nelle Regioni, richiede una serie di condizioni istituzionali, tecniche e culturali, purtroppo disomogenee da realtà a realtà. Spesso, in un sistema quale quello italiano, dove non esiste una consolidata tradizione di sperimentazioni sul campo, si definiscono modelli che sulla base di assunti (spesso solo teorici), producano profondi cambiamenti istituzionali, senza aver messo ben a fuoco quelle difficoltà organizzative, normative e culturali correlate a tali cambiamenti. Probabilmente, un percorso più fondato sulle sperimentazioni e su un dialogo con i diversi protagonisti, aiuterebbe a ridurre gli errori e le difficoltà.

In un contesto nel quale il sistema pubblico necessita di implementare l'efficienza interna (mirando a minori costi attraverso un percorso di ridefinizione della domanda più puntuale, nonché l'ottimizzazione delle fasi gestionali dell'acquisto) e l'efficienza esterna dei mercati (salvaguardando il mercato con la presenza di più attori), il Quaderno "Le politiche d'acquisto dei dispositivi medici" si propone di far emergere il percepito di alcune categorie di professionisti, che direttamente o indirettamente sono coinvolti nel processo di acquisto, nonché le principali criticità e punti di forza legati alla trasformazione del modello degli acquisti. È ben noto, infatti, che solo attraverso la consapevolezza del valore che una profonda trasformazione del modello implica si è in grado di comprendere come governare tali cambiamenti e trovare un proprio equilibrio.

Inoltre, anche il sistema dell'offerta (ossia le aziende produttrici) necessita di capire quali percorsi tecnico-culturali deve esso stesso intraprendere per rispondere al meglio alle modifiche istituzionali.

Il disporre di una serie di considerazioni fondate sulle esperienze vissute nonché sul percepito, consentirà ad Assobiomedica di contribuire al dibattito relativo all'indirizzo e agli scenari evolutivi e alle prospettive della centralizzazione degli acquisti.

In conclusione, si evidenzia come diversi studiosi abbiano approfondito le relazioni fra economia, salute e industria (della salute). Quest'ultima, operando al pari di un'industria in altri comparti, deve rispettare alcuni principi base: equilibrio di bilancio, investimenti in ricerca e sviluppo, ecc.. In tutti i sistemi sanitari, la domanda pubblica - definita sia nella quantità, sia nella tipologia di beni e servizi domandati, sia nelle concrete modalità di esecuzione - è in grado di condizionare alcune scelte strategiche che vanno a impattare sul sistema industriale. Va quindi costituito, accanto al modello degli acquisti, un sistema condiviso di valori (sanitari, industriali, etici) che può aiutare a traghettare il sistema italiano verso un modello più sostenibile.

In ultimo, va fatto un cenno al livello di "autoapprendimento" del sistema. Le dinamiche di mercato modificano e sono influenzate da diversi fattori; in particolare quello organizzativo. Solo una lettura che consideri anche una serie di potenzialità dei modelli organizzativi può essere in grado di rispondere alle sfide che una nuova sanità richiede.

Parlare di “centralizzazione” in termini generali presta il fianco a importanti limiti: esistono molti modi di centralizzare e altrettanti aspetti legati al caso specifico, che rendono ciascun approccio di volta in volta più o meno valido.

Fatta questa premessa, la centralizzazione degli acquisti in generale da parte della pubblica amministrazione è molto probabilmente da considerarsi un fatto acquisito. Ciononostante, a distanza di molti anni dalle prime esperienze di centralizzazione degli acquisti, l'impressione è che la centralizzazione continui a procedere con una certa superficialità e che il “modello”, inizialmente acquistato a scatola chiusa, ancora oggi sia orfano di un adeguato libretto di istruzioni all'uso.

Dal 2001 ad oggi, gli assetti sperimentati sono stati numerosi e quasi altrettanti i cambi di rotta (da formule di un tipo a formule di un altro), le frenate e le accelerazioni. Mai però questo è stato accompagnato da resoconti chiari, metodologicamente rigorosi, sui risultati (costi e benefici) che hanno fatto propendere per una decisione piuttosto che un'altra. La conseguenza è che il tema degli acquisti continua ad essere affrontato istintivamente.

Da un lato, i sostenitori della centralizzazione che ne citano i supposti vantaggi sul piano dei risparmi di spesa, degli stimoli alla concorrenza, della razionalizzazione degli acquisti; dall'altro, coloro che ribattono che prezzi più bassi non equivalgono a costi complessivi più bassi, che l'omologazione delle tecnologie sanitarie disincentiva l'innovazione, porta a oligopoli e pregiudica il livello di appropriatezza dell'assistenza sanitaria. Argomentazioni, nell'uno e nell'altro caso, in sé plausibili, ma generalmente prive di solide evidenze a sostegno.

Sul piano organizzativo pur con delle differenze tra le regioni, negli ultimi anni la spesa per il personale amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) risulta essere lievemente diminuita; ciò detto, la forte eterogeneità delle scelte regionali in termini di assetto organizzativo delle centrali di committenza, da un lato, e la scarsa disponibilità e confrontabilità dei dati delle stesse, dall'altro, rendono decisamente difficile calcolare l'impatto della centralizzazione sui costi amministrativi del *public procurement*.

Sul piano finanziario: in base a quali evidenze

possiamo quantificare i risparmi attribuibili alla centralizzazione rispetto alla dinamica comunque in discesa dei prezzi di tecnologie da tempo sul mercato? A tale proposito, va sottolineato che se è ragionevole ritenere che la centralizzazione abbia inciso (ma quanto?) sulla dinamica dei prezzi, è altrettanto vero che la spesa storica non è un “caso controllo” adeguato per via del fatto che l'evoluzione tecnologica e altri fattori ancora incidono sui prezzi.

Sul piano economico e strategico esistono evidenze per affermare che la centralizzazione è la via più sicura per promuovere la concorrenza e lanciare messaggi virtuosi all'industria delle tecnologie sanitarie ad esempio per quanto riguarda gli investimenti in R&S di prodotti innovativi? Su questo, a livello intuitivo, abbiamo fortissimi dubbi.

E, non da ultimo, sul piano sanitario: è mai stato valutato ex ante o ex post l'impatto nel primo caso potenziale) della standardizzazione di determinati fabbisogni sugli outcome e sull'appropriatezza delle relative prestazioni sanitarie? È di tutta evidenza come questo sia un punto fondamentale: la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici ci appare essere una questione decisamente più delicata da affrontare rispetto alla centralizzazione degli acquisti di altri prodotti. Infatti, nel primo caso le possibili diseconomie non avrebbero una dimensione unicamente economica, ma riguarderebbero altresì l'appropriatezza delle cure, ovvero la salute delle persone. Peraltro, un analogo ragionamento andrebbe fatto con riferimento all'impatto che la diffusione o meno di determinate tecnologie ha sul grado di preparazione e aggiornamento della classe medica italiana.

Partendo da questi presupposti – che non significa voler dimostrare l'indimostrabile in un senso (centralizzazione mai) piuttosto che nell'altro (centralizzazione sempre), bensì voler indagare su basi quantitative il fenomeno in questione – con l'Osservatorio Gare curato dal Centro studi Assobiomedica (CSA) in collaborazione con il Centro Europa Ricerche (CER) ci siamo proposti di fornire alcuni dati originali, mettendo in luce al tempo stesso i limiti delle banche dati oggi disponibili. L'auspicio è che entrambi questi contributi siano da stimolo affinché in futuro questo, come altri importanti temi, possano essere affrontati avendo trovato un equilibrio tra la stretta ragione del calcolo matematico e l'approccio odierno oggettivamente troppo superficiale.

*Paolo Gazzaniga
Direttore Centro studi Assobiomedica*

Centralizzazione degli acquisti, obiettivi raggiunti?

Negli ultimi quindici anni il legislatore è ripetutamente intervenuto per regolamentare gli acquisti di beni e servizi della PA. Le esigenze di contenimento della spesa pubblica hanno concorso, analogamente a quanto accaduto a partire dagli anni novanta nell'Unione europea, ad accrescere l'attenzione ai profili organizzativi e gestionali del *public procurement*, con l'obiettivo annunciato di ridurre i costi, ricorrendo a interventi di razionalizzazione organizzativa e di semplificazione procedurale. Il tratto distintivo di tale processo è stato la promozione di modelli centralizzati di acquisto, il cui raggio d'azione progressivamente è stato esteso anche alle strutture sanitarie e ai beni e prodotti sanitari.

Tuttora, a spingere nella direzione di suddetti modelli è, in ultima istanza, la prospettiva di conseguire per tale via un significativo risparmio di spesa pubblica. Secondo questo disegno, la centralizzazione, in termini generali, consentirebbe alle amministrazioni interessate di concludere accordi di fornitura a costi più bassi, grazie al maggior potere contrattuale di cui esse verrebbero a disporre e alla riduzione dei costi di transazione.

Tuttavia, sebbene tale obiettivo (peraltro del tutto legittimo) sia stato molto comunicato nel corso degli ultimi anni, il grado di effettivo raggiungimento dello stesso non è stato altrettanto misurato e approfondito in modo rigoroso e trasparente. Questo rilievo non è di poco conto dal momento che la centralizzazione tende verosimilmente a produrre anche effetti indesiderati, che alla prova dei fatti potrebbero ridurre, azzerare, superare i vantaggi perseguiti appena citati.

Da un lato, l'effetto combinato tra dimensione di gara e omologazione dei prodotti può, soprattutto in contesti dove predominano le piccole-medie imprese, spingere fuori dal mercato anche imprese efficienti e in-

novative, finendo così, contrariamente alle aspettative, per indebolire il livello di concorrenzialità del mercato.

Dall'altro lato, nella misura in cui la scelta si orientasse verso prodotti di qualità inferiore e meno innovativi la centralizzazione esaspererebbe le conseguenze negative di tale scelta soprattutto nel caso dei beni complessi, come lo sono i dispositivi medici, impoverendo di fatto la qualità delle prestazioni e frenando lo sviluppo tecnologico dell'intero sistema.

Una corretta valutazione dei pro e dei contro della centralizzazione degli acquisti non può prescindere né da tali effetti, che devono pertanto essere adeguatamente approfonditi, né dalla verifica degli effettivi costi amministrativi dell'attività d'acquisto.

L'Osservatorio Gare messo a punto dal Centro studi Assobiomedica in collaborazione con il Centro Europa Ricerche (CER) risponde all'esigenza di intercettare ed elaborare evidenze empiriche che servano a "leggere" e a interpretare le trasformazioni avvenute negli ultimi anni nel *public procurement* sanitario, con riferimento ai dispositivi medici e alle tecnologie diagnostiche.

L'intento non è quello di verificare la convenienza di una determinata formula di acquisto rispetto alle altre – compito che peraltro non sarebbe possibile eseguire con i soli dati dell'Osservatorio – bensì quello di fornire indicazioni che, nell'ambito del complesso quadro descritto in precedenza, aiutino a rappresentare l'evoluzione delle politiche pubbliche d'acquisto, ne mettano in risalto alcuni aspetti e soprattutto stimolino approfondimenti.

A tal fine, l'attenzione dell'Osservatorio è stata rivolta in particolare a questi aspetti: la dimensione delle gare, i tipi di procedure, la durata delle forniture, i criteri di aggiudicazione, la tendenza al ribasso, i tempi di aggiudicazione.

I risultati dell'Osservatorio gare CSA-CER

Dai circa 9.500 Bandi di gara e i poco meno di 7mila Avvisi di aggiudicazione analizzati nel periodo 2007-2015 dall'Osservatorio, tutti riferiti a dispositivi medici, emerge l'importo messo a gara tramite procedure "centralizzate" (acquisti congiunti) è complessivamente passato dai rappresentare il 37% del totale nel 2007 a rappresentarne circa il 75% nel 2015. Fino al 2014, la maggior parte degli acquisti congiunti era riconducibile a unioni d'acquisto; nel 2015, al contrario, si segnala la forte accelerazione e conseguente prevalenza di acquisti da parte di centrali regionali.

Le regioni che, nell'intero periodo di osservazione (2007-2015), risultano aver fatto un minor ricorso alla "centralizzazione" per l'acquisto di dispositivi medici sono: Abruzzo, Lazio, Puglia, Sardegna e Calabria. **Toscana, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Campania e Sicilia sono le principali regioni che, invece, risultano aver "centralizzato" in maggior misura**, negli ultimi nove anni, gli acquisti di dispositivi medici, pur con modalità differenti tra loro e che sono andate mutando nel tempo.

Fino al 2014, la maggior parte degli acquisti congiunti era riconducibile a unioni d'acquisto; **nel 2015 si è registrata una forte accelerazione di acquisti da parte di centrali regionali** che ha portato gli stessi ad assorbire la maggior quota percentuale di acquisiti di dispositivi medici effettuati in quell'anno: al primo posto, in particolare, troviamo le centrali regionali di Friuli Venezia Giulia, Toscana e Liguria (100%); a seguire quelle di Sardegna (68%), Lombardia (64%) e Veneto (49%). Ciò riflette la costituzione nelle prime due regioni, rispettivamente, dell'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale (ESTAR) e dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS). In modo analogo, la costituzione della Stazione Unica Appaltante delle Marche (SUAM) ha fatto sì che in questa regione gli acquisti regionali – in precedenza inesistenti – arrivassero nel 2015 a rappresentare il 31% del totale. Gli acquisti regionali risultano essere aumentati molto anche in Lombardia, dove sono saliti al 64% del totale; invece, si sono ridotti, rispetto all'anno precedente, in Calabria, Campania, Lazio e Veneto.

Sempre nel 2015, gli acquisti in unione rappresentano la tipologia predominante in Emilia Romagna, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Umbria e Puglia. Gli acquisti singoli rappresentano la tipologia più utilizzata in Abruzzo, Calabria, Lazio, Marche e soprattutto Basilicata (dove coprono la totalità degli acquisti effettuati).

Nel complesso, i dispositivi medici consumabili (aghi, bende, bisturi, camici, cerotti, articoli per ECG, garze, siringhe e molto altro) sono stati fatti oggetto di acquisti congiunti in maggior misura rispetto alle apparecchiature; detto questo, l'attività di Consip si è invece concentrata più sulle apparecchiature che sui consumabili.

Rispetto agli importi complessivamente messi a gara in ciascun anno, **gli importi aggiudicati risultano molto più bassi** e questo trova diverse spiegazioni: oltre alla naturale pressione al ribasso esercitata dalla concorrenza sulle basi d'asta, vi è da considerare che talune gare non portano ad alcuna aggiudicazione (perché in un secondo momento interrotte o annullate), mentre altre ancora terminano con aggiudicazioni parziali (solo per alcuni lotti); ma soprattutto, va tenuto conto che solo per la metà circa delle gare presenti nell'Osservatorio è stato possibile tracciare l'intero percorso fino alla loro aggiudicazione.

