Università degli Studi di Genova

Dipartimento di Scienze Politiche

Master di II livello in Innovazione nella Pubblica Amministrazione

(MIPA)

I edizione – a.a. 2019/2020

LA LOGISTICA SANITARIA: ANALISI E PROPOSTE PER LO SVILUPPO DI UN "MODELLO LIGURIA"

[Dott.ssa Rossana Brandolin

Dott. David-Piero Burlando

Dott. Pietro Levaggi]

Sommario

1. INTRODUZIONE 3

2. QUADRO NORMATIVO IN TEMA DI CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI 4

3. GESTIONE DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: LA SPINTA VERSO LA CENTRALIZZAZIONE 8

4. GESTIONE DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: IL CASO LIGURIA 18

5. GESTIONE CENTRALIZZATA DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: STATO DELL'ARTE IN ITALIA PRE E POST- PANDEMIA COVID-19 27

6. IL MAGAZZINO CENTRALIZZATO: CASI STUDIO 48

7. MAGAZZINO UNICO IN LIGURIA: I POSSIBILI PERCORSI 74

8. CONCLUSIONI 84

1. INTRODUZIONE

Ci sembra utile iniziare questa introduzione riepilogando il nostro percorso lavorativo (attraverso una sintetica evoluzione normativa regionale e nazionale che aiuterà anche a meglio inquadrare il nostro profilo professionale), che dopo alcuni anni di lavoro in A.Li.Sa. - Centrale Regionale di Acquisto, ci ha visto approdare in S.U.A.R. (Stazione Unica Appaltante della Regione Liguria, in seguito solo S.U.A.R.), grazie alla Legge regionale n. 2 del 2021 "Razionalizzazione e potenziamento del sistema regionale di centralizzazione degli acquisti di forniture e di servizi e dell'affidamento di lavori pubblici e strutture di missione", per effetto della quale le funzioni della Centrale di Acquisto Centrale sono state trasferite all'interno di S.U.A.R.

La Centrale Regionale di Acquisto della Liguria viene istituita con Legge regionale 3 aprile 2007, n. 14, quale centrale di committenza ai sensi del D.Lgs. 12.4.2006, n. 163.

In un primo momento, con Deliberazione della Giunta regionale n. 805 del 4/7/2008, fu costituito un Consorzio pubblico senza scopo di lucro tra tutti gli Enti sanitari liguri e la Regione Liguria, denominato C.R.A.

Successivamente per gli effetti della Legge Regionale n. 34 del 6/11/2012 il Consorzio fu soppresso e le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto sono state incorporate, a far data dall'1/1/2013, nell'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) e svolte dall'area di ARS, denominata "Centrale Regionale di Acquisto per il Servizio Sanitario Regionale".

Con Legge Regionale del 29 dicembre 2014, n. 41 sono state ridefinite le competenze della Centrale che provvede da quella data in via esclusiva, per conto delle Aziende ed Enti appartenenti al Servizio Sanitario Regionale, nonché delle ASP e degli altri enti pubblici, all'acquisizione di beni e servizi sanitari.

A seguito dell'approvazione della Legge Regionale 29 luglio 2016 n. 17 l'Agenzia Sanitaria Regionale viene soppressa ed è istituita l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) con decorrenza 1/10/2016. Le funzioni di Centrale Regionale di Acquisto esercitate da ARS sono svolte dal 1/10/2016 da A.Li.Sa fino alla revisione della normativa

regionale in materia di centrali di committenza, ovvero fino al 30/4/2021 per effetto della Legge Regionale del 10 marzo 2021, n. 2 che riconduce la Centrale Regionale di Acquisto all'interno di S.U.A.R.

Di fatto, comunque, la Centrale Regionale di Acquisto agiva già, nell'ambito delle procedure centralizzate per la fornitura di beni e servizi sanitari (riguardo le categorie merceologiche di cui al D.P.C.M. 24 dicembre 2015 e s.m.i) e ai sensi del comma 5 dell'art. 18 della Legge Regionale n. 41/2014, quale articolazione funzionale del Soggetto Aggregatore S.U.A.R.

