

Gare centralizzate e politiche di acquisto

Dott. Ing. Umberto Nocco

Vice Presidente AIIC

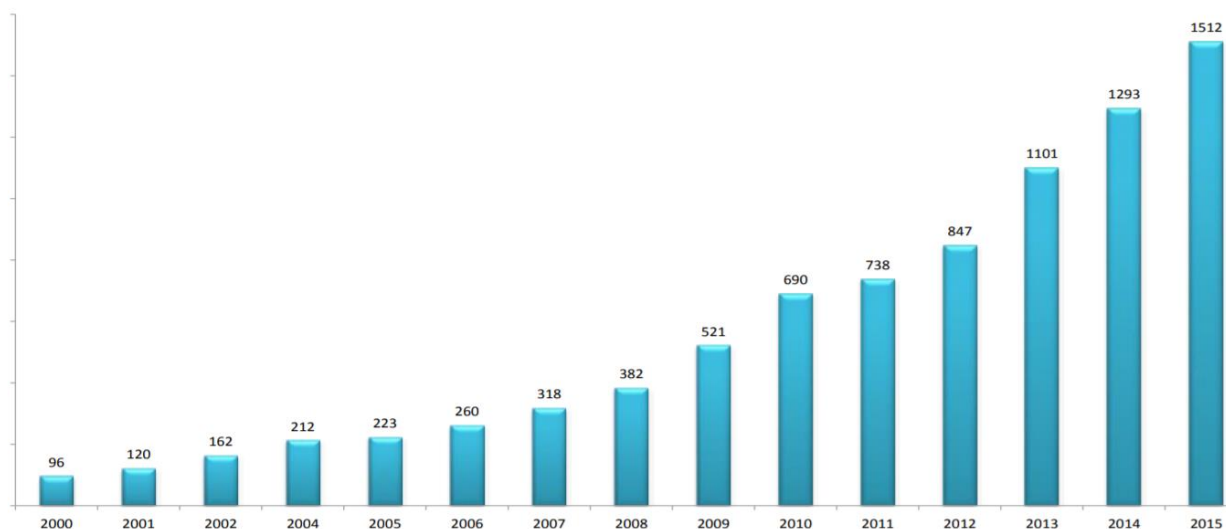
Roma, 18 Dicembre 2017



Presentazioni



L'Associazione Italiana Ingegneri Clinici è attiva dal 1993 - anno di fondazione - nella diffusione delle conoscenze scientifiche, tecniche ed organizzative nel campo dell'Ingegneria Clinica. In particolare l'Associazione promuove la figura professionale dell'Ingegnere Clinico e ha la finalità di contribuire alla diffusione dei Servizi di Ingegneria Clinica all'interno delle aziende sanitarie come elemento di governo economico, sicuro ed appropriato del patrimonio tecnologico biomedicale.



Riduzione e razionalizzazione della spesa

Un modo di affrontare il problema....

L'approccio che deriva dall'HTA (usato dagli IC negli ultimi 20 anni) propone una razionalizzazione della spesa di beni, servizi e tecnologia mediante l'identificazione delle opzioni assistenziali maggiormente costo-efficaci e preferite nella prospettiva di pazienti e cittadini.

Il modello centralizzato

«....a spingere nella direzione di suddetti modelli (*di centralizzazione*) 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». ^[1]

^[1] I quaderni di Quotidiano Sanità - *Le politiche di acquisto dei dispositivi medici* - Ottobre 2017

La funzione acquisti

Ha il compito di fornire **ciò di cui l'utente** (utente interno) **ha bisogno** nel momento in cui ne ha bisogno (**tempestività**) affinché possa erogare il servizio al cittadino (paziente - utente esterno) nel **modo migliore** possibile (**appropriatezza e qualità**) garantendo la coerenza del livello dei costi (**economicità**)

1. Ciò di cui l'utente ha bisogno
2. Tempestività
3. Appropriatezza e qualità
4. Economicità /Sostenibilità

Ciò di cui l'utente ha bisogno

Analisi del bisogno

- Quali sono le dinamiche di analisi del fabbisogno?
 - non possono essere uguali se viste a livello centrale e regionale;
 - la qualità dei dati a disposizione determina la corretta stima dei fabbisogni?
 - e il contenuto tecnologico?