Numero imprese partecipanti alle gare, dimensione e durata delle forniture

Il numero medio di imprese partecipanti per gara, dal 2007 al 2015, si è dimezzato. Il fenomeno ha interessato tutte le modalità di acquisto, ma soprattutto gli acquisti regionali. Le gare contraddistinte da una partecipazione più ampia di imprese si sono riscontrate in Sicilia, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia; quelle con una partecipazione più ristretta in Veneto e Marche.

Più che raddoppiata la dimensione media delle gare tra il 2007 e il 2015, in particolare a partire dal 2013. **Le gare più grandi (rispetto alla media nazionale) si sono riscontrate in Molise, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Puglia e Sicilia**; quelle meno grandi in Umbria, Lombardia e Veneto.

La durata media delle forniture ha mostrato un andamento altalenante nel periodo in

esame, oscillando tra 3,4 e 3,9 anni e attestandosi a 3,7 anni nell'ultimo biennio.

Criteri di aggiudicazione delle gare

Una delle possibili conseguenze negative di un'eccessiva pressione riferita ai prezzi che la centralizzazione degli acquisti tende a realizzare è che la domanda finisca per concentrarsi su beni meno innovativi e di qualità inferiore.

Tale rischio non è in senso stretto legato alla "centralizzazione" degli acquisti, ma ne rappresenta un verosimile corollario se si considerano, da un lato, le motivazioni alla base di tale approccio (sintetizzabili nell'enfaticizzazione dell'obiettivo "risparmio") e, dall'altro, il fatto che in presenza di acquisti centralizzati la distanza tra decisore e utilizzatore dei prodotti aumenta (con il conseguente prevalere della tendenza da parte del primo a standardizzare e omologare la domanda), in particolare nel caso di acquisti di beni e servizi, la cui valutazione richiede competenze specialistiche e un'opportuna contestualizzazione rispetto alle finalità e condizioni del loro utilizzo.

Sulla base dei dati dell'Osservatorio è possibile ricavare alcune indicazioni riguardo all'attenzione che le amministrazioni aggiudicatrici prestano agli aspetti qualitativi della fornitura nel definire i criteri di aggiudicazione. A tal fine siamo ricorsi a due indicatori: l'incidenza del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa

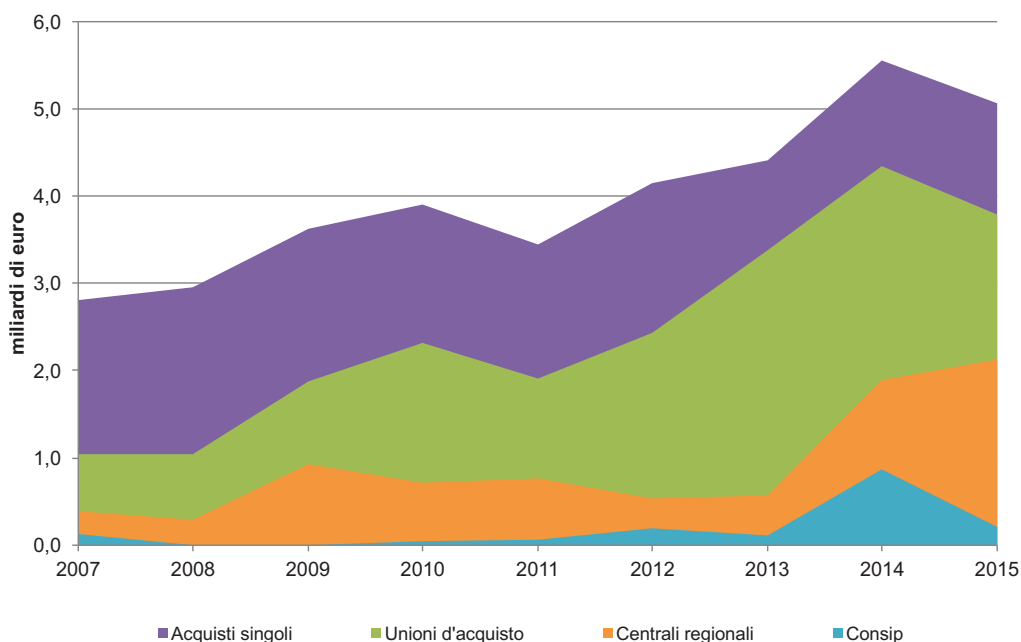
(OEV), misurata dal rapporto tra l'importo messo a gara con tale criterio e l'importo totale; e il peso che mediamente è attribuito al prezzo nell'ambito delle gare da aggiudicare sulla base dell'OEV.

Tra i criteri di aggiudicazione, in generale l'incidenza della cosiddetta "offerta economicamente più vantaggiosa" dapprima si è mantenuta intorno al 90% nel periodo 2007-2011, poi è caduta sotto il 60% nel 2013, e successivamente è risalita fino all'84% nel 2015. All'interno del quadro generale, la variabilità legata alle diverse modalità di acquisto è risultata piuttosto marcata.

In tutto il periodo esaminato, nei casi di applicazione di suddetto criterio il peso medio attribuito al prezzo (alla qualità) si è mantenuto inferiore (superiore) al 50%. A questo riguardo va **richiamato il fatto** che, al di là dei pesi relativi formalmente attribuiti, ciò che conta è la sostanza dei requisiti posti per la valutazione della qualità: infatti, tanto più facile risultasse soddisfare i requisiti di qualità che danno diritto al massimo del corrispondente punteggio possibile e tanto più il criterio di aggiudicazione coinciderebbe con il prezzo più basso. E questo è appunto quello che, in generale, risulta essere avvenuto nel periodo di osservazione durante il quale **si sono registrati ribassi importanti nei prezzi di aggiudicazione rispetto alle corrispondenti basi d'asta**, ovvero segnali indicativi di una concorrenza che ha esercitato forti pressioni soprattutto sui prezzi.

FIG. 1 - Importo annuo totale delle gare di dispositivi medici

Fonte: elaborazioni CER su dati Tenders electronic daily (TED)



In particolare, **nel periodo 2012-2015 si è registrato un ribasso medio annuo dei prezzi pari al 17%**: gli acquisti singoli sono la tipologia d'acquisto attraverso cui risulta essere stato praticato il ribasso minore (>15%); gli acquisti regionali, invece, sono quella attraverso cui risulta essere stato praticato il ribasso maggiore (<19%). Da tale fotografia generale si discostano un po' le apparecchiature: innanzitutto, nel periodo in esame, esse hanno fatto registrare un ribasso medio annuo dei prezzi meno accentuato (12%) rispetto al caso dei consumabili; in secondo luogo, gli acquisti regionali di apparecchiature sono stati quelli che hanno portato al minor ribasso medio annuo (<5%). Occorre sottolineare che, purtroppo, il valore informativo di questi dati è fortemente limitato dal fatto di non sapere né se i prodotti acquistati nell'uno e nell'altro caso fossero effettivamente comparabili, né se le rispettive basi d'asta potessero considerarsi congrue.

Durata delle gare

Infine, per quanto concerne la tempistica che separa la data del bando dalla data dell'aggiudicazione, l'Osservatorio ha registrato che durante il periodo 2008-2014 la per-

centuale di gare concluse entro dodici mesi si è mantenuta intorno al 70%; invece, è significativamente diminuita la quota di gare concluse oltre i 18 mesi, per cui è possibile affermare che nel complesso i tempi medi sono certamente andati accorciandosi di circa 4 mesi (passando da 470 a 350 giorni). In particolare, sono state le gare che hanno interessato le grandi apparecchiature a far registrare i tempi più rapidi. Tra le regioni la situazione è apparsa differenziata: tempi sopra la media nazionale (ma comunque in discesa) in Abruzzo, Puglia, Umbria e Lazio; tempi sotto la media in Friuli V.G., Marche, Lombardia, Campania, Calabria e Toscana.

L'Osservatorio CSA-CER può considerarsi il maggior tentativo fin qui fatto da chiunque al fine di gettare un po' più di luce sulla cosiddetta "centralizzazione" degli acquisti di dispositivi medici, ma per giungere ad avere dati e informazioni ancor più significative e utili per ottimizzare realmente la politica di acquisto in questo settore, è innanzitutto necessario che vi sia un genuino interesse da parte di tutti a perseguire tale scopo, abbandonando il facile cammino delle superficiali narrative in tema di acquisti.

L'indagine di Quotidiano Sanità sulle politiche d'acquisto dei dispositivi medici

Centrali uniche: a rischio innovazione e appropriatezza

- Meno della metà degli intervistati (46%) fa una valutazione dei dispositivi medici dopo l'acquisto e di questi poco più di 2 su 5, (43%) fanno valutazioni tramite i costi di utilizzo.
- Poco più della metà degli intervistati (53%) non utilizza i dispositivi medici una volta acquistati. Di questi poco più di tre su cinque indicano i motivi nella tecnologia obsoleta (67%) e nella mancata aderenza alla terapia (65%).
- Poco più di un quarto dei medici ospedalieri intervistati (26%) ritiene che le centrali uniche di acquisto permettano di rispondere alle aspettative dei pazienti ma fra loro quasi la metà (45%) ritiene che la propria professionalità non sia salvaguardata da tale meccanismo.

Sono alcuni dei risultati più eclatanti dell'indagine condotta da QS sull'opinione dei professionisti in merito alle Centrali uniche di acquisto. Queste organizzazioni, ormai presenti in quasi tutte le regioni italiane, non godono di un giudizio lineare sulle medesime. Bensì articolato e variegato. La Survey, somministrata ad oltre 112mila professionisti di diverse specializzazioni aveva lo scopo di indagare la percezione delle principali criticità (ma anche vantaggi) negli acquisti centralizzati di dispositivi, il grado di complessità decisionale alla base della scelte di gara, l'incidenza degli aspetti più prettamente clinici e di aderenza alla terapia alla base della definizione dei capitolati di gara. Il 75% di tutti i rispondenti è concorde nel ritenere le Centrali di acquisto come la via migliore per ri-



sparmi di spesa; il 72% concorda sul fatto che esse comportino maggiori rischi sul piano della definizione dei fabbisogni reali rispetto a procedure d'acquisto locali; il 70% concorda nel ritenere che esse possano stimolare la concorrenza, sia sul prezzo sia sulla qualità ma analoga percentuale ritiene tuttavia che attraverso di esse possano essere acquisiti soltanto beni e servizi a minore contenuto tecnologico, perché standardizzati. Il 63% dei rispondenti, inoltre, concorda sul fatto che le centrali uniche di acquisto disincentivano l'innovazione perché lontane dai bisogni reali e dalle esigenze dello specialista utilizzatore. Il 57% dei rispondenti è concorde nel ritenere che esse portano ad acquisti che possono risultare inappropriati per il paziente.

Peraltro secondo i quasi 4mila rispondenti all'indagine (il 3,5% dei circa 112mila a cui è stato somministrato il questionario) nella definizione dei bisogni e nella formulazione della domanda di dispositivi medici pesano in grande misura (il 93%) gli aspetti meramente economici legati alle previsioni di bilancio e i costi di acquisto. Il 60% ritiene che vengano presi in considerazione aspetti più legati al technology assessment e supera di poco il 50% la quota di chi ritiene che l'acquisizione di riferimenti epidemiologici ed evidenze cliniche abbiano un ruolo importante.

Tra i risultati eclatanti, come accennato all'inizio, soltanto il 30% dei rispondenti ritiene che, laddove il dispositivo medico venga poi valutato dopo l'acquisto, la misurazione segua criteri di valenza clinica e di aderenza alla terapia. La maggior parte è convinto che, laddove valutato, il dispositivo venga misurato prevalentemente nei suoi costi di utilizzazione.

Ne deriva che, alla fine, il giudizio complessivo sulle Centrali uniche di acquisto non è pienamente positivo. Non tanto per la loro funzione ma per le modalità con le quali esplicano la loro funzione. Per il 75% dei rispondenti rappresentano la via migliore per ottenere risparmi di spesa ma al contempo disincentivano l'innovazione (63%), stimolano la

FIGURA 1



FIGURA 2



concorrenza su prezzo e qualità (70%) ma il loro meccanismo di funzionamento presta il fianco all'acquisizione di beni e servizi a minore contenuto tecnologico (70%). Ma un dato su tutti deve necessariamente far riflettere: ben il 53% dei rispondenti dichiara che alla fine il dispositivo medico acquisito con gara centralizzata poi non viene utilizzato....

L'Analisi dei risultati

Nella Figura 1 sono illustrati gli aspetti considerati più o meno determinanti dagli intervistati nella definizione dei bisogni e nella formulazione della domanda. Al primo posto ci sono **gli aspetti economici legati alle previsioni di bilancio e di costi d'acquisto**. Infatti **poco più di 9 rispondenti su dieci (93%)** individuano questa come la componente che ha maggiore peso. Tra i professionisti che hanno risposto sono i dirigenti apicali medici e gli ingegneri clinici (96% in entrambi i gruppi) quelli che hanno ritenuto questo aspetto decisivo.

Al **secondo posto nella scelta dei dispositivi medici da acquistare** ci sono **le analisi di costo/beneficio e costo/efficacia e l'utilizzo di linee guida e criteri aziendali che recepiscono linee guida**. Infatti poco più di sei rispondenti su dieci (rispettivamente 64% e 61%) individuano queste componenti come quelle maggiormente utilizzate nella fase di definizione dell'acquisto. Per il 70% dei farmacisti ospedalieri le analisi di costo/beneficio influiscono in modo determinante nella definizione della domanda, per il 76% degli ingegneri clinici è l'utilizzo delle linee guida l'aspetto che viene tenuto più in considerazione.

Secondo il **54% dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale l'acquisizione di riferimenti epidemiologici ed evidenze cliniche è invece l'elemento tenuto più in considerazione** nella fase di definizione dell'acquisto. In particolare, sono i tecnici sanitari e i farmacisti ospedalieri (70% in entrambi i gruppi), che individuano questo aspetto come preponderante rispetto agli altri due elencati, mentre il 52% dei medici ospedalieri non lo considera come tenuto sufficientemente in considerazione.

Nella Figura 2 l'analisi si focalizza su quale soggetto ha maggiore voce in capitolo nella definizione dei fabbisogni. Anche questi risultati sono molto interessanti perché offrono una serie di considerazioni legate alla propria percezione professionale rispetto a quella delle altre figure professionali interessate nella definizione dei fabbisogni. In buona sostanza, tutti sono oggetto del parere degli altri e danno pareri sugli altri, ma pochi lo danno su se stessi. Le risposte a questa domanda dell'indagine possono essere suddivise in 4

gruppi: figure di direzione amministrativa; categorie professionali mediche; farmacisti ospedalieri; figure tecnico specialistiche non mediche come ingegneri, fisici e biologi. **Quasi la metà dei rispondenti (46%) individua nelle figure di direzione amministrativa quelle che hanno molta voce in capitolo** nella definizione dei fabbisogni nell'acquisto di dispositivi medici. All'interno delle classi professionali, i medici ospedalieri sono quelli che esprimono il giudizio positivo più alto (49%) mentre i farmacisti ospedalieri sono quelli che esprimono il giudizio più basso (20%) sugli amministrativi.

