

*Dipartimento di Impresa e Management*

*Cattedra di Gestione delle Operazioni e della Supply Chain*

**L'ANALISI DELLA SPESA E LA PIANIFICAZIONE DEGLI  
ACQUISTI IN CAMPO SANITARIO,  
IL CASO DELLA REGIONE CALABRIA**

RELATORE

Professor Ing. Riccardo Colangelo

CANDIDATA

Rosaria Barbieri,  
matricola 640441

CORRELATORE

Professor Ing. Giuseppe Perrone

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

# Indice

## Introduzione

1. La spesa sanitaria
  - 1.1 L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
  - 1.2 Il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali
  - 1.3 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e delle Aziende Sanitarie
  - 1.4 La contabilità delle strutture sanitarie pubbliche
  - 1.5 L'analisi della spesa
  
2. L'analisi della domanda
  - 2.1 Le macro-componenti della spesa sanitaria
  - 2.2 Le funzioni di spesa
  - 2.3 Acquisti market e consumi intermedi
  - 2.4 La spesa "aggredibile"
  
3. L'analisi dell'offerta
  - 3.1 Il mercato dell'offerta per gli acquisti market
  - 3.2 Il mercato di fornitura per gli acquisti intermedi
  
4. L'analisi delle modalità d'acquisto
  - 4.1 Come acquistano le Aziende Sanitarie
  - 4.2 La Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria
  
5. La pianificazione degli acquisti in campo sanitario
  - 5.1 I Livelli Essenziali di Assistenza
  - 5.2 L'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari
  - 5.3 Un metodo ed un modello per la pianificazione e l'effettuazione degli acquisti in campo sanitario
  - 5.4 Possibili risultati

## Bibliografia

## Fonti normative

## Sitografia

## **Abstract**

In uno scenario socio-economico nazionale ed internazionale caratterizzato da progressivo invecchiamento della popolazione, aumento della sopravvivenza, evoluzione del quadro epidemiologico nella direzione delle patologie croniche, aumento dei costi delle tecnologie sanitarie innovative, crisi economico-finanziaria e sempre più stringenti vincoli di finanza pubblica, l'analisi della spesa e la pianificazione degli acquisti in campo sanitario divengono questioni di fondamentale importanza.

L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia per il 2011 è stato di 112,889 miliardi di euro, pari al 7,1% del PIL ed a 1.862 euro annui per abitante. È evidente, dunque, l'impatto economico del settore sanitario sul bilancio dello Stato che, unito alla rilevanza civile, sociale, giuridica ed etica della tutela della salute, ne fanno uno dei principali campi della vita pubblica di un Paese.

Circa il 57% della spesa sanitaria nazionale è destinato alla fornitura di servizi erogati direttamente dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore, mentre circa il 37% riguarda l'acquisto di beni e servizi da erogare ai cittadini in regime di convenzione. Anche su base regionale si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente, ma i livelli di spesa per abitante sono molto variabili, a fronte di diversificate condizioni socio-economiche tra le varie Regioni italiane e di diversi modelli di gestione del Sistema Sanitario Regionale. In Calabria la spesa sanitaria pubblica corrente nel 2010 è stata di 3.582 milioni di euro, pari a 1.782 euro per abitante, di cui 1.001 per servizi sanitari forniti direttamente, 668 per servizi sanitari in regime di convenzione e 113 per altre spese.

È in questo complesso ed articolato scenario che va inquadrato l'obiettivo della tesi, ovvero l'individuazione e la descrizione di un metodo solido e strutturato per l'analisi della spesa e la pianificazione degli acquisti in campo sanitario, che consenta di ottenere risparmi significativi sia a livello regionale che nazionale.

Si è partiti dalla disamina del concetto di spesa sanitaria, contestualizzato nell'ambito dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, e degli elementi ad esso prioritariamente collegati, per focalizzarsi poi sull'analisi della spesa ed in particolare della domanda. Sono state individuate le macro-componenti della spesa sanitaria e le funzioni di spesa, si è distinto tra acquisti market e consumi intermedi, per giungere all'identificazione della spesa "aggredibile", ossia di quella parte della spesa sanitaria che può essere soggetta a

revisione e ad una potenziale riduzione grazie ad interventi calibrati ad hoc nell'ambito del procurement management.