Resta il problema delle forniture ripetitive che derivano dal fabbisogno quotidiano e/o dalla modifica del fabbisogno stesso

- Come viene considerata la programmazione in termini di contenuto e quantità?
 - A livello regionale, il trasferimento delle informazioni consente di attivare procedure più mirate.
 - A livello centrale, occorre prestare attenzione a non distorcere la domanda fornendo una risposta efficiente, ma accessibile senza controllo

Come interloquire costantemente con gli utilizzatori per recepire novità, innovazioni, modifiche, ecc?

«..il 72% concorda sul fatto che esse comportino maggiori rischi sul piano della definizione dei fabbisogni reale rispetto a procedure d'acquisto locali;»^[1]

Ciò di cui l'utente ha bisogno

Rappresentazione del bisogno

- La progettazione della gara e la valutazione
 - tavoli tecnici per la stesura delle specifiche
 - necessarie competenze multidisciplinari e di **comprovata** esperienza

Il problema è...

- Come si misura la competenza?
- È sufficiente un parametro di «anzianità» dalla laurea?
- Rischieremo di avere i «commissari di professione»?

Quali sono le caratteristiche che connotano il professionista adatto?

- Tempo trascorso sul campo
- Conoscenza delle dinamiche di processo
- Formazione
- Confronto culturalmente aperto con il mercato

Appropriatezza e qualità

«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.» ^[1]

«...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.» ^[1]

Necessaria una correlazione corretta tra acquisto e outcome per valutare la qualità degli acquisti

- Appropriatezza di quello che acquisto

«Il 57% dei rispondenti è concorde nel ritenere che esse portano ad acquisti che possono risultare inappropriati per il paziente.» ^[1]

Più di sei rispondenti su dieci (67%) pensano che la tecnologia obsoleta sia il principale motivo di non utilizzo dei dispositivi medici acquistati. ^[1]