Poco meno di 3 rispondenti



su 10 individuano invece nell'operatore/specialista utilizzatore (clinico e/o infermiere) e nel direttore sanitario quelli che hanno molta voce in capitolo nella definizione dei fabbisogni per l'acquisto di dispositivi medici. Tra le classi professionali **il 60% dei farmacisti ospedalieri ritiene che sia l'operatore sanitario quello che ha più importanza**, mentre il 17% dei tecnici sanitari pensa siano le professioni mediche ad avere maggior peso. Invece è interessante notare come gli infermieri (57%) siano i più pessimisti sul coinvolgimento delle professioni mediche: evidentemente non si sentono partecipi nel processo decisionale. Il direttore sanitario viene invece coinvolto nella definizione dei fabbisogni soprattutto secondo gli ingegneri clinici (48%).

Il terzo gruppo è rappresentato dai farmacisti ospedalieri e dai dati emerge una certa autoreferenzialità. Infatti pur essendo più o meno identica al secondo gruppo la percentuale dei rispondenti che individuano nei farmacisti quelli che hanno molta voce in capitolo nella definizione dei fabbisogni in merito all'acquisto di dispositivi medici (28%), sono essenzialmente gli stessi farmacisti (66%) che si vedono così. Infatti all'interno delle classi professionali il 4% degli ingegneri clinici dà loro meno credito.

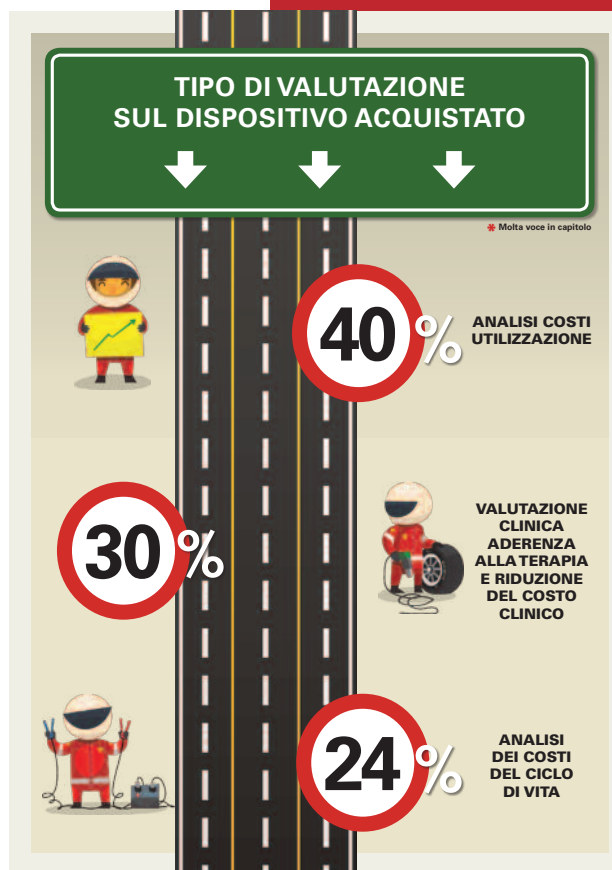
Il quarto gruppo è quello legato a figure tecnico-specialistiche non mediche: ingegneri clinici, fisici e biologi. Meno di uno su dieci dei rispondenti (7%) ritiene che essi possano avere molta voce in capitolo nella definizione dei fabbisogni in merito all'acquisto di dispositivi medici.

All'interno di un giudizio complessivo molto basso, sono le stesse figure professionali che danno il giudizio più negativo su se stessi. **Per gli ingegneri clinici questo giudizio probabilmente è legato al fatto che hanno piena consapevolezza che potenzialmente potrebbero incidere** e di molto, ma di fatto non è così.

FIGURA 3



FIGURA 4



Poco meno della metà dei rispondenti (46%) alla survey afferma che, in base alla propria esperienza, **viene fatta generalmente una valutazione dei dispositivi medici una volta acquistati** (Figura 3). Tra le categorie professionali i medici ospedalieri e gli infermieri esprimono percentuali più basse, rispettivamente, 45% e 47%. Quelle più alte sono espresse dai non medici: farmacisti ospedalieri e apicali non medici, 60% in entrambi i gruppi. Tra coloro che hanno risposto positivamente a una valutazione dei dispositivi medici una volta acquistato (46%), è stato chiesto quali tipologie di valutazione vengono effettuate sul dispositivo, prospettando quattro risposte: due di tipo clinico (aderenza alla terapia, riduzione rischio clinico), e due di tipo economico (tramite analisi dei costi di utilizzazione, tramite analisi dei costi del ciclo di vita del prodotto). Più di quattro rispondenti su dieci (43%) ha dichiarato di effettuare valutazioni di tipo economico legate all'**analisi dei costi di utilizzazione** dei dispositivi medici. Il 68% dei tecnici sanitari si è espresso in favore di questo tipo di valutazione, mentre solo il 25% degli ingegneri clinici ha riscontrato questa analisi in uso nella propria struttura. Tre rispondenti su dieci (30%) ha invece dichiarato di effettuare valutazioni di tipo clinico: valutazione clinica di aderenza alla terapia e riduzione del rischio clinico sui dispositivi medici dopo l'acquisto. Tra le classi professionali, è il 43% dei tecnici sanitari a testimoniare l'uso di queste valutazioni cliniche, mentre il 17% sono ingegneri. Poco più di due su dieci (24%) ha dichiarato di effettuare valutazioni di tipo economico dopo l'acquisto, legate all'**analisi dei costi del ciclo di vita del prodotto**. In particolare, è il 43% dei tecnici sanitari a testimoniare l'uso di queste valutazioni.

Nella Figura 5 vengono esplicitati i giudizi dei dipendenti intervistati sulle centrali d'acquisto: quasi tutti hanno le idee ben chiare in merito all'azione delle centrali uniche di acquisto, ma non si ha un giudizio lineare sulle medesime bensì articolato e variegato. **Più**

FIGURA 5



di sette rispondenti su dieci (75%) esprimono un giudizio positivo sul fatto che le centrali uniche di acquisto sono **la via migliore per risparmi di spesa**. Tra questi, il giudizio meno convinto è stato espresso dagli ingegneri clinici (52%), mentre i tecnici sanitari e i medici ospedalieri (76% in entrambi i gruppi) ritengono sia la soluzione migliore per ridurre la spesa.

Più di sette su dieci (72%) concordano sul fatto che esse comportano maggiori rischi sul piano della definizione dei fabbisogni reali rispetto a procedure d'acquisto locali: l'84% degli ingegneri clinici hanno individuato questo rischio negli acquisti centralizzati.

Sette rispondenti su dieci (70%) sono concordi nel ritenere che esse possano stimolare la concorrenza, sia sul prezzo sia sulla qualità: quelli che sono più concordi su questo tema sono i medici ospedalieri (70%).

Sette rispondenti su dieci (70%) sono concordi nel ritenere che le centrali uniche di acquisto si possono prestare all'acquisizione di beni e servizi a minore contenuto tecnologico perché standardizzati. All'interno delle classi professionali, ne sono più convinti dal medico ospedaliero agli ingegneri clinici (80%).

Poco più di sei rispondenti su dieci (63%) concordano sul fatto che le centrali uniche di acquisto **disincentivano l'innovazione perché lontane dai bisogni reali e dalle esigenze dello specialista utilizzatore**. Ne sono più convinti il 70% dei tecnici sanitari, mentre sono più perplessi i fisici medici (47%).

Meno di sei rispondenti su dieci (57%) sono concordi nel ritenere che le centrali uniche di acquisto portano ad acquisti che possono risultare inappropriati per il paziente. La pensa così il 65% degli infermieri, mentre il giudizio meno convinto lo danno gli ingegneri clinici (40%).

FIGURA 6



La Figura 6 illustra quali siano secondo gli intervistati i criteri di valutazione maggiormente utilizzati dalle centrali uniche di acquisto. La modalità di risposta è dicotomica: prezzo inferiore e offerta economica più vantaggiosa, che è intesa come una riformulazione dell'offerta non solo tarata su parametri di costo (il prezzo), ma sul miglior rapporto prezzo-qualità (best price quality ratio) e, di conseguenza, su un approccio costo-efficacia che includa nella valutazione complessiva anche altri aspetti che definiscano la qualità, quali quelli ambientali, sociali e/o legati al ciclo di vita del prodotto. Ebbene **poco più della metà dei rispondenti (54%) considera il prezzo inferiore come il criterio guida utilizzato dalle centrali uniche di acquisto nelle gare di appalto per l'acquisto di dispositivi medici**. Il restante 46% considera l'offerta economica più vantaggiosa come il criterio guida. Per il 56% sia dei medici ospedalieri che degli infermieri tutto si risolve con il prezzo più basso. Per il 60% degli ingegneri clinici e per il 59% dei fisici medici con l'offerta economica più vantaggiosa.

Come illustrato nella Figura 7, **più della metà dei rispondenti (53%) si sono trovati a non utilizzare i dispositivi medici che sono stati forniti**. Lo sostengono il 60% dei farmacisti ospedalieri e degli infermieri, ne sono meno convinti gli ingegneri clinici (20%).

Più di sei rispondenti su dieci (67%) pensano che la tecnologia obsoleta sia il principale motivo di non utilizzo dei dispositivi medici acquistati. A testimoniarlo sono il 68% dei medici ospedalieri. Più di sei rispondenti su dieci (65%) pensano che la mancata aderenza alla terapia sia il motivo principale del loro mancato utilizzo. Lo sostengono la totalità (100%) degli ingegneri clinici. Poco più della metà dei rispondenti (54%) pensano invece che l'aumento del rischio clinico sia il motivo principale di non utilizzo dei dispositivi. Ne sono convinti l'80%

FIGURA 7



degli ingegneri clinici. **Poco meno di 4 rispondenti su dieci (37%)** ritengono che **sia la mancanza di personale debitamente formato** la motivazione più diffusa. Lo sostengono il 46% degli infermieri, i meno convinti sono invece i farmacisti ospedalieri (67%). **Più di tre rispondenti su dieci (32%)** ritengono che i **costi di utilizzo superiori rispetto a quelli della tecnologia preesistente siano un ostacolo** per l'utilizzazione dei nuovi dispositivi medici. Gli ingegneri clinici (40%) sostengono sia questo il motivo principale del mancato utilizzo dei prodotti.

Ai soli medici ospedalieri (Figura 8) è stato chiesto se il modello delle Centrali Uniche di Acquisto o soggetti aggregatori possa contribuire a metterli in condizione di rispondere alle aspettative dei propri pazienti.

Quasi la metà (48%) non ha espresso una posizione in merito. Poco più di un quarto (26%) ha espresso parere favorevole. Il residuale quarto parere sfavorevole (26%).

A tutto il target (Figura 9) è stato invece chiesto se le proprie esigenze professionali sia-



FIGURA 8



FIGURA 9



no state salvaguardate dal modello di Centrali Uniche di Acquisto sviluppato nella propria regione.

Più di quattro su dieci (43%) ritengono che le proprie esigenze professionali non siano salvaguardate. Lo dicono a gran voce il 45% dei medici ospedalieri, meno decisi i dirigenti apicali medici (29%).

Quasi tre rispondenti su dieci (28%) ritengono che sia salvaguardata. Ne sono più convinti i dirigenti apicali medici (43%), farmacisti ospedalieri (42%), mentre i più perplessi sono gli ingegneri clinici (8%).

Quasi tre rispondenti su dieci (29%) non esprimono una posizione. A non esprimersi sono principalmente gli ingegneri clinici (48%).

NOTA METODOLOGICA

SICS – Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, ha realizzato una survey, rivolta al personale dipendente del SSN. Obiettivo specifico è analizzare: le effettive modalità di programmazione sanitaria; la percezione delle principali criticità nelle scelte effettive dei dispositivi acquistati; la valutazione ex post degli acquisti; l'expertise impiegato nella predisposizione delle gare.

La survey è stata effettuata via internet con tecnologia CAWI, (Computer-assisted web interview), dal **28 luglio al 21 settembre 2016**.

Il questionario, formato da domande a risposta chiusa, da compilarsi on line, è stato inviato a 112.969 individui appartenenti al personale di ruolo del SSN¹ e che sono membri di WelfareLink².

I rispondenti sono stati **3.938 (3,5%)**.

¹ Nello specifico, i destinatari sono: personale del ruolo sanitario (medici, farmacisti, fisici medici, tecnici sanitari, personale Infermieristico), personale del ruolo amministrativo (ovvero, dirigenti apicali non sanitari: direttori generali, direttori amministrativi, compresi i vice, e i facenti funzione; dirigenti apicali sanitari: direttori sanitari compresi i vice, di unità operativa semplice e complessa), personale del ruolo professionale (solo ingegneri clinici).

² WelfareLink è la più importante community on line italiana (certificata da Federsanità ANCI e patrocinata dalla FISM, Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane). Tutti i componenti della community hanno sottoscritto tutte le liberatorie previste dalla legge sulla Privacy.

INTERVISTE CAMPANIA

Giovanni Porcelli,
Presidente del Cda di
Soresa, la partecipata
regionale per la sanità che
funge da centrale unica di
acquisto per conto di Asl e
ospedali



Position paper esterni per decidere cosa acquistare

Tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario. Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

In Campania gli acquisti gestiti dal soggetto aggregatore (in convenzione o accordo quadro) di dispositivi coprono circa il 50% dei dispositivi. Il vantaggio principale consiste nella standardizzazione dei prezzi medi praticati nelle varie regioni con il livellamento delle escursioni di prezzo. Esemplificativa in tal senso una recente analisi del gruppo di lavoro del Ministero della Sanità con il gruppo di lavoro dei soggetti aggregatori sugli stent coronarici.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

La principale criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento riguarda la persistente difficoltà delle aziende sanitarie nella fase successiva all'adesione alla Convenzione, essenzialmente riferita alla fase amministrativa (registrazione, liquidazione e pagamento delle forniture) e della corretta esecuzione del contratto (al soggetto aggregatore è demandata esclusivamente la funzione di monitoraggio). Per ovviare a tale problematica Soresa ha ottimizzato e centralizzato il ciclo passivo e finanziario in una piattaforma unica regionale in ambiente Sap. Entro la fine del 2017 le 17 aziende sanitarie dovranno integrarsi all'interno della piattaforma unica, con l'obiettivo di certificare i bilanci di esercizio.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Soresa raccoglie i fabbisogni che le aziende sanitarie esplicitano con l'autonomia loro concessa dalla "riforma Bindi" sulla sanità. Il coordinamento con il commissario per il piano di rientro e la direzione generale della sanità è una esigenza percepita ma, allo stato attuale, non adeguatamente codificata. Ne deriva che tale attività viene espletata in modalità "random"

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Il mondo dei dispositivi è tecnicamente complesso e molto delicato: se è vero che il "category manager" è una figura chiave nella redazione dei capitolati è pur vero che il ricorso alle Associazioni (di categoria e/o dei consumatori) spesso espone le Stazioni Appaltanti a pesanti rischi reputazionali e non solo: un approccio corretto consiste nell'acquisizione dei position paper che provengono dal mondo esterno, ricorrendo agli operatori sanitari (che sono quelli che poi useranno sul campo i dispositivi) per redigere i capitolati.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale? Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità? Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Il Decreto legislativo 50 del 2016 inserisce alcuni elementi innovativi quali l'introduzione obbligatoria del criterio qualitativo piuttosto che il partenariato pubblico-privato che vanno nella direzione corretta ovvero: il risparmio nella spesa sanitaria non può avvenire a discapito del diritto alla salute del paziente che deve restare centrale. Allargare il raggio di azione dei soggetti aggregatori su scala extraregionale può avere un senso, ma solo su procedure che hanno costi elevati e non impattano in maniera diretta sui Lea (ad esempio: coperture assicurative, servizi di pulizia, ristorazione, lavano, global manutentivi).