2. QUADRO NORMATIVO IN TEMA DI CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI

Nell'arco di qualche decennio il processo di centralizzazione degli acquisti è stato investito da continue modifiche normative.

L'origine di tale processo è senza dubbio riconducibile al D.Lgs. n. 447/1997 ed alla successiva Legge n. 488/1999, che sancivano la nascita della Centrale acquisti nazionale, ovvero Consip SpA.

Successivamente il D.Lgs. n. 163/2006 recante il «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE», all'articolo 33 recepisce a livello nazionale (per la prima volta, salvo alcune esperienze, per così dire "pionieristiche" a livello regionale quali quelle di Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia) la possibilità dell'acquisizione di lavori, servizi e forniture facendo ricorso alle centrali di committenza.

Soltanto con la Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007), viene confermata l'avvenuta introduzione nel sistema degli appalti pubblici delle centrali d'acquisto regionali. Fra l'altro, tale legge stabilisce l'obbligo per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di approvvigionarsi mediante le Convenzioni stipulate dalle Centrali Regionali Acquisti di riferimento (cfr. art. 1, comma 449: "*Gli enti del Servizio sanitario nazionale sono in ogni caso tenuti ad approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali*

di riferimento") e, quindi, ad affidarsi esclusivamente ai fornitori aggiudicatari delle procedure centralizzate (ed ai relativi prezzi offerti in fase di gara).

Un riferimento importante per la peculiarità del nostro ambito professionale proviene dal comma 13, lettera d), dell'articolo 15 del D.L. n. 95/2012 (così detta "*Spending Review*"), il quale stabilisce che gli Enti del SSN (ovvero, per essi, le Regioni e le Province autonome), per acquistare beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella "piattaforma CONSIP" (vale a dire per tutte le categorie merceologiche presenti nelle Convenzioni stipulate dalla Consip S.p.A.), devono avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip S.p.A. (cioè SDA e MePA), ovvero, se disponibili, dalle Centrali di riferimento, pena la nullità dei contratti stipulati in violazione di detto obbligo e la conseguenza della responsabilità amministrativa e dell'illecito disciplinare.

Altra tappa importante dell'evoluzione normativa in argomento risulta l'approvazione del D.L. n. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 89/2014, con il quale viene affermata a livello nazionale l'istituzione di un elenco di Soggetti Aggregatori nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti; in particolare, l'art. 9, comma 5 dispone quanto segue: "*Ai fini del perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica attraverso la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e di servizi, le Regioni costituiscono ovvero designano, entro il 31 dicembre 2014, ove non esistente, un soggetto aggregatore secondo quanto previsto al comma 1. In ogni caso il numero complessivo dei soggetti aggregatori presenti sul territorio nazionale non può essere superiore a 35*".

Ulteriore riferimento nazionale di particolare interesse è il DPCM del 24 dicembre 2015, con il quale, ai fini dell'attuazione di quanto previsto all'art. 9, comma 3 del D.L. n. 66/2014, vengono individuate le categorie merceologiche di beni e servizi e le relative soglie di obbligatorietà al superamento delle quali le Amministrazioni - statali centrali e periferiche, nonché le regioni, gli enti regionali, i loro consorzi e associazioni, e gli enti del servizio sanitario nazionale - devono obbligatoriamente ricorrere ai Soggetti Aggregatori per lo svolgimento delle procedure di acquisto. Considerata la costante necessità di proseguire ad implementare il sistema di acquisto aggregato, ad integrazione delle

categorie e soglie già ricomprese nel sopra citato decreto, in seguito all'emanazione del DPCM 11 luglio 2018, sono individuate ulteriori categorie di beni e servizi, nonché le relative soglie di obbligatorietà.