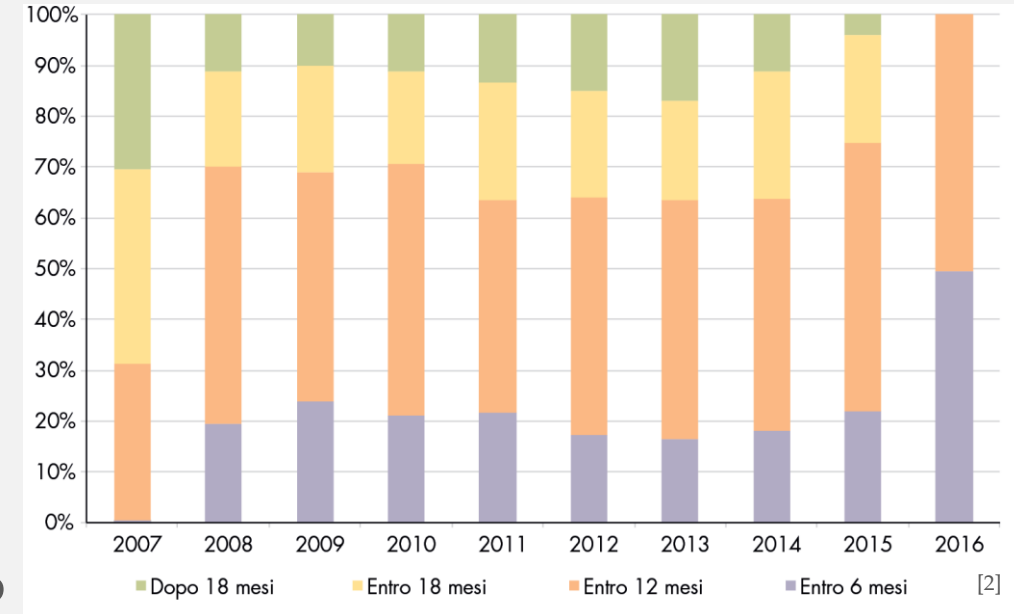
Appropriatezza e qualità

Appropriatezza di *come* acquisto

- La combinazione di strumenti innovativi di procurement e di indici di qualità dell'outcome o di coinvolgimento dei clinici potrebbe portare a ulteriori risparmi per il sistema
 - Esempio: accordo quadro per materiale chirurgico + definizione dei criteri di scelta dell'uno o dell'altro dispositivo in funzione della necessità clinica = ulteriore risparmio del 25% su base annua
- Come si coordina poi la politica di centralizzazione con alcuni nuovi strumenti (PPP) che per loro natura sono totalmente calati nel singola realtà aziendale?
 - Sono un sistema per «evitare» la centrale di committenza?
 - Possono essere uno strumento utile e virtuoso?

Tempestività

- La presenza di una convenzione attiva consente certamente di far fronte con maggiore tempestività ad un fabbisogno non programmato
- I tempi della gara
La durata della gara è certamente un dato significativo ma occorre mappare l'intero procedimento, dall'avvio della progettazione della gara (raccolta dei fabbisogni, disegno e stesura della gara, svolgimento e reale attivazione). Quanto dura?



Il mondo dei DM è in costante e rapida evoluzione, quindi gli strumenti di procurement dovrebbero consentire ove necessario di seguire questa evoluzione

[2] Centro Studi Assobiomedica - *Le Politiche pubbliche d'acquisto di dispositivi medici. Terzo aggiornamento* - Numero 36, Ottobre 2017

Tempestività

- La durata delle gare è un altro elemento da valutare. Il dato noto ad oggi dice che la durata media dei contratti è di 3,6 anni^[2].
 - Cosa succede al quel mercato specifico in quel lasso di tempo?
 - Quante volte viene richiesto da un clinico di introdurre in uso un nuovo dispositivo che non è presente in gara?
 - Quanti nuovi prodotti alternativi a quello in contratto (varianti, migliorie, ecc.) vengono proposti dal fornitore stesso?



Se si segue un approccio EMB e la richiesta è «ragionevole» dovrei avere la possibilità di introdurre quel nuovo dispositivo

Tempestività

Il dato pratico che deriva dalle attuali dinamiche di acquisto centralizzato è

- Impossibile aderire a quanto aggiudicato dal soggetto aggregatore

- Tempi lunghi per l'attivazione da parte del soggetto aggregatore

Proroghe
Procedure ponte
Altre forme di acquisto
o addirittura **no acquisto!**

- Non prevede ciò che risponde al mio fabbisogno

Mi posso «adattare»?
Devo fare da me....