EMILIA ROMAGNA

Sergio Venturi,
Assessore alle politiche
per la Salute

Un masterplan condiviso per la definizione dei fabbisogni



Tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario. Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

A oggi, gli acquisti di dispositivi medici che in Emilia-Romagna vengono gestiti tramite la centrale Intercent-ER rappresentano il 16% del totale, dato in costante crescita nel corso degli anni. I vantaggi che abbiamo riscontrato grazie alla progressiva centralizzazione degli approvvigionamenti in ambito sanitario, non solo per quanto riguarda i dispositivi medici, sono molteplici. In primo luogo, i risparmi determinati dall'aggregazione degli acquisti di beni e servizi e dalle conseguenti economie di scala sono estremamente significativi: basti pensare che nel solo 2015 le nostre Aziende sanitarie, avvalendosi di Intercent-ER, hanno potuto risparmiare 162 milioni di euro rispetto a quanto pagato in precedenza; dall'anno di costituzione della centrale, i risparmi ottenuti dagli enti del SSR ammontano complessivamente a 698 milioni di euro.

Inoltre, ci sono stati ulteriori benefici che, seppur non direttamente quantificabili in termini economici, hanno portato a un generale innalzamento degli standard qualitativi dei beni/servizi acquisiti e, in definitiva, delle prestazioni al paziente. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di effettuare appalti su dispositivi medici complessi e innovativi avvalendosi ogni volta delle migliori professionalità cliniche e tecniche selezionate tra tutte le strutture regionali; oppure, alla possibilità di garantire un'uniformità di servizi su tutto il territorio, sia in termini di omogeneizzazione delle prestazioni sia sul piano dell'appropriatezza dei prodotti utilizzati.

Inoltre, sul piano strettamente procedurale, si è dato un forse impulso alla digitalizzazione, alla velocizzazione e alla semplificazione dei processi di acquisto, in virtù degli strumenti telematici ed elettronici con cui la centrale re-

gionale effettua tutte le iniziative di gara. Infine, l'aggregazione degli acquisti ha comportato notevoli efficienze anche sul piano organizzativo: la realizzazione di un'unica procedura centralizzata, anziché di numerose procedure a livello di singole aziende, produce infatti un ulteriore elemento di razionalizzazione sotto il profilo dei costi procedurali e dell'impiego di personale.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

La Regione Emilia-Romagna ha avuto la lungimiranza di avviare già nel 2005 un percorso strutturato di aggregazione degli acquisti con l'istituzione della centrale Intercent-ER, in largo anticipo rispetto agli obblighi normativi introdotti nell'ultimo biennio a livello nazionale. Per questo, le criticità maggiori relative alla fase di implementazione e sviluppo del sistema di centralizzazione, con cui si stanno ora confrontando molte altre regioni, nel nostro contesto sono già state affrontate e risolte. Possiamo quindi dire che oggi in Emilia-Romagna il sistema di gestione degli acquisti funziona bene e rappresenta un modello di riferimento, essendo è già strutturato e ben consolidato in tutti i suoi aspetti, dalla programmazione, alla governance, dal know-how tecnico-amministrativo alla ripartizione delle competenze. Il nostro auspicio è comunque quello di non fermarci e dare un ulteriore impulso a quanto già implementato, estendendo il sistema di centralizzazione ad un numero sempre maggiore di procedure e di categorie merceologiche. In questo caso, l'ostacolo principale è rappresentato dalla carenza del personale assegnato alla centrale di acquisto e dai vincoli al turnover: confidiamo comunque di poter superare tali limitazioni di organico anche facendo ricorso alle somme appositamente destinate ai Soggetti Aggregatori con il DL 66/2014.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Anticipando le misure di pianificazione integrata e coordinata delle iniziative di acquisto a livello nazionale previste dal DL 66/2014, la

Regione Emilia-Romagna, nei Criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie per l'anno 2014, ha implementato un nuovo modello organizzativo, in grado di rafforzare e accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario, con particolare riferimento alla programmazione e all'individuazione dei fabbisogni del territorio.

In particolare, il nuovo modello prevede che Intercent-ER garantisca il funzionamento del sistema centralizzato come soggetto deputato alla pianificazione integrata e al monitoraggio complessivo delle iniziative di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario a tutti i livelli (regionale, Area Vasta, aziendale), tramite la definizione di un MasterPlan Triennale concordato con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Tale Masterplan, aggiornato ogni anno, consente di monitorare costantemente i fabbisogni dei diversi soggetti del SSR e al contempo di individuare per ogni iniziativa il livello di acquisto ottimale, sulla base della peculiarità della categoria merceologica, dei volumi di spesa e delle scadenze dei contratti in essere nelle diverse realtà.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Il modello di centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici sviluppato dalla centrale Intercent-ER si basa sul coinvolgimento e sulla valorizzazione delle migliori professionalità presenti sul territorio e presuppone differenti fasi di sviluppo in cui, a seconda dell'oggetto di gara, vengono sempre attivate competenze interne alla diverse strutture sanitarie regionali. Nello specifico, ogni iniziativa realizzata da Intercent-ER si avvale in tutte le sue fasi - dall'analisi della domanda alla predisposizione delle specifiche tecniche - del contributo dei professionisti delle Aziende Sanitarie (clinici, farmacisti, ecc.), cioè di coloro che saranno poi direttamente coinvolti nella gestione e nell'utilizzo dei prodotti acquisiti. Per i dispositivi medici di particolare contenuto tecnico-scientifico, inoltre, la realizzazione di iniziative di gara centralizzate si inserisce in un più ampio percorso multidimensionale di analisi e valutazione delle implicazioni medico-cliniche e organizzative, in cui sono direttamente coinvolti anche i tecnici dell'Assessorato regionale alle politiche per la salute. Tali iniziative, infatti, richiedono un per-

corso più complesso rispetto all'acquisto di dispositivi standardizzati, in quanto spesso devono essere inquadrate in un contesto caratterizzato da modifiche organizzative o dall'emanazione di specifiche linee guida o raccomandazioni di utilizzo. In ogni caso, queste tipologie di procedure di acquisto, che cambiano in qualche modo in paradigma tecnologico o le abitudini di utilizzo dei clinici, sono poi accompagnate da un attento monitoraggio sul campo nel corso della fornitura e dell'esecuzione del contratto.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale? Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità? Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Il quadro normativo nazionale ha subito negli ultimi anni numerose modifiche, non sempre coerenti. L'approvazione del nuovo codice degli appalti, in particolare, ha apportato significative modifiche al settore degli appalti, i cui impatti sono ancora da valutare. In questo momento occorre senz'altro che il quadro venga stabilizzato e non siano apportati ulteriori cambiamenti in modo da poter consolidare l'assetto del mercato delle pubbliche forniture e cogliere tutti i benefici.

Sotto il profilo della normativa regionale, l'Emilia-Romagna ha iniziato a disciplinare il processo di aggregazione della spesa già con la legge n. 11/2004, che ha istituito Intercent-ER e che ha introdotto l'obbligo per le Aziende sanitarie di avvalersi delle iniziative della centrale regionale per i propri acquisti di beni e servizi. La legge 11 è stata poi emendata per agevolare il processo di completa dematerializzazione degli acquisti, obiettivo che verrà colto appieno nel 2017. Anche l'assetto normativo regionale non richiede quindi particolari interventi.

Infine, per quanto riguarda l'opportunità che i soggetti aggregatori effettuino iniziative anche a livello interregionale, in certi casi questa soluzione può essere auspicabile, purché si verifichino determinate condizioni, legate tra l'altro alla standardizzabilità dei beni/servizi oggetto dell'iniziativa, all'assenza di peculiarità derivanti dai diversi contesti regionali, alla composizione del mercato della fornitura, ai vantaggi effettivi che si prevede di ottenere. Qualora tali presupposti dovessero essere soddisfatti, la strada della cooperazio-

ne interregionale può sicuramente essere intrapresa: proprio in questi giorni, ad esempio, Intercent-ER, quale soggetto aggregatore dell'Emilia-Romagna, ha pubblicato un bando per la fornitura di stent in cui è coinvolta anche un'Azienda sanitaria del Lazio. Inoltre, a breve la stessa Intercent-ER effet-

tuerà una procedura di gara interregionale per il servizio di ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali e produzione, stoccaggio e consegna di farmaci plasma derivati in 4 regioni: Emilia-Romagna, Puglia, Calabria e Sicilia.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Maria Sandra Telesca,
Assessore alla salute,
integrazione
socio-sanitaria, politiche
sociali e famiglia

Una funzione interna ad hoc per seguire l'innovazione del mercato



Tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario.

Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

In regione Friuli-Venezia Giulia il soggetto aggregatore regionale istituito ai sensi del DL 66/2014 è la Centrale Unica di Committenza (CUC). Con la LR 17/2014 è stato inoltre costituito l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) che ha anche funzione di Centrale di Committenza per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi assegnati ed è disciplinato dalle norme del DL 502/92 ss.mm.i. A seguito di adozione di apposita Delibera di Giunta Regionale, EGAS collabora con un rapporto di avalimento con la CUC.

La funzione di espletamento di gare centralizzate a livello regionale per il SSR era esercitata già dal 2005 da strutture dedicate alla funzione oggi assunta da EGAS.

Le gare centralizzate dei Dispositivi medici coprono il 90% dei fabbisogni dell'intero sistema arrivando al 100% per le categorie merceologiche individuate con DPCM 24/12/2015. I vantaggi derivanti dalle gare centralizzate dei DM sono:

- il minor numero di procedure da attivare per effetto dell'aggregazione della domanda;

- la riduzione dei lotti.

Con un conseguente:

- aumento della concorrenza,
- contenimento dei costi dovuti ai prezzi di aggiudicazione spesso in riduzione rispetto a quelli posti a base di gara.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Attualmente la maggior criticità, nonostante l'esperienza maturata sul campo in questi 10 anni di attività, è rappresentata dalla eterogeneità dei prodotti richiesti dalle Aziende anche per effetto della continua evoluzione del mercato dei dispositivi. A tal fine la Regione ha previsto una funzione tecnico scientifica strutturata all'interno di EGAS integrando la funzione sanitaria direttamente all'interno dell'Ente attivata nel corso del 2017.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale?

Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Il Comitato di indirizzo composto da tutti i Direttori generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale e presieduto dal Direttore centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia previsto dalla L.R. 17/2014 affianca il Direttore Generale di EGAS nella programmazione strategica dell'attività di acquisto condivisa e vincolante per le Aziende Sanitarie destinatarie delle forniture.

L'Attività di definizione della domanda con la configurazione dei capitoli tecnici viene garantita da Egas attraverso la partecipazione attiva degli "utilizzatori" nel processo di acquisto. In relazione alle singole procedure

di gara, EGAS convoca appositi gruppi tecnici per la stesura dei capitolati a cui partecipano, su mandato delle singole Direzioni aziendali interessate, gli specialisti del settore, individuati in relazione al grado di utilizzo del presidio/bene di consumo e all'esperienza/competenza nel settore di riferimento. Sono in corso di revisione le linee di indirizzo che contemplano gli impegni tra EGAS ed Aziende Sanitarie con particolare riferimento alla costituzione dei gruppi tecnici, modalità di predisposizione dei documenti di gara e commissioni aggiudicatrici.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...).
Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Attualmente sia in fase di stesura di capitolato che in fase di valutazione delle offerte, nelle commissioni sono sempre presenti una rappresentanza dei futuri utilizzatori (clinici) coadiuvati, a seconda del caso dagli ingegneri clinici, informatici, farmacisti della centrale acquisti. In passato sono stati contattati, tramite le associazioni, anche alcuni rappresentanti dei cittadini.

Per il 2017 è prevista l'attivazione, all'interno della Centrale, di una struttura dedicata

alla Valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) che preveda la presenza di tutte le componenti necessarie alla predisposizione di report per la scelta delle tecnologie (professionisti dell'Ente, delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, le associazioni).

E' già avviato un progetto collaborativo tra l'Ente, Cittadinanzattiva e altre associazioni di volontariato che prevede la costituzione di un registro al quale fare riferimento per individuare gli interlocutori utili alla predisposizione dei documenti di gara che tengano conto delle esigenze degli utilizzatori (cittadini).

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Sì, il recente DL 50/2016 prevede una serie di strumenti per enfatizzare l'aspetto qualitativo dei prodotti da acquistare (criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa) riservando un adeguato peso alla qualità.

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Sì per le acquisizioni di prodotti ad elevata standardizzabilità e di alto consumo.

LAZIO

Per lo Staff del Presidente la molteplicità dei centri di acquisto causa diseconomie e inappropriatelyzza



Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

A marzo 2013 la Centrale Acquisti da Area nella Direzione Ragioneria, Bilancio, Finanza e Tributi è diventata una Direzione - Direzione Regionale Centrale Acquisti - ed ha

assunto la responsabilità del processo di approvvigionamento e gestione contrattuale per i beni e servizi destinati agli Enti del Servizio Sanitario Regionale ed alle Strutture Regionali, consolidando l'attività di razionalizzazione della spesa e di centralizzazione degli acquisti.

Con il D.L. 66/2014 che ha istituito la figura del Soggetto Aggregatore, nel 2015 la Direzione Regionale Centrale Acquisti si è qualificata quale come Soggetto Aggregatore di riferimento della Regione Lazio.

Ad oggi, la Direzione Regionale Centrale Acquisti ha espletato 8 iniziative centralizzate riguardanti dispositivi medici (Materiale per Emodinamica, Sistemi di raccolta e frazionamento sangue autologo, Antisettici

e Disinfettanti, Ausili per disabili, Guanti, Ossigenoterapia, Ausili per incontinenti e Materiale da medicazioni) per un valore complessivo a base d'asta di 267,2 Mln/€. Il volume di spesa affrontato rappresenta circa il 25% della spesa annua regionale per dispositivi medici.