Si è proceduto con l'analisi dell'offerta e delle modalità d'acquisto, concentrando in particolare l'attenzione sulle differenze tra acquisti market e consumi intermedi per quanto concerne il mercato dell'offerta e sulle modalità d'acquisto delle Aziende Sanitarie.

Si sono indagate, nello specifico, le modalità operative di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie calabresi e la struttura, il funzionamento e le dinamiche della Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria.

Il punto d'arrivo dell'elaborato è rappresentato dalla definizione di un metodo di programmazione e pianificazione degli acquisti sanitari per patologia nell'ambito di un modello centralizzato a livello regionale che, oltre a presentare diversi e numerosi vantaggi, garantisce anche notevoli risparmi per le casse regionali e conseguentemente per quelle nazionali.

Il contributo che questa tesi intende fornire a coloro che si occupano della gestione economico-finanziaria della sanità regionale e nazionale consiste nell'individuazione di un metodo strutturato per l'analisi della spesa, che consenta di identificare le aree di inefficienza ed i margini di miglioramento esistenti, e di un metodo analitico di pianificazione degli acquisti che, facendo leva sui risultati dell'analisi della spesa ed inserendosi nell'ambito di un modello di acquisti centralizzato a livello regionale, permetta di ottenere risparmi significativi nel processo di approvvigionamento di beni e servizi sanitari.

Nel contesto dell'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, introdotta affinché gli enti sanitari operino in condizioni di efficienza produttiva e con strumenti e metodi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati da priorità aziendali condivise, il sistema degli approvvigionamenti, che è quello da cui origina la spesa sanitaria, si presenta come combinazione complessa ed articolata di più fattori, quali strategie, processi, risorse, organizzazione e tecnologia.

Piano Sanitario Nazionale e Piani Sanitari Regionali rappresentano il quadro strategico a fronte del quale condurre l'analisi della spesa, che non può essere avulsa dagli obiettivi e dai vincoli posti dai documenti di programmazione sanitaria redatti in conformità ed in osservanza alle linee generali di indirizzo dettate dalla programmazione economica e finanziaria nazionale, nonché ai principi di tutela della salute stabiliti a livello comunitario.

Per condurre un'attenta e puntuale analisi della spesa sanitaria ed una consapevole e lungimirante pianificazione degli acquisti in campo sanitario è necessario conoscere le fonti di finanziamento del SSN e delle Aziende Sanitarie, nonché il loro sistema contabile e la disciplina generale che presiede alla loro attività contrattuale.

L'analisi della spesa va inquadrata nell'ambito di un processo sistematico di gestione della spesa in ottica strategica, in relazione agli obiettivi ed all'andamento dell'organizzazione, e prende in considerazione l'insieme degli acquisti di periodo, o portafoglio acquisti, dalla cui analisi si individuano le caratteristiche che incidono sui risultati.

La definizione delle strategie di acquisto per ottimizzare i costi richiede l'individuazione e l'attuazione di linee di razionalizzazione del sistema degli approvvigionamenti, che rendano la gestione adeguata a supportare le strategie. Gli indirizzi di razionalizzazione da individuare partendo dall'analisi della spesa e delle sue determinanti sono relativi a: domanda interna; rapporti con i fornitori; processo e modalità d'acquisto.

Per condurre l'analisi della domanda in campo sanitario è possibile analizzare i dati consuntivi di Conto Economico dei sistemi sanitari regionali e nazionale e trarne le macro-componenti della spesa sanitaria:

Descrizione voce	ITALIA	MEDIA ITALIA	CALABRIA
Acquisti di beni	14.802.677	704.889	396.320
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	14.091.044	671.002	381.659
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	711.633	33.887	14.661
Acquisti di servizi	56.402.428	2.685.830	1.494.716
B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	48.915.455	2.329.307	1.327.413
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.486.973	356.523	167.303
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.792.978	85.380	42.029
B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	631.181	30.056	16.126
B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	163.407	7.781	3.967
B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	768.440	36.592	19.351
B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480
B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	203.079	9.670	1.105
Godimento di beni di terzi	972.021	46.287	32.909
B.4.A) Affitti passivi	211.853	10.088	8.986
B.4.B) Canoni di noleggio	612.516	29.167	17.117
B.4.C) Canoni di leasing	147.652	7.031	6.806
Costo totale del personale	36.207.462	1.724.165	1.289.255
B.5) Personale del ruolo sanitario	29.022.258	1.382.012	1.030.905
B.6) Personale del ruolo professionale	140.061	6.670	5.282
B.7) Personale del ruolo tecnico	4.147.881	197.518	137.180
B.8) Personale del ruolo amministrativo	2.897.262	137.965	115.888

I dati sono espressi in migliaia di euro e si riferiscono all'anno 2010

Per quanto concerne il caso della Regione Calabria, essa, in valori assoluti, si colloca al di sotto della media nazionale per tutte le macro-componenti della spesa sanitaria, conseguendo risparmi relativi che in alcuni casi si attestano anche intorno al 50%.