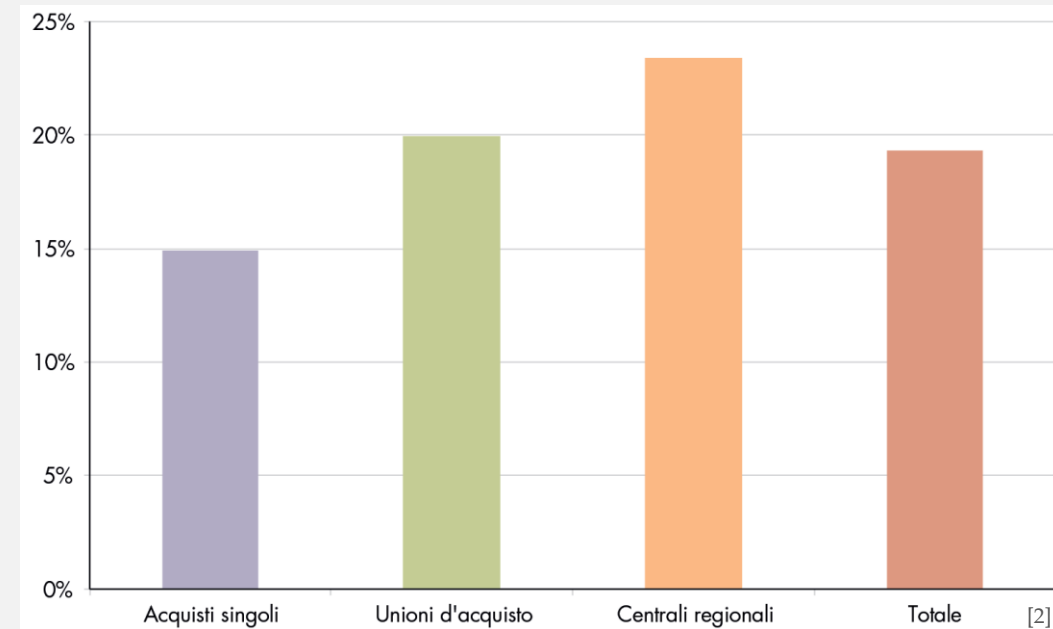
- Prevede ciò che risponde al mio fabbisogno ma non in quantità adeguata

Quale qualità nell'analisi del fabbisogno?



Economicità

- Come misuriamo l'economicità? Il campo dei DM è uno dei pochi nei quali non è noto il «valore giusto» del bene.
- Chi determina il «prezzo giusto»?
 - Un'entità terza? (e chi è sufficientemente autorevole per farlo?)
 - L'esito dell'ultima gara? Ma espletata da chi?
 - Perché il mercato ha reazioni «scomposte» praticando prezzi o soluzioni al limite o prodotti appositamente costruiti per rispondere alla gara?



RIBASSO PRATICATO TRA LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ACQUISTO [2]

E' possibile evolvere dal concetto di economicità al concetto di valore?

Il Manifesto AIIC



Il manifesto vuole affrontare il tema in chiave propositiva, fornendo 9 spunti di riflessione su un argomento specifico per indirizzare le politiche di progettazione, strutturazione e conduzione di una specifica attività.

Questo evidentemente ha una ricaduta sulla gara, indipendentemente da chi la espleta, perché una gara mal progettata rende poi impossibile il mantenimento di questi obiettivi.

Esito atteso: un uso efficiente e sicuro delle tecnologie biomediche

Conclusioni

- In tutti questi anni è stata fatta un po' di strada (da alcuni, altri non l'hanno metabolizzata...)
 - Nella consapevolezza e nel miglioramento del modello
 - Nella creazione di «anticorpi»
 - Nel miglioramento della qualità delle procedure espletate dalle centrali
- Cosa occorre ancora fare?
 - Necessario un maggiore coordinamento tra professionalità della sanità affinché tutti *siano* partecipi del processo (non *si sentano* partecipi del processo);
 - Migliorare la qualità dei dati messi a disposizione o condivisi con le centrali a vantaggio dell'intero processo di gara
 - Stimolare il dialogo con i fornitori affinché siano di «supporto» al processo di definizione della gara in una logica di collaborazione trasparente a vantaggio di tutti.
 - Accrescere culturalmente gli operatori affinché colgano le opportunità del processo di centralizzazione e non solo i rischi

Grazie per l'attenzione

dott. ing. Umberto Nocco

Vice Presidente Associazione Italiana Ingegneri Clinici

Direttore S.C. Ingegneria Clinica

Direttore *ad interim* S.C. Tecnico Patrimoniale

ASST dei Sette Laghi

viale Borri, 57 - 21100 Varese

☎ 0332 278014

✉ umberto.nocco@asst-settelaghi.it