I vantaggi della centralizzazione riguardano l'aggregazione e la standardizzazione della domanda delle Aziende sanitarie, la razionalizzazione dei fabbisogni di spesa e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e controllo dei quantitativi consumati.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Le principali criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento regionale consistono nella molteplicità dei centri di acquisto che implicano forti diseconomie gestionali, nella differenziazione delle soluzioni di acquisto, nella disomogeneità dei prezzi unitari di acquisto per le medesime categorie di beni e servizi e nelle forti carenze nella fase di controllo dell'esecuzione dei contratti.

Per ovviare a questi problemi, la Direzione Regionale Centrale Acquisti ha avviato il processo di aggregazione della domanda di beni e servizi sanitari costituendo tra le Aziende Sanitarie tre Aree che procederanno all'espletamento di iniziative di gara centralizzata per area vasta aggregando e razionalizzando i relativi fabbisogni di acquisto.

Sempre al fine di ovviare a tali problemi, i Gruppi di lavoro, cui spetta il compito di definire la strategia e la documentazione della gara centralizzata/aggregata, effettuano delle verifiche sull'appropriatezza dei fabbisogni espressi e dei confronti/benchmark tra le Aziende regionali, anche tenuto conto della spesa storica sostenuta da ciascuna di esse.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

La domanda del bene e/o servizio viene rilevata attraverso la somministrazione a tutte le Aziende Sanitarie aderenti di un questionario di raccolta dei fabbisogni, corredato da una nota di istruzioni operative specifiche per la merceologia oggetto di ac-

quisizione. I questionari di raccolta dei fabbisogni, vengono analizzati dal Gruppo di lavoro cui spetta il compito di definire la strategia e la documentazione della gara centralizzata, conseguentemente, il gruppo di lavoro procede al consolidamento dei quantitativi da porre a base d'asta e, ove necessario, alla razionalizzazione dei fabbisogni.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale Acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Per tutte le iniziative centralizzate, ed in particolare per quelle in ambito sanitario, che vengono espletate dalla Direzione Regionale Centrale Acquisti è istituito un Gruppo di lavoro, composto da referenti della Direzione stessa, componenti della Direzione Salute e Politiche Sociali e da clinici individuati presso le Aziende Sanitarie richiedenti. Sono i clinici facenti parte del Gruppo di lavoro che forniscono il necessario supporto tecnico-merceologico occorrente alla definizione della strategia di gara ottimale.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Sì, si ritiene sufficiente.

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la Regione nel campo degli acquisti centralizzati in Sanità?

Le principali direttrici di miglioramento lungo le quali sta operando la Regione sono le seguenti:

- la previsione di pubblicare entro giugno 2017, iniziative di gara centralizzate per tutte le categorie merceologiche sanitarie previste dal DPCM del 24 dicembre 2015;
- il rafforzamento del modello di gestione integrata degli acquisti, secondo il quale le gare per alcune categorie merceologiche, residuali rispetto alle categorie di cui al DPCM del 24 dicembre 2015 presidiate dal Soggetto Aggregatore regionale, saranno espletate dalle 3 Aree Aggregate di Aziende Sanitarie che ne saranno responsabili;
- la diffusione dell'e-procurement presso

tutte le AA.SS. regionali attraverso la messa a disposizione della piattaforma regionale per tutte le gare svolte dalle Aziende Sanitarie;

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

L'utilizzo di soggetti aggregatori "interre-

gionali" per l'acquisto di beni e servizi caratterizzati da un'elevata standardizzazione delle specifiche tecniche e da un mercato della fornitura di livello "nazionale" è una soluzione che la Direzione Regionale Centrale Acquisti intende promuovere nei casi in cui si dimostri che tale scala di aggregazione è preferibile rispetto alla centralizzazione di tipo regionale.

LIGURIA

Sonia Viale,
Assessore alla Sanità

La qualità del lavoro abbassa la litigiosità



Tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario. Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

La regione Liguria sta affrontando un pesante lavoro di accentramento, senza fare una distinzione fra gare aggiudicate ed in fase di aggiudicazione possiamo dire che relativamente ad alcune voci come i farmaci la parte protesica ed i principali servizi A.Li.Sa \CRA ha una percentuale molto alta di procedure di gara accentrata che va dall'80% ad oltre il 90%. Sui dispositivi medici e sui presidi è molto più complesso poter esprimere delle percentuali ma come obiettivo si pensa di arrivare con il cronoprogramma che il soggetto aggregatore si è posto per il biennio 2017/2018 a superare l'80%.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Le maggiori criticità sono dovute alle reazioni del mercato, ma anche delle singole aziende del Ssr Ovviamente il mercato in questo processo di accentramento ha visto una possibile ulteriore problematica alla loro politi-

ca commerciale, perdere infatti una procedura di gara per una Asl o per un'azienda ospedaliera è molto diverso che perdere una regione intera. La conseguenza è una litigiosità estrema con uno strascico consistente di controversie legali. Fortunatamente o per "qualità di lavoro" la percentuale di soccombenza del soggetto aggregatore sanitario in Liguria è molto ridotta ma comunque ogni ricorso comporta un rallentamento della procedura ed un aggravio di lavoro. Centralizzare gli acquisti comporta un attività di raccolta dati estremamente difficile e gravosa, non sempre le aziende del Ssr si sono dimostrate collaborative e con una sufficiente attenzione al dato. Dopo questa fase bisogna procedere a standardizzare i prodotti da mettere a gara, questo richiede un confronto di tutti gli utilizzatori e trovare componenti delle commissioni tecniche idonei a questa attività non è semplice. Con l'istituzione di A.Li.Sa sicuramente si rafforza il percorso di governance e programmazione della regione inoltre nell'individuazione dei nuovi Dg si è anche cercato di individuare professionalità in grado di collaborare con le loro strutture a percorsi condivisi. Per il futuro si pensa di organizzare delle strutture del "soggetto aggregatore" decentrate per aree geografiche questo per aumentare il collegamento con le "periferie".

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Come già evidenziato A.Li.Sa ha nelle sue finalità strategiche importanti compiti, fra gli altri, di indirizzo analisi dei dati, monitoraggio e controllo, questo sarà sicuramente

di aiuto per arrivare ad una domanda che sia rispondente in termini qualitativi e quantitativi ai bisogni del Ssr.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

La CRA utilizza per tutte le procedure di gara la fattispecie prevista all'articolo 66 del codice degli appalti "consultazioni preliminari di mercato" ovvero prima di procedere all'indizione di qualsiasi procedura pubblica la bozza del capitolato per ottenere da parte del mercato e di tutti gli operatori coinvolti tutti i contributi ritenuti più opportuni. Ultimamente A.Li.Sa ha deliberato un regolamento dove relativamente all'individuazione dei componenti delle commissioni di gara si prevede per procedure di particolare complessità la possibilità di individuare anche specialisti al di fuori dell'ambito regionale

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qua-

lità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

In questa fase è difficile poter dare un giudizio, il nuovo codice degli appalti è recentissimo ed in via di assestamento. Comunque la CRA già con il vecchio codice ha sempre previsto procedure dove la qualità è predominante rispetto al prezzo. Certamente l'adozione dei nuovi Lea è auspicabile avvenga in tempi brevi.

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Avere un soggetto aggregatore inserito all'interno di A.Li.Sa è garanzia di un continuo miglioramento sia per la gestione della domanda sia per l'individuazione delle migliori modalità di acquisto.

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Sicuramente la collaborazione fra regioni è importante perché fare procedure comuni permettono di suddividere gli sforzi e di mettere a fattor comune le esperienze. Si potrebbero prevedere delle specializzazioni su alcuni merceologie. Bisognerà comunque prevedere dei lotti funzionali per evitare di creare delle distorsioni di mercato

LOMBARDIA

Giulio Gallera,
Assessore al Welfare

Normativa troppo rigida per effetti benefici a lungo termine



Tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario.

Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

A consuntivo 2015 la percentuale di spesa sui dispositivi medici effettuata dal soggetto aggregatore e Centrale d'acquisto regio-

nale ARCA S.p.a. era del 16%. Peraltro la % è in forte crescita nel 2016 (stima 44%) e lo sarà ancora di più nei prossimi anni in quanto il soggetto aggregatore ha effettuato procedure di gara su tutte le classi di dispositivi medici a maggior spesa che sono andate in aggiudicazione nel 2016 o vi andranno nella prima parte del 2017. Il vantaggio principale riguarda un adeguamento dei prezzi verso i minimi regionali o in linea con le migliori esperienze delle altre Regioni.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Le maggiori difficoltà consistono nel poter contemperare le diverse esigenze a livello aziendale dal punto di vista sanitario con

un'esigenza di armonizzazione ed efficientamento del processo d'acquisto.

Le azioni che sono state poste in essere riguardano sia il coinvolgimento dei tecnici più qualificati nel processo di costruzione della gara per permettere di avere dei capitolati aderenti alle necessità aziendali e che possano prevedere l'introduzione corretta dei dispositivi più innovativi che una continua verifica con il mercato per poter garantire risparmi al Sistema Sanitario Regionale senza rovinare il tessuto produttivo.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale?

Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Vi è un processo formale che passa attraverso la programmazione degli acquisti regionale del Soggetto aggregatore (Tavolo tecnico degli appalti).

Per quanto riguarda gli acquisti in ambito sanitario le priorità vengono prima discusse con i coordinatori delle unioni formali d'acquisto/consorzi (raggruppamenti a livello territoriale di ASST (Aziende Socio-Sanitarie-Territoriali) – ATS (Agenzie per la Tutela della Salute).

I fabbisogni per la singola procedura aziendale vengono raccolti nei livelli intermedi ed inviati al soggetto aggregatore.

Per i professionisti sanitari che compongono i Tavoli tecnici a supporto del soggetto aggregatore per la preparazione del capitolato gli stessi vengono scelti sempre a livello di unione formale d'acquisto/consorzio. Per le procedure di gara più complesse si integrano i nominativi con rappresentanti delle comunità scientifiche per specialità. Lo stesso per quanto riguarda i professionisti componenti le commissioni di gara.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecni-

ca di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Di solito viene definito un gruppo di esperti per tipologia di dispositivo medico dal quale sorteggiare gli specialisti da inserire nei Tavoli tecnici/commissioni di gara.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Nel breve/medio periodo la rigidità imposta dall'attuale normativa nazionale nelle modalità d'acquisto in sanità che tende ad una forte centralizzazione, porterà ad una riduzione dei prezzi adeguandoli verso i minimi di mercato. Nel medio/lungo periodo si ritiene che vi saranno degli effetti contrari con una concentrazione dell'offerta ed una difficoltà a mantenere tali prezzi.

Lo stesso ragionamento vale nell'utilizzo di soggetti aggregatori interregionali con possibili effetti negativi sopra delineati.

In aggiunta ci si scontra con modelli di sanità regionali non perfettamente corrispondenti, più o meno rivolti verso la garanzia di adeguare cure per il singolo paziente. Ciò a volte può essere garantito solo con dei dispositivi ad hoc per il paziente, difficilmente conciliabili con procedure aggregate di ampia portata.

Regionale Lombardia ha sempre privilegiato strumenti di benchmarking che favoriscono la conoscenza del posizionamento a livello regionale/di consorzio/aziendale all'interno del perimetro regionale e rispetto alle altre regioni italiane, senza peraltro limitare la flessibilità nelle procedure d'acquisto che rende ottimale nel medio/lungo periodo il rapporto con il mercato.

PIEMONTE

Antonio Saitta,
Assessore alla Sanità

Combattere frammentazione e resistenza al cambiamento



Assessore, tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario. Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

A fronte di una spesa di oltre 300 milioni di euro l'anno per dispositivi medici attualmente circa il 5% è acquistato attraverso Scr Piemonte (Soggetto Aggregatore regionale) con l'obiettivo di raggiungere il 10% entro inizio 2018. Il risparmio ottenuto attraverso questo sistema è all'incirca del 10%. Ma il dato è incompleto, oltre alle maggiori economie di scala dovute al maggior potere contrattuale e all'esecuzione di una procedura invece che 19, i risparmi reali sono difficili da quantificare. La qualità delle prestazioni e l'efficienza aumentano se le procedure sono gestite da personale esperto e qualificato. Controllare un soggetto, inoltre, è più semplice che controllarne 19 ed anche il rischio di inefficienze risulta ridotto.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

La frammentazione della spesa e della stessa organizzazione all'interno delle Asl sono certamente elementi che hanno reso complessa la gestione degli acquisti. Tuttavia anche la centralizzazione presenta le sue criticità: prima di tutto gli effetti distorsivi sul mercato che cerchiamo di ridurre suddividendo le gare in più lotti e frammentando così la domanda. Il secondo problema è dovuto alla resistenza del sistema al cambiamento, in questo caso l'approccio è decisivo, la novazione non deve essere imposta, stiamo invece cercando di creare dei gruppi di lavoro misti (personale Asl e personale Scr che insieme collaborano realizzando vere e proprie sinergie.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

La raccolta dei fabbisogni viene realizzata online da Scr, la quale trasmette a ciascuna Asl un link ad un questionario elettronico in cui ciascuna amministrazione provvede a trasmettere il proprio fabbisogno in base ai propri dati storici e alle prospettive di acquisto. Lo stesso strumento viene utilizzato anche dal nucleo tecnico (personale Asl e Scr) per tratteggiare la gara prima di definirla.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti del Piemonte si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso? Limitiamo le consulenze esterne; come ho già anticipato la pubblica amministrazione dispone di grandi professionisti (medici, ingegneri, farmacisti ecc...) che sono perfettamente in grado di collaborare con la centrale di committenza, realizzando risultati ottimali. Di rado può comunque presentarsi la necessità di attingere a consulenze esterne ma nella maggior parte dei casi riusciamo a lavorare in autonomia.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Il modello normativo al quale ogni funzionario aspira è dotato di poche regole, chiare e stabili nel tempo. Non possiamo però ignorare che abbiamo scelto un cammino insieme ad altri Stati e dobbiamo essere capaci a percorrerlo. Speriamo che questo nuovo codice dei contratti pubblici sia più longevo.

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando il Piemonte nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Come sopra esposto stiamo creando gruppi di lavoro misti, stiamo dando impulso alle nuove tecnologie e ci avvaliamo anche dello scambio di idee attraverso le attività del Tavolo dei Soggetti Aggregatori a livello na-

zionale ove diverse esperienze vengono a confronto.

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

Reputo che non sia necessario arrivare a

quel grado di aggregazione, in alcuni casi potrebbe essere una strada percorribile, ma in altri potrebbe divenire controproducente. Il rischio è di ritrovarci con 5 o 6 macro regioni di acquisto che realizzano monopoli e oligopoli centralizzando eccessivamente la spesa.