Il vero problema della sanità calabrese, dunque, non è tanto il “cosa” si acquista, cioè come vengono distribuite le risorse tra le varie macro-categorie di spesa, in quanto in questi termini la Regione è quasi in linea con i dati nazionali, ma il “perché” le risorse vengono spese in un modo piuttosto che in un altro. È proprio a tale interrogativo che si rivolge un’intelligente e proficua analisi della spesa, volta a scovare tutti i possibili margini di miglioramento ed efficientamento del Servizio Sanitario Regionale, che possano consentire di risanare i conti e di liberare risorse impiegabili più utilmente per l’innalzamento qualitativo delle prestazioni ed il pieno rispetto della normativa relativa ai LEA.

L’analisi della domanda può essere condotta anche partendo dai dati relativi alle funzioni di spesa del Servizio Sanitario Nazionale:

Funzione di spesa	MEDIA		
	ITALIA	NAZIONALE	CALABRIA
<i>Personale</i>	36.149,120	1.721,387	1.260,775
<i>Beni e altri Servizi</i>	35.149,673	1.673,794	913,738
<i>Costi Straordinari, Stimati e Variazione delle Rimanenze</i>	653,527	31,120	15,598
<i>Medicina Generale convenzionata</i>	6.624,837	315,468	248,325
<i>Farmaceutica convenzionata</i>	9.929,689	472,842	364,514
<i>Specialistica convenzionata e accreditata</i>	4.653,946	221,616	133,502
<i>Riabilitativa accreditata</i>	1.971,912	93,901	65,123
<i>Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata</i>	1.921,864	91,517	77,955
<i>Altra Assistenza convenzionata e accreditata</i>	6.412,659	305,365	135,722
<i>Ospedaliera accreditata</i>	8890,6	423,361	195,358

I dati sono espressi in milioni di euro

Anche in questo caso, come emerge chiaramente dai dati riportati, la Regione Calabria si colloca sotto la media nazionale relativamente a tutte le voci analizzate.

Per arrivare ad identificare ed indagare gli “acquisti aggredibili”, che sono il vero obiettivo dell’analisi della spesa, è necessario operare una distinzione preliminare tra “acquisti market” e “consumi intermedi”, per poi ricercare nell’ambito di questi ultimi quelli effettivamente “aggredibili”.

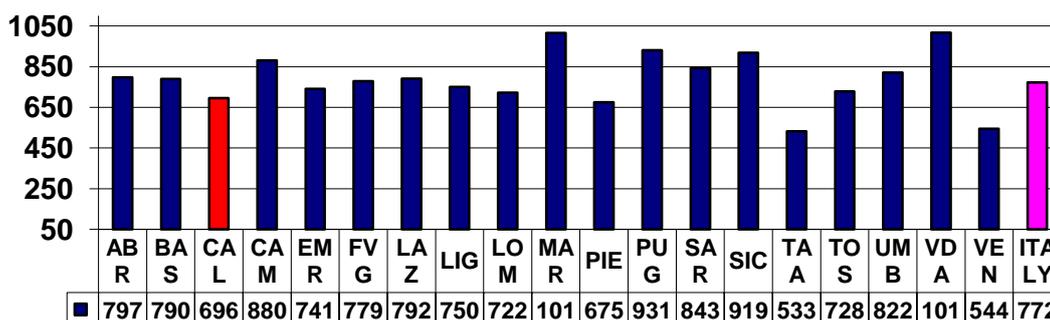
Gli “acquisti market” comprendono tutti i beni e servizi realizzati ed erogati da produttori che non fanno parte di pubbliche amministrazioni e che li mettono direttamente a disposizione dei beneficiari.