Il D.Lgs n.50/2016 e s.m.i, ovvero il nuovo "Codice degli Appalti" rafforza i concetti sopra esposti, in particolare agli artt. 37 "Aggregazioni e centralizzazione delle committenze" e 38 "Qualificazione delle stazioni appaltanti e centrali di committenza".

In particolare è utile evidenziare quanto previsto dal comma 1 dell'art. 37: "*Le stazioni appaltanti, fermi restando gli obblighi di utilizzo di strumenti di acquisto e di negoziazione, anche telematici, previsti dalle vigenti disposizioni in materia di contenimento della spesa, possono procedere direttamente e autonomamente all'acquisizione di forniture e servizi di importo inferiore a 40.000 euro e di lavori di importo inferiore a 150.000 euro, nonché attraverso l'effettuazione di ordini a valere su strumenti di acquisto messi a disposizione dalle centrali di committenza e dai soggetti aggregatori. Per effettuare procedure di importo superiore alle soglie indicate al periodo precedente, le stazioni appaltanti devono essere in possesso della necessaria qualificazione ai sensi dell'articolo 38"*; da leggere insieme al comma 1 dell'art. 38: "*Fermo restando quanto stabilito dall'art. 37 in materia di aggregazione e centralizzazione degli appalti, è istituito presso l'ANAC, che ne assicura la pubblicità, un apposito elenco delle stazioni appaltanti qualificate di cui fanno parte anche le centrali di committenza. La qualificazione è conseguita in rapporto ai bacini territoriali, alla tipologia e complessità del contratto e per fasce d'importo. Sono iscritti di diritto nell'elenco di cui al primo periodo, il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, compresi i Provveditorati interregionali per le opere pubbliche, CONSIP S.p.a., INVITALIA - Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.a., nonché i soggetti aggregatori regionali di cui articolo 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89".*

Nonostante la spinta normativa, però, in Italia si contano attualmente oltre 32 soggetti aggregatori (si veda in merito la Deliberazione di ANAC - Autorità Nazionale Anti Corruzione n. 781 del 4 settembre 2019 "Aggiornamento dell'elenco dei soggetti

aggregatori") e più di 30 mila stazioni appaltanti, un dato significativo e preoccupante, che dimostra quanta strada ci sia ancora da fare verso una più spiccata centralizzazione.

Il tema è tornato d'attualità con l'entrata in vigore del PNRR (Piano nazionale di Ripresa e Resilienza). L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica legata al Covid-19, infatti, con il *Next Generation EU* (*NGEU*), programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; il recepimento di tale programma in Italia ha preso, appunto, il nome di PNRR, (come da D.L. n.77/2021, ovvero la *Governance* del PNRR), ed è stimato in 122,6 miliardi.

Il Piano (ricordiamo che l'Unione Europea ha reso obbligatoria la presentazione di un pacchetto di investimenti e riforme) si articola in sei "Missioni", ovvero: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute.

Nell'ottica di un Piano così ambizioso e, giova ribadirlo, di fronte ad un'occasione unica per il nostro Paese (è dal secondo Dopoguerra e dalla ricostruzione che l'Italia non può contare su un *budget* così significativo), risulta indispensabile farsi trovare preparati sul piano normativo.

Nasce anche da questa necessità l'ultima tappa del percorso di evoluzione normativa che proponiamo in questo lavoro: il D.D.L. n. 2330 del 21/07/2021. Tale Disegno di legge, intitolato "Delega al Governo in materia di contratti pubblici", si propone un riordino in materia di contratti pubblici (e di conseguenza anche relativamente al Codice degli Appalti, ovvero il D.lgs. n.50/2016). Così il Presidente del Consiglio dei ministri e il Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili nella Relazione introduttiva: "[…]*Ne è derivato un quadro giuridico di settore poco organico e chiaro, oltreché estremamente fluido e in continuo divenire, all'interno del quale si è inserita l'epidemia da COVID-19, che ha imposto, sia al fine di fronteggiare la situazione di emergenza, sia al fine di favorire la rapida ripresa dei settori economici, l'introduzione nell'ordinamento giuridico di ulteriori disposizioni derogatorie alla disciplina recata dal codice dei contratti pubblici [*…]".