SICILIA

Baldassarre Gucciardi,
Assessore alla Salute

La lunga strada verso l'omogeneità



Assessore Gucciardi, tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario. Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

La Centrale Unica di Committenza per la Regione Siciliana, istituita nel dicembre 2015, è entrata a regime nel mese di luglio 2016 e quindi ancora non ha aggiudicato gare di appalto di dispositivi medici. Le gare in programmazione verranno bandite entro i primi mesi del 2017.

Già sono stati pubblicati i bandi per le pulizie, manutenzione elettromedicali, farmaci e vaccini; mentre sono in preparazione quella dei pasti, rifiuti sanitari, stent, defibrillatori, pace-maker, vigilanza e aghi e siringhe. In Sicilia vi è stata la precedente esperienza dei Bacini (soggetti aggregatori parziali) quello occidentale e quello orientale che hanno effettuato gare di Bacino con copertura dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere fino al 70/80% del fabbisogno.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

La Regione Sicilia con un input forte da parte dell'Assessorato della Salute ha avviato per il tramite della Centrale Unica di Commit-

tenza un forte programma di aggregazione ed omogeneizzazione degli acquisti, che prevede un notevole risparmio della spesa sanitaria; nel registrare un trend in incremento degli acquisti attraverso Consip/Me.pa e delle gare centralizzate e di bacino, ancora oggi c'è una disomogeneità tra gli enti del Ssr, alcuni dei quali ricorrono ancora agli acquisti autonomi. L'avvio ed il costante monitoraggio della Centrale Unica di Committenza costituirà lo snodo fondamentale sia per la razionalizzazione della spesa che per il contrasto a fenomeni di illegalità che talvolta si annidano nelle pieghe degli acquisti effettuati dagli enti del Servizio sanitario regionale.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale? Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Al fine di poter mettere a gara i beni e servizi previsti dal Dpcm del 2015 è stato demandato a ciascun ente del Servizio sanitario regionale di valutare il proprio fabbisogno in funzione delle peculiarità e della vocazione dell'ente stesso. Tale fabbisogno è stato comunicato alla Centrale Unica di Committenza per bandire le gare regionali.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...). Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Ad oggi la Centrale Unica di Committenza non si avvale di soggetti esterni; ciò non preclude la possibilità, per particolari classi merceologiche di avvalersi del supporto di società scientifiche e/o clinici.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

L'attuale normativa in vigore sugli appalti offre un quadro sufficientemente completo per garantire la qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

La creazione stessa della Centrale Unica di Committenza è stata la più importante direttrice per il miglioramento delle procedure di acquisto di beni e servizi in sanità; l'implementazione delle attività della CUC sono gli obiettivi della Regione. Infatti il completa-

mento delle professionalità oggi non presenti nella CUC certamente migliorerà e perfezionerà le performance nel campo degli acquisti di beni e servizi.

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

È centrale e fondamentale l'attività della Centrale Unica di Committenza. Tuttavia, laddove esistano opportunità di risparmi e razionalizzazione della spesa non possiamo a priori precludere la possibilità di utilizzare altri soggetti aggregatori interregionali. Ad esempio, la Regione Siciliana si è aggregata con la Regione Emilia-Romagna per emanare un bando di gara per circa 225 mln di euro per la lavorazione del plasma in emoderivati.

TOSCANA

Nicolò Pestelli,
Direttore Generale Estar

Programmazione pluriennale per l'hta e l'horizon scanning



Direttore, le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario.

Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

In Toscana fin dal 2003 le gare vengono effettuate a livello centralizzato (fino al 2014 a livello di Area Vasta, dal 2015 a livello regionale, da Estar). Pertanto il 100% dei DM è acquistato tramite Estar.

I vantaggi sono rinvenibili principalmente:

- nei risparmi dovuti all'aggregazione della domanda.
- nei risparmi dovuti alla riduzione del numero delle procedure e dei conseguenti costi.
- nel processo di standardizzazione dei bisogni e dei consumi, secondo logiche di appropriatezza, che si estrinsecano attraverso linee guida HTA, contenimento della variabilità non supportata da evidenze e centralizzazione della gestione logistica;

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Le criticità principale risiedono:

- nelle difficoltà insite nel processo di aggregazione e nella creazione del consenso tecnico/clinico sullo stesso;

Le criticità vengono superate a vario livello ed in diversi momenti, a partire dall'emanazione, nei casi clinicamente ed economicamente più significativi, di linee guida predisposte con il supporto diretto dei Clinici di riferimento; tali linee guida guidano la redazione dei capitolati tecnici. In ogni caso questi ultimi sono redatti da Collegi tecnici rappresentativi delle competenti Professionali interessate, con il supporto di strutture di HTA, in maniera tale da conseguire un adeguato livello di consenso sui progetti di gara;

- non piena adeguatezza della piattaforma telematica regionale di acquisto per lo svolgimento di molte gare in campo sanitario (prevalentemente forniture);

In tale ambito si fa presente che la piattaforma regionale, sulla quale si svolge la totalità delle procedure di acquisto (ad eccezione del sistema dinamico di acquisizione) è in corso di adeguamento, nel mentre si sta valutando la possibilità di dotarsi di ulteriori strumenti, nel rispetto dei vincoli normativi.

- capacità e puntualità di programmazione da parte delle amministrazioni di riferimento (Aziende sanitarie);

A partire dal 2016 è stato attivato un sistema organico di programmazione delle gare, che tuttavia ancora non riesce a rappresentare tutte le necessità delle Aziende Sanitarie toscane; queste ultime, infatti, sono in fase di riorganizzazione a seguito dell'accorpamento delle precedenti 12 aziende territoriali in solo 3 Aziende Sanitarie. Si confida che con il termine della fase di transizione la capacità programmatoria aumenti. Infine si ricorda che Estar è titolare della funzione nel settore ICT e Tecnologie Sanitarie, settori in cui sta progressivamente assumendo il ruolo di soggetto programmatore (ICT) ovvero di supporto alla definizione dell'assessment tecnologico (Tecnologie sanitarie)

- tempi di funzionamento degli organismi tecnici composti da professionisti provenienti dalle aziende sanitarie;

In questo ambito si stanno studiando forme di misurazione di performance individuale ed organizzativa interna all'azienda in relazione anche al funzionamento di tali organismi.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale?

Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

Gli strumenti in corso d'implementazione in Estar si stanno concentrando sullo sviluppo dei seguenti strumenti:

Al fine di dare continuità contrattuale nel settore dei grandi servizi e in quello delle forniture dei beni sanitari ed alimentare una procedura finalizzata a rendere coerente la rilevazione del fabbisogno delle aziende e la capacità produttiva di Estar (farmaci, dispositivi medici, diagnostici, la cui gestione logistica è centralizzata in capo ad Estar) è stata realizzata, la programmazione 2016-2017 delle procedure di gara.

A supporto delle attività cliniche e dell'interfaccia con l'utenza, con lo scopo di ottimizzare la gestione dei progetti strategici nel settore ICT e l'attività in ambito TS (tecnologie sanitarie) sulla base di strumenti di HTA e horizon scanning, è stata realizzata, in accordo con Regione Toscana, una programmazione pluriennale;

E' stata predisposta la programmazione dei concorsi per l'anno 2017.

Sono in corso di definizione accordi di servizio fra Estar ed aziende nei quali sono previste modalità operative finalizzate alla corret-

ta rilevazione del fabbisogno e alla programmazione delle attività secondo standard predefiniti;

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Centrale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...).

Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Come già detto, la valutazione e/o l'assessment dei DM avviene con il contributo diretto dei Clinici di riferimento all'interno del sistema, a vari livelli ed in vari momenti:

- a livello regionale è operativa una Commissione tecnica per l'innovazione ed un nucleo di HTA) che operando in maniera continuativa supporta il sistema nella gestione dell'introduzione dell'innovazione e nella definizione di linee guida vincolanti per l'elaborazione dei capitolati di gara; Per ogni iniziativa di acquisto, poi, vengono costituiti specifici collegi tecnici composti di professionisti aziendali (medici e farmacisti prevalentemente) che definiscono le specifiche tecniche e di valutazione delle offerte.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

L'esperienza pluriennale che la Toscana vanta nel settore degli acquisti centralizzati in Sanità permette certamente di affermare che questo strumento può apportare significativi benefici, soprattutto nel breve e nel medio termine in termini di riduzione dei costi di acquisto. Le migliori performances nazionali si registrano laddove sono operanti le centrali di acquisto nazionali e regionali che, in pressoché tutti i settori merceologici di norma riescono ad ottenere prezzi che rappresentano il riferimento nazionale o vi si accostano con scarti molto ridotti.

L'esperienza, tuttavia, mostra anche che puntare solo sull'effetto del prezzo diretto di acquisto alla lunga può non essere più sufficiente. Il nuovo Codice degli Appalti, non a caso, nel recepire la direttiva europea punta molto sullo sviluppo di metodiche atte a va-

lutare in maniera globale il costo totale dei beni/servizi, ivi compresa la corretta valutazione dell'impatto economico della qualità, nella consapevolezza che il costo appunto debba essere valutato con riferimento a tutti i possibili vantaggi che l'impiego di beni e servizi con un adeguato livello di qualità può determinare nel ciclo di utilizzo. In tal senso Estar sta progettando gare in cui questi nuovi strumenti di "pesatura" economica della qualità saranno introdotti e sperimentati.

Infine non deve essere sottovalutato il potenziale derivante dalla possibilità, mediante le gare centralizzate, di definire profili appropriati di utilizzo dei beni/servizi ad alto impatto clinico. La centralizzazione in tal senso, rappresenta uno strumento efficace per uniformare i comportamenti clinici, favorire l'introduzione di logiche di HTA ed, in ultima analisi, di garantire la sostenibilità del sistema non soltanto agendo sul prezzo (P), ma anche sulle quantità (Q).

Per quanto concerne i soggetti aggregatori regionali, essi rappresentano certamente uno strumento in linea con quanto sopra detto, a condizione che le politiche sanitarie seguite

dalle Regioni ne colgano tutte le potenzialità. Poiché la creazione di tali strutture richiede un certo tempo e può avere quale effetto collaterale, un certo irrigidimento burocratico, è opportuno "dosare" bene l'ambito di applicazione di questa innovazione organizzativa, sia in termini di dimensione territoriale, sia in termini di competenza merceologica. Mentre per il secondo aspetto, si possono individuare sicuramente ulteriori ambiti di intervento suscettibili di approntare ulteriori benefici, sul primo aspetto potrebbe essere opportuno favorire l'interscambiabilità delle esperienze ed anche, laddove possibile, sinergie di intervento (esempio programmi di gare condivisi), evitando tuttavia in questa fase l'appesantimento e l'irrigidimento che potrebbe derivare dalla creazione di ulteriori soggetti giuridici, che poi avrebbero la necessità di essere resi simultaneamente compatibili con normative regionali diverse, con organizzazioni e livelli di integrazione e sviluppo interno altrettanto differenti. Appare preferibile operare con un coordinamento su obiettivi specifici di breve/medio periodo.

UMBRIA

Luca Barberini,
Assessore alla Salute,
Coesione sociale e Welfare

Rappresentanti delle aziende sanitarie per la definizione dei bisogni



Assessore, tutte le Regioni hanno un "Soggetto Aggregatore" per gli acquisti anche in campo sanitario.

Se dovesse quantificare la percentuale di acquisti di Dispositivi medici a mezzo gara effettuata nella Sua Regione, quanti di questi oggi vengono realizzati attraverso la Centrale Unica e quali vantaggi state registrando?

In Umbria il soggetto aggregatore per gli acquisti in sanità è una società in house, le cui quote di partecipazione sono possedute in maniera paritaria dalle quattro Aziende sanitarie regionali, denominata Umbria Salu-

te SCARL. Una struttura di tale società (denominata CRAS- Centrale Regionale Acquisti Sanità) svolge l'attività di Centrale Unica di Acquisto.

La società si occupa dell'acquisto centralizzato di beni e servizi per le Aziende Sanitarie e tra questi anche i dispositivi medici. Le procedure di gara svolte dalla società per tali categorie merceologiche ammontano ad una percentuale stimata intorno al 25 per cento, sul totale di acquisti effettuati dalle aziende sanitarie della regione. Il dato si riferisce al 2016 ed è approssimativo, in quanto si sta attendendo che tutte le aziende elaborino i dati.

La struttura di aggregazione degli acquisti nella Regione dell'Umbria è, però, più articolata in quanto le gare avviate da una precedente centrale di committenza, denominata Agenzia Umbria Sanità, poi soppressa con L. Reg. 18/2012, sono proseguite e svolte dalle singole Aziende per tutto il Ser-

vizio Sanitario Regionale con il ruolo di capofila.

Tenendo conto anche di queste procedure centralizzate, la percentuale di acquisti in forma centralizzata, ammonta al 51% del totale di acquisti effettuati dalle aziende sanitarie.

Il principale vantaggio degli acquisti centralizzati regionali consiste nella uniformità e omogeneizzazione di prodotti acquistati per tutte le Aziende Sanitarie Regionali.

Quali sono le maggiori criticità dell'attuale sistema di approvvigionamento nella Sua Regione? E quali azioni sono state poste in essere (o saranno) per ovviare a questi problemi?

Il sistema centralizzato ha manifestato criticità in relazione alla tempistica di svolgimento delle gare ad evidenza pubblica, che hanno tempi di conclusione normalmente elevati imponendo così alle Aziende Sanitarie di arrivare a proroghe dei precedenti contratti di fornitura.

Per risolvere tali problematiche sono state già studiate delle azioni correttive, la principale delle quali, muovendo dalla constatazione che l'allungamento dei tempi nello sviluppo delle gare deriva dalla tempistica di elaborazione di capitolati tecnici e prestazionali, prevederà il ricorso, oltre che alle risorse interne delle Aziende, anche a esperti esterni, similmente a quanto avviene per le gare dei lavori pubblici dove la progettazione è normalmente affidata a professionisti esterni all'Ente, con certezza e rapidità di tempi di realizzazione del progetto.

Attraverso quali strumenti e/o analisi viene definita la domanda rispetto ai bisogni del servizio sanitario regionale?

Esistono delle precise linee di indirizzo al riguardo o sono allo studio?

La definizione delle esigenze di materiali sanitari, in relazione ai bisogni del Sistema Sanitario Regionale, viene effettuata attraverso lo strumento dei Piani Triennali di attività della Centrale di committenza Umbria Salute, elaborati dall'Assemblea della stessa società, di cui sono componenti i rappresentanti delle quattro Aziende Sanitarie Regionali e che, successivamente all'adozione, vengono sottoposti all'approvazione della Giunta regionale.

Per l'individuazione e/o l'assessment di un dispositivo medico da porre a gara, la Cen-

trale acquisti della sua Regione si avvale già o intende avvalersi della consulenza tecnica di esperti esterni? (per es. Società scientifiche, clinici, rappresentanti dei cittadini...).