I “consumi intermedi”, invece, *<rappresentano il valore dei beni e servizi consumati quali input nel processo produttivo, escluso il capitale fisso il cui consumo è registrato come ammortamento>*.

La “spesa aggredibile” in campo sanitario, dunque, è quella parte della spesa sanitaria relativa ai “consumi intermedi” che può essere soggetta a revisione e ad una potenziale riduzione, in virtù di interventi calibrati ad hoc nell’ambito del procurement management.

Nonostante le macro-componenti della spesa sanitaria calabrese siano tutte sotto la media nazionale, analizzando con attenzione le singole voci che compongono i macro-aggregati è possibile notare come in alcune di esse la spesa calabrese sia superiore, in determinati casi anche nettamente, rispetto alla media nazionale. Tali voci meritano un’analisi più approfondita e metodica, per capire se l’eccesso di spesa è giustificato da particolari condizioni epidemiologiche e/o demografiche tipiche del territorio o se, invece, si configura come uno spreco che, una volta eliminato, consentirebbe un notevole risparmio. Una delle voci analiticamente esaminate è quella dei “Materiali per emodialisi”, per i quali la Regione Calabria spende circa il 16% in più rispetto alla media nazionale, con uno scostamento in eccesso di circa 2 milioni e 300 mila euro. Questo dato dovrebbe indurre a domandarsi se in Calabria ci siano più dializzati rispetto alla media nazionale o se il problema di eccesso di costo dei materiali per emodialisi sia dovuto a prezzi superiori alla media o a distorsioni e/o inefficienze nel processo di approvvigionamento degli stessi. Per rispondere a questa domanda si può ricorrere ai dati relativi al numero di pazienti prevalenti in dialisi per milione di abitanti nelle varie regioni italiane:

**Pazienti prevalenti in dialisi in Italia nel 2009 per milione di popolazione**



Come dimostra l'istogramma, la Regione Calabria presenta un'incidenza di pazienti prevalenti in dialisi inferiore rispetto alla media nazionale, dato questo confermato ed avvalorato da quelli relativi al numero di pazienti che iniziano dialisi cronica nell'arco temporale considerato. I motivi determinanti l'eccesso di spesa rispetto alla media nazionale della sanità calabrese per l'acquisto di materiali per emodialisi vanno, quindi, ricercati non attraverso l'analisi della domanda, in quanto quasi paradossalmente la domanda risulta essere inferiore in confronto a quella media nazionale, ma per mezzo dell'analisi dei fornitori, che consente anche di capire meglio le dinamiche in virtù delle quali si determinano i prezzi, ed attraverso l'analisi delle modalità d'acquisto, che indaga il processo di approvvigionamento.

Volendo fare un focus ancora più minuzioso sulla voce "Materiali per emodialisi" nel contesto regionale calabrese, possiamo considerare i dati relativi ai 1279 pazienti in trattamento di emodialisi in Calabria al 31/12/2010, ai 36 centri di dialisi operativi sul territorio regionale ed al numero di pazienti trattati nel 2010 in ciascuna provincia, in valore assoluto ed in percentuale rispetto al totale regionale, nonché la percentuale di spesa sanitaria regionale per materiali per emodialisi generata da ogni provincia:

Provincia	N° centri operativi	N° pazienti trattati con dialisi nel 2010	% di pazienti trattati sul totale di quelli trattati con dialisi nella Regione	% della spesa regionale per materiali per emodialisi
CATANZARO	11	298	23,30%	14,63%
COSENZA	16	558	43,63%	42,35%
CROTONE	2	82	6,41%	7,90%
REGGIO CALABRIA	6	297	23,22%	24,75%
VIBO VALENTIA	1	44	3,44%	10,38%

Dalla tabella riassuntiva si evince che la Provincia di Reggio Calabria, pur avendo un numero di pazienti in trattamento dialitico pressoché identico a quello della Provincia di Catanzaro, ha un'incidenza sulla spesa regionale per materiali per emodialisi di circa 10 punti percentuali più alta di quella di Catanzaro; così come la Provincia di Vibo Valentia, pur avendo circa la metà dei dializzati di Crotone, incide per il 2,5% in più rispetto alla Provincia di Crotone sulla spesa regionale destinata all'acquisto di materiali per emodialisi. Sembra, dunque, il caso di iniziare ad applicare concretamente il concetto di benchmarking, inteso quale metodologia di confronto sistematico con le migliori aziende della propria categoria, per apprendere da queste le pratiche migliori ed ottimizzare le proprie prestazioni.