Mentre nel testo del D.D.L., all'art. 1 comma 2, lettera b) si riporta *"[…] nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi: a) [omissis] ; b) ridefinizione e rafforzamento della disciplina in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti, al fine di conseguire la loro riduzione numerica, nonché l'accorpamento e la riorganizzazione delle stesse, anche mediante l'introduzione di incentivi al l'utilizzo delle centrali di committenza e delle stazioni appaltanti ausiliarie per l'espletamento delle gare pubbliche; potenziamento della qualificazione e della specializzazione del personale operante nelle stazioni appaltanti […]"*.

Risulta pertanto evidente che una parte importante della partita si giocherà sul piano di una centralizzazione e di una qualificazione delle stazioni appaltanti più efficaci rispetto al passato ed il lavoro qui proposto va letto anche in quest'ottica.

3. GESTIONE DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: LA SPINTA VERSO LA CENTRALIZZAZIONE

Vista la normativa che spinge fortemente per una centralizzazione degli acquisti ed operando nell'ambito dell'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, fin dall'inizio del percorso di questo *master* ci eravamo proposti di realizzare un *project work* che potesse avere un'utilità anche per il nostro ambito professionale.

Per questo ci siamo interrogati sulle criticità riscontrate in questi anni di esperienza sul campo.

L'esperienza pluriennale ci avrebbe fatto propendere per la necessità di addivenire ad un'unica codifica regionale per farmaci e dispositivi medici, fosse anche solo, in prima istanza, attraverso la creazione di una banca dati regionale condivisa in modo da arginare, il più possibile, senza tuttavia risolverlo, l'annoso problema della codifica o denominazione "plurima" di uno stesso dispositivo medico.

Tale denominazione "plurima" risultava (e risulta) particolarmente problematica nella fase istruttoria di una procedura di gara regionale centralizzata al momento della richiesta

dei fabbisogni ai vari Enti, finendo, in qualche caso, per vanificare la possibile realizzazione di economie derivata dall'aggregazione dei fabbisogni a livello regionale.

Da un lato, il rischio è che uno stesso prodotto sia oggetto di più procedure di gara e che venga magari aggiudicato a prezzi differenti.

Dall'altro lato, è anche capitato, in passato, che gli Enti, a causa di un equivoco sulle caratteristiche tecniche di un prodotto, non ne comprendessero le caratteristiche intrinseche migliorative (che inevitabilmente avevano una ricaduta sul prezzo unitario), comunicando fabbisogni errati senza essere disposti, in fase di emissione degli ordini, ad acquistare il dispositivo medico effettivamente messo a gara e quindi aggiudicato, per la presunta onerosità dello stesso.

Attraverso il magazzino unico si ritiene possa prendersi coscienza delle effettive necessità dei vari Enti.

Oltre alla necessità della codifica unica dei dispositivi e dei farmaci, sono però emerse necessità ed esigenze ulteriori.

Come si vedrà, due sono in particolare i fattori che si sono rivelati a favore e portano verso una centralizzazione del magazzino:

- ✓ l'esperienza dell'emergenza sanitaria causata dal COVID-19 e la recente previsione di adozione di Piani pandemici regionali;
- ✓ l'adesione, da parte di Regione Liguria, alla convenzione CONSIP di cui al contratto quadro "Servizi gestionali integrati" per le pubbliche amministrazioni.

Orbene, con riguardo al primo dei predetti fattori, l'utilità/esigenza di disporre di un magazzino centralizzato per farmaci e dispositivi medici è stata ancor più avvertita con l'avvento della pandemia creata dal COVID19, che ha evidenziato e messo in luce vari deficit organizzativi e tutte le criticità di una gestione frammentata dei magazzini delle diverse Aziende ed Enti del SSR.