Esiste una progettualità operativa in tal senso?

Attualmente la Centrale acquisti non si avvale di consulenze tecniche, ha dei consulenti esterni per l'elaborazione dei documenti di gara ma, come detto, una delle ipotesi finalizzata alla velocizzazione dei tempi di svolgimento delle procedure di gara consiste nella concessione ad Umbria Salute della facoltà di avvalersi di risorse esterne alle Aziende Sanitarie Regionali.

Ritiene che l'attuale normativa, nazionale e regionale, sia sufficiente per garantire qualità di approvvigionamento e sostenibilità del sistema assistenziale?

Lungo quali direttrici di miglioramento sta operando la regione nel campo degli acquisti centralizzati in sanità?

Infine, per alcuni beni e servizi potrebbe essere opportuno (o no) utilizzare soggetti aggregatori "interregionali"?

La normativa attuale, pur presentando dei limiti nella modalità di centralizzazione degli acquisti, sta rappresentando uno strumento sufficientemente efficace per contribuire alla sostenibilità del sistema assistenziale generando spesso un contenimento nei costi di approvvigionamento.

Dal lato opposto, è necessario però sottoporre ad analisi gli effetti, nel lungo periodo, di un sistema di centralizzazione di approvvigionamento troppo spinto che rischia di generare posizioni oligopolistiche mantenendo in vita solo poche grandi aziende per ogni settore merceologico, con il concreto rischio che alla distanza, i costi possono riesplodere in maniera incontrollata. Anche per questa ragione e per dare maggiore forza all'acquirente pubblico, la Regione dell'Umbria ha avviato un percorso di accordo con le Regioni limitrofe (Marche-Toscana) per effettuare acquisti in comune e avere così una maggiore capacità contrattuale.

In questa ottica di accordi interregionali, i beni che possono essere sottoposti ad acquisti da parte di soggetti aggregatori interregionali appaiono le grandi tecnologie, ove la situazione attuale di un ridottissimo numero di produttori/venditori richiede un aumento della capacità di acquisto del soggetto pubblico.

IL VIAGGIO DI QUOTIDIANO SANITÀ IN CINQUE REGIONI

Cinque tappe per verificare sul campo i risultati dell'indagine e tracciare le linee di indirizzo per il futuro delle Centrali uniche di committenza

PIEMONTE

Maggior diffusione dei principi di Hta e del ruolo delle Società scientifiche

Una percezione spesso errata del reale funzionamento delle Centrali Centrali di acquisto e soprattutto del ruolo dei clinici nell'individuazione dei fabbisogni e nelle valutazioni di merito. Se questo è uno dei dati eclatanti dell'indagine condotta da Qs a livello nazionale, non stupisce rilevarne un peso sostanziale anche declinando l'indagine a livello regionale. E il primo banco di prova di questa constatazione è stato l'incontro organizzato da Qs in Piemonte sul tema delle procedure di acquisto dei dispositivi medici nel ambito del più ampio progetto di inchiesta su questo tema, sostenuto incondizionatamente da Assobio-medica, che farà tappa in altrettante quattro Regioni dal Nord al Sud del Paese.

All'incontro di Torino, sede del primo tavolo di discussione sui risultati della Survey, hanno partecipato **Adriano Lelli**, Direttore generale di SCR Piemonte Spa; **Silvio Falco**, DG dell'Ospedale Mauriziano; **Rita Benedetta Venezia**, DA della Asl Città di Torino ed **Alberto Arezzo** in rappresentanza della Società italiana di chirurgia nonché responsabile del Comitato tecnologico della Società europea di chirurgia endoscopica.

La non corrispondenza tra il percepito degli intervistati e la realtà operativa della Centrale di committente è stata un po' sottolineata da tutti i partecipanti. L'acquisizione dei dispositivi medici, infatti, avviene mediante gara o in esclusiva con fornitore uni-

co. Mentre nel secondo caso a giudizio dei partecipanti è proprio il clinico che fornisce le indicazioni necessarie, in caso di gara in Piemonte i clinici sono coinvolti in entrambe le fasi del processo: sia in quella di definizione del capitolato, (il comitato tecnico è composto da clinici), sia in quella di aggiudicazione (la cui commissione è composta da clinici). Giustamente i clinici coinvolti nella prima fase non possono partecipare alla seconda e la composizione di tali commissioni viene stabilita considerando le competenze tecnico – scientifiche dei clinici stessi. La funzione amministrativa entra nel merito solo in caso di acquisto di prodotto innovativo, che determina quindi una “spesa aggiuntiva” rispetto allo “storico” con relativo “sbilanciamento” che deve potersi giustificare in termini di valore – vantaggi apportati dal prodotto.

Vi è dunque sicuramente un problema di comunicazione ma anche, di contro, qualche problema nella scelta dei clinici da inserire nel processo decisionale. Sarebbe forse il caso, anche per sostenere le scelte di acquisto in termini comunicativi, individuare attraverso criteri condivisi di rappresentatività ed autorevolezza “scientifica e clinica” i soggetti da immettere nei comitati di definizione dei capitolati di gara ed in quelli di aggiudicazione. Al momento infatti ogni categoria merceologica ha un proprio e distinto nucleo tecnico e tutti i clinici coinvolti nelle diverse fasi di acquisizione svolgono attivamente la professione ma il meccanismo principale di individuazione è sostanzialmente un sorteggio dei nomi tra quelli forniti dai diversi DG delle Aziende su richiesta della Regione.

Un ruolo importante in tal senso, anche se tutto da definire, potrebbe essere assegnato alle

Società scientifiche, nelle loro declinazioni regionali, nell'ambito dei processi di acquisizione da parte delle centrali di acquisto con introduzione di concrete attività di Technology Assessment.

Questo agevolerebbe anche l'innovazione tecnologica e le conseguenti scelte sulle tecnologie da dismettere. Indubbiamente un'introduzione diffusa dell'Hta avrebbe costi di attuazione e gestione non indifferenti ingenerando al contempo alte aspettative nell'opinione pubblica ma è altresì opinione abbastanza condivisa che, in definitiva, modello HTA, intervenendo anche sulla diminuzione delle complicità, apporta al sistema riduzione delle inappropriately e quindi riduzione dei costi.

E forse, una maggiore diffusione dell'Hta (anche in ambito ospedaliero) aiuterebbe a superare quella percezione ritenuta sostanzialmente errata della Centrale di acquisto e delle politiche di approvvigionamento in generale basate

soltanto sulla ricerca del massimo risparmio a scapito della qualità e dell'innovazione tecnologica.

Un capitolo a parte, strettamente correlato ai valori di innovatività e sicurezza del dispositivo, sottolineato da alcuni partecipanti riguarda i requisiti (ritenuti oggi troppo poveri...) richiesti per la marcatura CE e che determinano la capacità di competere nelle gare anche a prodotti a basso costo e bassa qualità. Anche in tal caso, una valutazione di Technology assessment aiuterebbe ad introdurre nei capitolati tecnici maggiore qualità e maggiori evidenze scientifiche da parte dei soggetti che si presentano.

In definitiva tutti i partecipanti al tavolo nel concordare sull'opportunità di potenziare il sistema della centrale di acquisto regionale hanno auspicato altresì che venga in qualche modo "irrobustito" il ruolo dei clinici e delle società scientifiche.

LOMBARDIA

Un sistema giovane che intende valorizzare maggiormente le istanze dei clinici

Anche in Lombardia è evidente una percezione negativa del reale funzionamento della Centrale di acquisto e, soprattutto, del ruolo dei clinici nell'individuazione dei fabbisogni e nelle valutazioni di merito in tema di approvvigionamento di dispositivi medici. Un dato importante che risalta subito nell'indagine condotta da Qs a livello nazionale e che trova conferma anche nella declinazione dei dati a livello regionale. E proprio in Lombardia, a Milano, si è svolto nei giorni scorsi il secondo incontro di discussione sul tema, organizzato da Quotidiano Sanità nell'ambito del più ampio progetto di inchiesta sostenuto incondizionatamente da Assobiomedica che farà tappa in altre tre Regioni dal Nord al Sud del Paese.

All'incontro di Milano in cui sono stati discussi e commentati i risultati della Survey pubblicata nel n.10 dei Quaderni di QS, hanno partecipato Giovanni Daverio, DG dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia; **Lu-**

ciano Zanelli, DG di ARCA, la centrale Acquisti di regione Lombardia; **Paola Lattuada**, DG ATS Insubria; **Mauro Longoni**, Vicepresidente della Società italiana di Chirurgia; **Luigi Boni**, Direttore del Dipartimento di chirurgia generale IRCCS Ca Granda, Ospedale Maggiore Policlinico; Giovanni Guizzetti, Direttore di ingegneria clinica ASST Pavia ed **Alberto Lanzani**, ingegnere clinico dell' ASST Pavia e referente regionale dell'Associazione italiana degli ingegneri clinici.

Uno degli "allarmi" più comuni evidenziati dall'indagine in Lombardia riguarda la percezione di una certa diminuzione di alcuni gradi di libertà ed autonomia nei processi decisionali e nell'esercizio delle funzioni cliniche dopo l'introduzione di un sistema organizzato di centralizzazione degli acquisti a livello regionale. Un dato che, anche in Lombardia, da un lato segnala la necessità di una politica di comunicazione al sistema sanitario più mirata ed attenta e, dall'altro, deve tradursi in uno stimolo continuo per migliorare le procedure di acquisto regionali affinché tengano conto delle sollecitazioni e delle critiche mosse dai fruitori e dagli utenti più in generale.

In realtà per quasi tutti i convenuti al tavolo di discussione il dato reale, ossia il gradiente di coinvolgimento dei clinici e dei tecnici nel pro-

cesso decisionale, si discosta profondamente dal percepito evidenziato dall'indagine. E seppure è da ritenersi innegabile che tali sistemi impongano una certa costrizione nella discrezionalità di scelta del singolo, è stata anche evidenziata una estrema disponibilità di Regione Lombardia a venire incontro alle esigenze del clinico.

Attualmente le politiche della regione sono volte al rafforzamento del ruolo di ARCA non solo come centrale di acquisti ma anche come soggetto di raccolta ed aggregazione dei fabbisogni espressi dai diversi territori (che possono essere anche molto diversi tra zone montagnose, urbane e di pianura) e la stessa Regione non si è dimostrata stupita più di tanto che vi sia tale gap tra il percepito e il reale, fenomeno dovuto anche alle modifiche occorse in poco tempo in materia di pubblici acquisizioni e di centralizzazione degli acquisti. Anche perché, come è stato più volte sottolineato nel corso della discussione, Regione Lombardia non necessita di interventi orientati al risparmio della spesa ma, semmai, al contenimento di costi impropri.

Ad ogni modo i risultati della survey riflettono la sensazione che si percepisce e i commenti che si ascoltano anche "nei corridoi" delle ASST lombarde ed è opinione condivisa che un ruolo importante dovrebbero avere le società scientifiche nel fare maggiore e più appropriata comunicazione al di fuori dei canonici ambiti convegnistici a cui, peraltro, i clinici non aderiscono in percentuali estremamente significative rispetto al loro numero complessivo. La filiera della responsabilità dunque tende-

rebbe ad essere concentrata proprio in quell'ambito clinico che, invece, sente di non essere sufficientemente coinvolto.

Del resto, come già accennato, il sistema di acquisti centralizzati è realmente giovane, essendo nato solo nel 2014, e con qualche fatica sta progressivamente sostituendo la consuetudine, estremamente localizzata e consolidata, per la quale era il direttore di struttura complessa a scegliere direttamente i dispositivi, spesso dopo una rigorosa valutazione, ma altrettanto spesso facendo riferimento alla mera consuetudine operativa.

Il tema dell'innovazione tecnologica quindi, posta anche la problematica della forte presenza del privato che è certamente più "agile" in tema di approvvigionamento, è tornato anche in Lombardia sul tavolo di discussione.

Un'innovazione che, è stato sottolineato non deve tuttavia essere perseguita a tutti i costi auspicando (proprio seguendo per esempio i principi dell'Health technology assessment) che il mondo dei clinici divenga sempre più adulto e consapevole nelle conoscenze del sistema e nell'approccio alla professione, abbandonando la pervasiva volontà (qualcuno ha parlato di "capricci") di volere l'ultima strumentazione di altissima qualità laddove la buona o normale qualità risulta essere non soltanto sufficiente, ma anche appropriata.

A questo proposito nulla osta, in ARCA, all'invio da parte delle ASST, all'atto del trasferimento del fabbisogno, di allegati e documentazione tecnica che in qualche modo, ricalcando i modelli di analisi HTA, valorizzino maggiormente le richieste.

EMILIA ROMAGNA

Quindici anni di esperienza per un sistema che può ancora migliorare

Gi acquisti centralizzati in Emilia Romagna esistono da oltre quindici anni e, soprattutto in sanità, rappresentano una modalità di approvvigionamento dei dispositivi medici ormai consolidata e generalmente ben com-

presa dagli operatori. Esiste tuttavia ancora una discreta percentuale di professionisti che ha ancora una percezione negativa del sistema. Una presenza che ha destato qualche sorpresa nei partecipanti all'incontro organizzato a Bologna da Quotidiano Sanità nell'ambito del più ampio progetto di inchiesta sostenuto incondizionatamente da Assobiomedica che, dopo il Piemonte e la Lombardia, ha fatto tappa a Bologna, terzo appuntamento di questa inchiesta sul campo che ha lo scopo di discutere e verificare con alcuni protagonisti i risultati dell'inda-

gine condotta da Qs a livello nazionale e declinata per ciascuna regione visitata.

All'incontro di Bologna hanno partecipato **Alessandra Boni** (Direttore Generale IntercentER; **Gilberto Poggioli**, Ordinario Chirurgia Univ. Bologna in rappresentanza della Società italiana di chirurgia; **Gianluca Bandini**, Ingegnere clinico del Policlinico Sant'Orsola Malpighi – componente del Direttivo AIIC; **Alberto Zaccaroni**, Dir. UO Chirurgia Endocrina Forlì – componente del Direttivo SIC e **Giuseppe Grandi**, Direttore Operativo AVEN Nord. I dati registrati in Emilia Romagna nella Survey condotta da QS non si discostano di molto rispetto al resto d'Italia e, sebbene l'attività della Centrale di acquisti regionale sia tutt'altro che orientata al mero ribasso, persiste uno zoccolo duro di professionisti convinti che la ricerca della qualità sia un parametro secondario nei criteri di elaborazione di un capitolato e successiva aggiudicazione di una gara. Come detto o scoprire l'esistenza di questo “zoccolo duro” ha in un certo senso sorpreso i protagonisti dell'incontro bolognese ponendo al centro della discussione anche l'esigenza, evidente, di prestare molta attenzione alla comunicazione nell'intero processo di acquisizione dei dispositivi medici.