Un'altra analisi molto approfondita è stata quella che ha interessato la voce "Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.", per la quale la spesa della Regione Calabria è oltre 3 milioni e mezzo maggiore rispetto a quella media nazionale. Per tale voce, in assenza di dati certi relativi al numero di esami diagnostici effettuati da ciascun centro di costo, è stato scelto quale driver la popolazione residente nelle varie province e per la valutazione dei risultati si è proceduto ad un confronto con una Regione oggettivamente virtuosa come la Lombardia, che ha dimostrato che l'eccesso di spesa della Calabria per tale voce non può essere giustificato da ragioni demografiche, ma va ricercato nel processo di approvvigionamento.

Dopo aver analizzato singolarmente le varie voci in cui vi sono scostamenti in eccesso della spesa sanitaria calabrese rispetto a quella media nazionale, è possibile riassumerle nella seguente tabella:

<b>Descrizione voce</b>	<b>ITALIA</b>	<b>MEDIA NAZIONALE</b>	<b>CALABRIA</b>	<b>RISPARMIO POTENZIALE</b>
Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	213.971	10.189	13.813	3.624
Materiali per emodialisi	295.816	14.086	16.391	2.305
Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	137.433	6.544	12.857	6.313
Consulenze non sanitarie V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	208	10	208	198
Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	26.871	1.280	1.480	200
Canoni di leasing - area sanitaria	119.409	5.686	6.572	886
<b>Totale</b>				<b>13.525</b>

Riallineando la spesa sanitaria calabrese alla media nazionale, nelle voci di costo in cui si eccede, si avrebbe un risparmio potenziale di 13 milioni e 525 mila euro, che consentirebbe di per sé una riduzione di circa il 20% del deficit sanitario 2010 della Regione Calabria, che in quell'anno è stato pari a circa 67 milioni e 851 mila euro, oltre ad indurre un generalizzato miglioramento dei processi di approvvigionamento, monitoraggio e controllo dei costi, introducendo nel Sistema Sanitario Regionale l'ottica dell'analisi della spesa.

Per dimostrare ulteriormente l'efficacia nello scovare le inefficienze ed i margini di miglioramento, nonché l'estesa applicabilità dello strutturato e puntuale metodo di analisi della spesa adottato, si è indagata anche una voce di costo in cui la spesa della Regione Calabria è complessivamente inferiore rispetto a quella media nazionale.

La voce "Prodotti farmaceutici ed emoderivati" del Conto Economico della sanità calabrese è stata letta in un'ottica di costo per prestazione considerando il numero di ricoveri nella Regione nel corso dell'anno e confrontata con quella della Regione Lombardia, letta nella medesima ottica. I dati risultanti da tale analisi possono essere così riassunti:

Regione	Spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati	Schede di Dimissione Ospedaliera	Spesa per singolo ricovero
CALABRIA	€ 200.470.000,00	324.940	€ 616,94
LOMBARDIA	€ 931.434.000,00	1.769.241	€ 526,46

Se la Calabria riuscisse ad allinearsi al costo per singolo ricovero della Regione Lombardia, colmando il gap di €90,49 esistente, potrebbe risparmiare circa 29 milioni e 400 mila euro annui, pari ad oltre il 43% del deficit sanitario 2010 della Regione Calabria.

È chiara a questo punto l'importanza fondamentale della pianificazione degli acquisti per sfruttare i notevoli spazi di ottimizzazione esistenti. Affinché il processo d'acquisto sia impostato correttamente, ovvero in modo tale da garantire il raggiungimento dei risultati, la soddisfazione delle esigenze organizzative ed il rispetto dei vincoli economici, è necessario conoscere a fondo, oltre che la domanda interna, anche il mercato dell'offerta, in particolare per quanto concerne le caratteristiche del settore, dei fornitori e del modo con il quale si fa business. L'analisi dell'offerta, infatti, insieme all'analisi della domanda e delle modalità di approvvigionamento, è uno degli strumenti che consentono di pianificare e programmare gli acquisti in modo efficace, efficiente ed economicamente sostenibile. Alla funzione acquisti ed alle procedure di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie si applicano le norme generali sugli appalti pubblici contenute nel "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" e la funzione acquisti in campo sanitario è stata investita nel corso degli anni da numerosi e significativi processi di cambiamento.

Per programmare e pianificare gli acquisti in campo sanitario è imprescindibilmente necessario far riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresentano le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, nonché all'analisi dei rischi relativi agli approvvigionamenti sanitari.

A fronte di analisi della spesa, analisi dei rischi, studio dei L.E.A. e ricerca di dati ed informazioni utili e pertinenti si è proposto un metodo di programmazione e pianificazione degli acquisti sanitari per patologia nell'ambito di un modello centralizzato per gli approvvigionamenti sanitari.

Pianificare per patologia significa far riferimento a tutta una serie di protocolli clinici e linee guida, che individuano i dispositivi diagnostico-terapeutici utilizzati, la terapia farmacologica più adeguata, la frequenza e la durata dei trattamenti ed i tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento.

Pianificare e programmare gli acquisti per patologia, inoltre, significa riconoscere e valorizzare il ruolo del medico, che, nell'ambito di questo metodo, è il soggetto deputato in primis all'identificazione dei beni e dei servizi necessari per il trattamento di ciascuna patologia.

La pianificazione per patologia, infine, se opportunamente implementata, consente di ottenere la massima efficienza negli acquisti senza penalizzare l'efficacia dei trattamenti terapeutici.

Il livello di centralizzazione preferibile è quello regionale, in quanto consente di avere i maggiori vantaggi, grazie alla visione d'insieme ed alle funzioni di pianificazione, controllo e valutazione che gli competono.

Tale proposta si riferisce in primo luogo alla Regione Calabria, dove l'Autorità Regionale che incarna il livello di centralizzazione auspicata è la Stazione Unica Appaltante, ma, aspirando alla definizione di un metodo e di un modello specificatamente codificati e pertanto ripetibili, potrebbe essere implementata anche in altri contesti regionali.

Il livello regionale deve necessariamente essere coadiuvato da una rete di centri di responsabilità, identificabili nelle Aziende Sanitarie della Regione, che, dialogando proficuamente e relazionandosi costantemente tra di loro e con il livello centrale, consentano di adottare in modo uniforme e condiviso le best practice di rete, attraverso il trasferimento di competenze tra aziende.

Per consentire un'efficace applicazione del metodo di pianificazione per patologia, il livello centrale deve affidare il compito di disegnare, descrivere e definire una sorta di "distinta base" per patologia al centro di responsabilità che si verifica essere, sulla base dei dati disponibili, quello più efficiente ed efficace nel trattamento della patologia in questione. Una volta definita la "distinta base" per patologia, la SUA dovrebbe verificare, per ogni

patologia, qual è il prezzo pagato per ciascun item dalle aziende che, relativamente alla patologia in questione, si configurano come best practice regionali e nazionali.

Ogni Azienda Sanitaria, sulla base delle casistiche, dei dati sull'incidenza statistica delle varie patologie e di un'indagine epidemiologica condotta sul territorio di riferimento, deve calcolare e comunicare alla SUA il numero di pazienti affetti da ciascuna patologia trattati in un anno.

Una volta che tutte le Aziende Sanitarie regionali hanno implementato correttamente il metodo di pianificazione per patologia e comunicato i risultati alla SUA, si consiglia a quest'ultima di acquistare per item in modo centralizzato, a fronte dell'aggregazione dei fabbisogni pervenuti.

I vantaggi derivanti dall'applicazione del modello proposto, che partendo dalla pianificazione per patologia conduce ad un acquisto centralizzato a livello regionale per item, sono molteplici:

- La standardizzazione dei beni e servizi acquistati, ottenibile grazie alla condivisione delle medesime “distinte base” per patologia tra tutte le Aziende Sanitarie regionali, che consente la riduzione della variabilità dei beni e servizi acquistati, sia in termini di categorie merceologiche che di prezzi d'acquisto;
- Le economie di scala, cui si perviene grazie alla riduzione del costo unitario per input ottenibile a fronte dei maggiori volumi acquistati;
- La massimizzazione del rapporto costo-beneficio di ciascun item, attraverso l'individuazione di quelli che mostrano le performance migliori;
- La reingegnerizzazione del processo di approvvigionamento, che, una volta consolidatosi, consente la riduzione dei tempi e dei costi dei processi di acquisto dei fattori produttivi;
- Lo sfruttamento delle economie di specializzazione, attraverso il coinvolgimento dei centri di responsabilità che adottano e danno vita alle best practice nel trattamento di ciascuna patologia e la condivisione delle loro competenze nell'ambito del modello reticolare proposto;
- L'importanza data al concetto di governo clinico;