Anche in Emilia Romagna due sembrerebbero essere le strade maestre per una più estesa armonizzazione e accettazione del processo: da un lato un maggior coinvolgimento delle maggiori società scientifiche in termini di “validazione” di scelte e dall'altro un più esteso ricorso all'Health Technology Assessment per garantire in maniera sempre più precisa l'opportunità di scelta e investimento (o anche disinvestimento) in determinate tecnologie.

E se in alcune regioni uno dei problemi di fondo è la convinzione, soprattutto da parte dei clinici, della diminuzione della loro autonomia professionale nel decidere quali Device utilizzare, l'Emilia Romagna in tal senso è forse più avanti poiché questa problematica non emerge in maniera sostanziale ed è bensì superata dalla necessità di poter, se non accelerare i tempi di gara, quanto meno, mettere in campo uno strumento (informatico, di alert, di dialogo...) attraverso cui poter segnalare in tempo reale esiti negativi nell'utilizzazione di dispositivi acquistati mediante gare centralizzate auspicando in tal caso una maggior velocità di reazione da parte della regione anche nel proce-

dere ad eventuali sostituzioni “in corsa”. “Dai dati della Survey” ha sottolineato **Alessandra Boni**, Direttore di IntercentER, la Centrale acquisti regionale “mi sembra trapeli una mancanza generalizzata di conoscenza su quello che quotidianamente fa l'Agenzia. L'informazione, la consapevolezza, in genere si acquisisce quando sorge qualche problema. In quel caso ci si premura di informarsi dai provveditori sulla provenienza di quel bene o servizio, e se sia derivato da un acquisto singolo o da una gara della Centrale ma quando invece va tutto bene in genere si ignora, o si sottace, che è il risultato di un complesso lavoro portato avanti proprio dalla Centrale. Nel 2016” ha aggiunto “la spesa delle aziende sanitarie è stata formata da acquisti in forma aggregata per l'80%. Di questo ammontare il 44% è frutto della nostra attività. Il 36% rimanente è frutto di gare aggregate in Aree Vaste con cui noi però comunque collaboriamo. Gli operatori devono però sapere che le procedure di rescissione di un contratto esistono e sono ben codificate ma abbiamo constatato che gli stessi operatori a volte trovano difficoltà nel seguire procedure che prevedono, tra l'altro, a la produzione di tutta una serie di documentazione scritta e da sottoscrivere. Probabilmente bisognerà lavorare in tal senso anche dal punto di vista comunicativo ma i contratti si possono risolvere quando la fornitura non è soddisfacente”. A giudizio di **Alberto Zaccaroni**, Componente del direttivo della Società italiana di chirurgia “il ruolo delle società scientifiche è fondamentale in quanto sono e devono essere garanti dei percorsi, delle modalità operative e quindi anche di quelli che sono gli strumenti indispensabili per il chirurgo per fare un buon lavoro. Certamente poi però le società scientifiche devono anche essere ascoltate. In particolare quelle più grandi e autorevoli, nel nostro campo la Sic e l'Acoi, dovrebbero essere le prime da ascoltare perché sono quelle che hanno i numeri più grandi e sono in grado di esprimersi ad altissimo livello scientifico”.

“Un maggior coinvolgimento dei professionisti, che pure in Emilia Romagna è assai alto, possono” secondo **Gianluca Bandini**, Direttivo AIIC “migliorare efficienza e risultati delle gare di acquisto. In particolare, grandi margini di miglioramento potrebbero esserci in un più elevato coinvolgimento degli ingegneri clinici nei processi di HTA che dovrebbe essere maggiormente organizzata e strutturata. Magari anche pre-

vedendo una presenza stabile di questi professionisti, utili anche per coniugare linguaggi e istanze dei professionisti sul territorio, a livello regionale”.

In Emilia Romagna, ha quindi concluso Gilberto Poggioli anch'egli in rappresentanza della Società italiana di Chirurgia “la cultura della gara, ancor prima che centralizzata, sia molto diffusa. Dobbiamo semmai es-

sere ancora più veloci nelle decisioni e nella loro trasformazione in operatività. A cominciare dalla necessità, una volta terminate le operazioni di gara, di mettere in campo un sistema di verifica strutturato che non abbia una frequenza di intervento inferiore ai due-tre anni. Questo soprattutto per tener dietro alla velocità clamorosa di innovazione tecnologica”.

LAZIO

Coinvolgere i professionisti senza disperdere le competenze anche locali

Anche nel Lazio hanno destato una certa sorpresa i dati dell'indagine che QS ha condotto a livello nazionale sulla percezione degli acquisti centralizzati da parte dei professionisti del sistema sanitario. Sorpresa nello scoprire quanto alta sia la percentuale di chi dichiara di non utilizzare i dispositivi medici acquistati con gara centralizzata, sorpresa per il numero di professionisti convinti che si voglia perseguire soltanto meri risparmi economici a discapito della qualità, sorpresa, infine, per un generale sentirsi messi da parte, non coinvolti non tanto nelle procedure di gara ma nella definizione di un fabbisogno che ancora è molto localizzato.

Dopo Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna, il viaggio di Quotidiano Sanità, per verificare sul campo opinioni e risultati della Survey nazionale sulle centrali di acquisto sostenuta incondizionatamente da Assobiomedica, ha fatto tappa a Roma dove si sono confrontati manager, professionisti medici e non medici e rappresentanti delle istituzioni.

All'incontro di Roma hanno partecipato **Stefano Acanfora** (Direttore Centrale Acquisti della Regione Lazio), **Lorenzo Sommella** (Direttore sanitario A.O. Sant'Andrea), **Francesco Ripa Di Meana** (Presidente FIASO), **Carmela Matera** e **Fran-**

cesco Quagliariello (rispettivamente Direttore sanitario e Direttore amministrativo ASLRM4), **Massimo Carlini** (in rappresentanza della Società italiana di chirurgia) ed **Emilio Chiarolla** (Direttivo Associazione italiana ingegneri clinici)

Nel Lazio, come in analoga misura in altre regioni, la declinazione dell'indagine di Quotidiano Sanità ha restituito un vissuto da parte dei professionisti con qualche luce e diverse ombre ritenute però, dai partecipanti all'incontro, giustificabili da un lato ma non veritiere dall'altro.

È convinzione di quasi tutti gli intervenuti, infatti, che i rispondenti alla ricerca (per il Lazio sono stati oltre 400) ma in generale tutti gli operatori sanitari impegnati quotidianamente nelle strutture del Ssr non siano pienamente a conoscenza delle modalità (e delle complessità) con cui la Regione opera nel campo degli acquisti centralizzati. Il dato di equivoco è la diffusa convinzione che nella centralizzazione degli acquisti sia insita automaticamente una scarsa qualità dei prodotti. Un'equazione ritenuta sbagliata e financo semplicistica dai partecipanti che tuttavia hanno ammesso essere figlia, probabilmente, da una incompleta comunicazione a livello istituzionale e da un'ancora scarsa efficacia applicativa della necessaria introduzione di una governance sugli acquisti anche a livello locale e aziendale.

Insomma se l'omogeneizzazione degli acquisti (che nella Regione Lazio tiene sempre conto dei fabbisogni espressi dai professionisti attraverso le cosiddette “centrali di aggregazione della domanda”) non deve essere ritenuta negativa di per sé in quan-

to ha ricadute anche di equità sull'utenza, la realtà descritta dai partecipanti al confronto è quella che vede situazioni paradossali, dove alcune aziende si trovano ad utilizzare prodotti acquistati in proprio, se non scadenti, di certo di qualità non superiore rispetto ad altre che hanno aderito all'acquisto comune.

Di contro, la percezione negativa che emerge dall'indagine è comunque un dato qualitativo del rapporto dei professionisti con il management aziendale e regionale importante di cui tener conto. Così come altrettanto importante è tener conto, per esempio, dell'importanza di expertise di livello locale come per esempio quelli espressi a livello degli Irccs che nel Lazio sono numerosi oltre che di eccellenza.

Se il processo non è adeguatamente governato all'interno delle aziende non bisogna poi stupirsi più di tanto dei risultati emersi poiché molti problemi nascono dalle modalità di acquisto ma, soprattutto, dalla disomogeneità di approccio e richiesta da parte degli stessi professionisti.

Probabilmente, hanno convenuto i partecipanti, molti professionisti sono stati lontani (e moltissimi lo sono ancora) da ragionamenti che, esulando dalle necessità del singolo, abbraccino criteri di maggiore razionalizzazione e logica complessiva di sistema. Esemplificando, è vero che due chirurghi esprimeranno spesso esigenze anche molto diverse tra loro ma è una dinamica che va compresa e che non nasce

dalla "follia" dei singoli, bensì dal modo in cui questa categoria si è formata nel tempo.

Se da un lato non è realmente vero che la centrale d'acquisto abbassi la qualità e non porti innovazione, la percezione è tale quando i professionisti stessi si sentono esclusi dal processo.

E' vero, invece, che la centralizzazione degli acquisti nella regione Lazio è una realtà da appena tre anni e i dati, se letti anche nella loro valenza positiva, dimostrano che è comunque in atto un chiaro processo di evoluzione. C'è chi ha idee più chiare e chi non conosce i meccanismi e sente di subire le varie decisioni. Il cambio culturale probabilmente, per poter accelerare, dovrà prevedere da parte delle istituzioni molta chiarezza sulle procedure: da come si fa un capitolato a come si raccolgono le richieste, dallo studio che si deve fare sull'aggregazione di domanda e sui prodotti, sulla standardizzazione piuttosto che sulla specificità, sull'aver uno sguardo sul futuro e quello che il mercato riserva ma anche confrontarsi sulle nuove modalità di vendita e ricambio delle tecnologie sul mercato e, su tutto questo, capire quali sono le strategie migliori con cui elaborare le gare.

Una complessa serie di approfondimenti che chiamerebbe in prima linea almeno le maggiori società scientifiche, tra le uniche a poter mettere in campo professionalità con specializzazioni diverse, per contribuire ad esprimere un fabbisogno tecnologico



e scientifico veramente allineato con le esigenze dei singoli professionisti sul campo. Dunque se anche nel Lazio la parola d'ordine sembrerebbe quella che identifica nel "coinvolgimento pieno dei professionisti" la via maestra per acquisti di qualità aderenti alle reali necessità di operatori e pazienti, molta strada rimane da fare a cominciare

da un maggiore impegno a livello di governance aziendale e, non ultima, introducendo un sistema rilevazione dei fabbisogni più coinvolgente e di feedback da parte dei professionisti che, alla fine, sono gli unici a poter giudicare sul campo qualità e adeguatezza di una tecnologia creata per essere protagonista nel processo di cura.

CAMPANIA

Al via la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione degli acquisti

Un modello di acquisti capace di valutare l'innovazione tecnologica, gestionale e organizzativa necessaria al Servizio sanitario regionale, innescando un dialogo virtuoso con l'industria. Questo lo spirito con cui è nato il protocollo di collaborazione e sperimentazione tra Assobiomedica e Soresa siglato poche settimane fa in coincidenza con l'ultima tappa del viaggio di Quotidiano Sanità nel mondo degli acquisti centralizzati per verificare, sul campo, i risultati più salienti dell'indagine condotta a livello nazionale con il contributo non condizionati di Assobiomedica.

Scopo dell'accordo tra la centrale campana e l'Associazione delle industrie biomedicali è quello di implementare un nuovo approccio agli acquisti basato sull'offerta economicamente più vantaggiosa, come suggerito dal Codice degli appalti. Il progetto ha l'obiettivo di perfezionare questo modello e fare da capofila anche per altre centrali di committenza regionale come strumento di supporto per la pubblica amministrazione. In sintesi, è stato messo a punto un software specifico che tiene in considerazione il valore di una serie di variabili fondamentali nel ciclo di vita dei dispositivi medici: acquisizione, consumi, utilizzo, manutenzione, smaltimento e riciclaggio. Si tratta di variabili necessarie per poter conoscere in maniera più puntuale una serie di informazioni base per ac-

quistare il più appropriatamente possibile beni e servizi sanitari.

Anche perché, e l'indagine di QS lo ha evidenziato sia a livello nazionale sia a livello delle singole Regioni, uno dei problemi più sentiti da parte degli operatori sanitari è proprio quello di riconoscere appropriatezza negli acquisti centralizzati. Al di là di come viene considerata l'attività della Centrale è diffusa la percezione da un lato di sentirsi esclusi da qualsiasi processo di definizione del fabbisogno e dall'altro che alla fine la centralizzazione persegue quasi esclusivamente interessi di risparmio economico più che di armonizzazione e salvaguardia della qualità.

I risultati dell'indagine di QS, declinati per la Regione Campania e discussi a Napoli con **Gianluca Giaconia**, Ingegnere clinico e attualmente Provveditore presso l'AO Dei Colli e **Salvatore Russo** in rappresentanza dell'AIIC non sono differenti. Circa il 40% dei rispondenti ha dichiarato che le proprie esigenze professionali non siano completamente salvaguardate dalla modalità centralizzate di acquisto e oltre la metà si è trovato a non utilizzare i dispositivi medici forniti con gara centralizzata.

Poco più della metà dei rispondenti considera i dispositivi forniti tecnologicamente idonei rispetto alle proprie esigenze e ben oltre la metà è convinta che il massimo ribasso sia il criterio di valutazione maggiormente utilizzato nelle gare. Nella percezione dei professionisti campani, inoltre, l'azione delle Centrali di acquisto si presta all'acquisizione di beni e servizi a minore contenuto tecnologico perché generalmente standardizzati e comporta,

peraltro, maggiori rischi sul piano della definizione dei fabbisogni reali rispetto a procedure di acquisto locali.

E poco importa se, in realtà, l'attività della centrale venga condotta su tutt'altri binari, la percezione dei professionisti non premia ancora l'intensa e difficile attività della medesima. A questo si aggiungono i tempi di realizzazione di una gara e conseguente approvvigionamento e le ancora presenti dicotomia tra acquisti locali e acquisti centralizzati.

Tutti elementi che la Regione sembra avere ben chiari in mente e che, questo l'augurio espresso al tavolo di confronto di QS, la

stessa Soresa sembrerebbe ben decisa a combattere anche attraverso percorsi di coinvolgimento e trasparenza elaborati insieme all'industria, oltre che agli operatori, come quello da cui deriva il protocollo siglato con Assobiomedica.

“Soresa – ha dichiarato in tal senso il Presidente Giovanni Porcelli - con questo nuovo software si propone di migliorare ancora le performance di spesa. Avere un rapporto serio e netto con le aziende ci permette ampi margini di miglioramento nell'interesse dei cittadini perché risparmiare non significa solo spendere bene ma soprattutto spendere meglio”.

10

LE POLITICHE D'ACQUISTO DEI DISPOSITIVI MEDICI

LA STRADA MIGLIORE
PER CONIUGARE
SOSTENIBILITÀ
E INNOVAZIONE



Quotidiano
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Con il contributo
incondizionato di



ASSOBIOMEDICA