- La razionalizzazione del processo d'acquisto, grazie alla riduzione delle inefficienze a fronte di una migliore programmazione e pianificazione, che riduce anche i costi di transazione;
- La più semplice attuabilità di un serio controllo di gestione, che miri al governo dei volumi complessivamente consumati a livello regionale e conseguentemente dei costi sostenuti.
- La maggiore appropriatezza degli acquisti, con un particolare occhio di riguardo alla qualità degli item acquistati;
- Il minor numero di lotti e bandi di gara emessi, che divengono più precisi, dettagliati e costruiti in modo da ridurre i costi accessori ed incrementare l'efficacia e l'efficienza degli approvvigionamenti;
- I minori costi procedurali consentiti dalla standardizzazione delle procedure a livello regionale e dalla condivisione delle stesse tra tutte le aziende della rete;
- Il taglio degli sprechi basati sullo storico;
- I prezzi spuntati, necessariamente più bassi a fronte dei maggiori volumi acquistati centralmente e delle più specifiche competenze maturate relativamente al processo di approvvigionamento;
- L'ottimizzazione del funzionamento della Stazione Unica Appaltante, che diviene il vero perno del modello di acquisti centralizzato, ed il perfezionamento dei flussi informativi tra la SUA e le Aziende Sanitarie Regionali.

Il modello proposto, dunque, pur richiedendo grande impegno, soprattutto nella fase iniziale di introduzione ed assimilazione delle procedure, una volta consolidato ed a regime consentirebbe una significativa riduzione della spesa sanitaria regionale, nonché un generale miglioramento del sistema di approvvigionamento in campo sanitario.

## **Bibliografia**

Amatucci F., Mele S., “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento”, Milano, Egea, 2011

Anessi Pessina E., Cantù E., Ferré F., Ricci A. (a cura di), “Executive Summary” de “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012”, Centro di Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS), Università Commerciale Luigi Bocconi

Borgonovi E., “Introduzione” a “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento” di Amatucci F., Mele S., Milano, Egea, 2011

Annuario statistico italiano 2012, ISTAT

Castiello F., Tenore V. (a cura di), “Manuale di Diritto Sanitario”, Milano, Giuffrè Editore, 2012

Cilione G., “Diritto Sanitario”, Maggioli Editore, 2012

Colangelo R., “Spend Management e Procurement Management. La gestione della domanda interna e degli acquisti per migliorare i risultati aziendali”, Milano, Franco Angeli, 2005

“Come Acquista la P.A.. Il nuovo ruolo dei Responsabili acquisto per lo sviluppo del procurement nella Pubblica Amministrazione e per l’aumento dell’efficienza e dell’efficacia dell’azione amministrativa. Primo Rapporto Nazionale”, Promo P.A. Fondazione ed Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma, 2010

Gasparro N., “Sanità & rapporto di lavoro”, Edizioni Ecofutura, 2003

Giannini M.S., “Rapporto sui principali problemi della Amministrazione dello Stato”, trasmesso alle Camere dall’allora Ministro per la funzione pubblica M.S. Giannini il 16 novembre 1979

“Legislazione Sanitaria e Sociale”, XIV Edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, Gruppo Editoriale Simone, 2012

“Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale”, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachel”, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS Guido Carli, 2008

Macinati M, “Le Aziende Sanitarie Pubbliche”, Milano, Franco Angeli, 2007

Monchiero G., “Prefazione” a “I processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie. Elementi di innovazione e modelli di accentrimento” di Amatucci F., Mele S., Milano, Egea, 2011

Rapporto n. 13 della Ragioneria Generale dello Stato, relativo alle tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, 2012

“Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2010”, Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, ottobre 2011

“Relazione Annuale 2011” dell’Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP), presentata a Roma, presso la Camera dei Deputati, il 4 luglio 2012

Relazioni Annuali 2010, 2011 e 2012 dell’Autorità Regionale Stazione Unica Appaltante della Regione Calabria

“Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2011”, presentata al Parlamento dal Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro dell’Economia e delle Finanze Sen. Prof. Mario Monti il 15 giugno 2012