Ai fini che qui interessano, appare dunque interessante ed utile un cenno alla gestione del magazzino in epoca di pandemia da parte di A.Li.Sa. / Centrale Regionale di Acquisto, struttura della quale all'epoca, come già detto, facevamo parte.

Anzitutto, si precisa che con DGR n. 221 del 17/03/2020 recante "*Indirizzi ad A.Li.Sa. per la gestione dell'emergenza epidemica da COVID – 19*" la Giunta Regionale della Liguria ha deliberato di dare mandato ad A.Li.Sa. di adottare ogni misura necessaria al contenimento del virus COVID-19 ed in particolare di procedere, per il tramite dell'Area CRA – Centrale Regionale di Acquisto, all'acquisto di dispositivi necessari a fronteggiare l'emergenza COVID-19 tenuto conto di tempistiche di acquisto, quantità e distribuzione da parte della Protezione Civile e con Ordinanza n. 21/2020 il Presidente della Giunta ha ordinato e disposto "*che A.Li.Sa., in pregio alle disposizioni di cui alla deliberazione 221/2020 coordini, in accordo con le Aziende ed Enti del SSR, fabbisogno ed acquisti e distribuzioni dei DPI per il fabbisogno sanitario e socio-sanitario*".

Orbene, la situazione di emergenza sanitaria ha reso necessario individuare con urgenza un magazzino di supporto per le Aziende ed Enti della Regione Liguria per la ricezione, magazzinaggio e successiva distribuzione della merce (dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale) inviata dalla Protezione civile.

Inizialmente DM e D.P.I pervenivano nel magazzino economale dell'Ospedale Policlinico San Martino, tuttavia dopo circa tre mesi dalla dichiarazione dello stato di emergenza il Policlinico Martino ha comunicato di non poter più far fronte ad ulteriori arrivi di merce nel magazzino COVID per insufficienza di spazio di stoccaggio atteso che il magazzino economale risultava in *stock over* e che era stata riempita anche la terza tenda esterna istallata dalla protezione Civile.

In considerazione di quanto comunicato dall'Ospedale Policlinico San Martino, l'allora Commissario Straordinario di A.Li.Sa. ha evidenziato la necessità di acquisire con estrema urgenza un idoneo magazzino per lo stoccaggio dei DPI per conto di tutte le aziende sanitarie liguri.

La CRA ha pertanto prontamente attivato, attraverso il mercato elettronico di Consip S.p.A, una procedura di richiesta di offerta, alla quale sono stati invitati 5 fornitori e che è stata aggiudicata alla Silvestri S.r.l.

Come noto, la situazione di emergenza sanitaria è stata più volte prorogata e, in occasione di tali proroghe il Presidente della Giunta Regionale, con Ordinanza n. 54/2020, ha sottolineato la necessità di garantire una adeguata fornitura di D.P.I. finalizzata a far fronte al fabbisogno di almeno 1 mese, al fine di garantire una adeguata resilienza in caso di ripartenza nel territorio.

Il protrarsi della situazione emergenziale è stata accompagnata dal notevolissimo aumento del numero di *pallets* in arrivo, che ha determinato la necessità per la Ditta di dotarsi di spazi ulteriori.

Di seguito si indicano alcuni dati:

Fotografia mese Luglio 2020

Prodotto	Dotazione Attuale	Fabbisogno Giornaliero (rilevato in data di compilazione)
CALZARI/SOVRASCARPE	201.417	54.154
CAMICI CHIRURGICI tipo art. 7696C taglia L	2.862	9.244
CAMICI CHIRURGICI tipo art. 7697C taglia XL	636	9.124
CAMICI IMPERMEABILI A MANICHE LUNGHE	32.521	16.097
CAMICI IMPERMEABILI DPI terza categoria suddivise nelle diverse taglie in proporzione L 20% - XL 40% - XXL 40%	40.636	15.328
CASCHI NIV	85	64
CUFFIE COPRICAPO	202.395	22.645
DISPOSITIVI CPAP	291	100
GUANTI in LATTICE	73.955	7.824
GUANTI in NITRILE (SINGOLI)	6.185.658	255.330
GUANTI in VINILE	960.097	80.448
KIT DI ACCESSO VASCOLARE	910	323
KIT DIAGNOSTICI PER CORONAVIRUS	2.886	2.054
KIT DIAGNOSTICI (MACCHINARI IN COMODATO D'USO)	0	0
MASCHERE "TOTAL FACE" E ORONASALI DA NIV	45	80
MASCHERE TIPO VENTURI	8.247	1.000
MASCHERINE CHIRURGICHE	815.959	49.723
MASCHERINE FFP2	230.856	17.243
MASCHERINE FFP3	61.285	3.565
PEROSSIDO AL 3% IN LITRI	1.565	566
SISTEMI DI ASPIRAZIONE MONOUSO A CIRCOLO CHIUSO, MISURE ADULTO E PEDIATRICO	686	90
TAMPONI PER CAMPIONI RINOFARINGEI	100.198	4.276
TUBI ENDOTRACHEALI	6.449	820
TUTE di PROTEZIONE	31.065	4.475
VISIERE di PROTEZIONE	13.117	1.549

Gennaio 2021

DESCRIZIONE	Magazzino	Fabbisogno giornaliero
SOVRASCARPE alle caviglie (short)	129.184	8.700
CALZARI sotto al ginocchio (tall)	238.700	24.410
CAMICI IMPERMEABILI DPI terza categoria suddivise nelle diverse taglie in proporzione L 20% - XL 40% - XXL 40%	491.058	830
CAMICI IMPERMEABILI MONOUSO DPI EN 14126 terza categoria taglie L	130.349	7.247
CAMICI IMPERMEABILI MONOUSO DPI EN 14126 terza categoria taglie M	18.732	1.187
CAMICI IMPERMEABILI MONOUSO DPI EN 14126 terza categoria taglie XL	107.056	7.692
CAMICI IMPERMEABILI MONOUSO DPI EN 14126 terza categoria taglie XXL	20.469	2.201
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia L	20.560	330
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia M	313.390	391
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia L	0	474
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia M	0	310
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia XL	5.500	1.387
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia XXL	0	1.103
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia XL	0	270
CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia XXL	0	270
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia L	11.072	530
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia M	0	600
CAMICI IMPERMEABILI A MANICHE LUNGHE	9.399	840
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia L	900	1.896
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia M	0	230
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia XL	36.765	12.185
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO STERILI EN 13795 taglia XXL	0	346
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia XL	13.704	440
CAMICI CHIRURGICI MONOUSO NON STERILI EN 13795 taglia XXL	0	500
CUFFIE COPRICAPO NON STERILI EN 14683 e EN ISO 10993	265.458	14.480
CUFFIE COPRICAPO STERILI EN 14683 e EN ISO 10993	0	500
CASCHI NIV	45	66
CASCHI CPAP	461	121
GEL IGIENIZZANTE	11.334	2.157
GUANTI in LATTICE EN420 e EN374	294.000	13.220
GUANTI in LATTICE STERILI EN420 e EN374	170.973	11.070
GUANTI in NITRILE EN420 e EN374	3.174.200	481.070
GUANTI in NITRILE LUNGHI EN420 e EN374	135.000	116.167
GUANTI in NITRILE STERILI EN420 e EN374	8.811	15.629
GUANTI in VINILE EN420 e EN374	1.049.800	75.000
GUANTI in VINILE STERILI EN420 e EN374	500	500
KIT DI ACCESSO VASCOLARE	1.178	207
MASCHERINE DI COMUNITA' - ART. 16 COMMA 2	2.806	350
MASCHERINE CHIRURGICHE	4.129.526	50.308
MASCHERINE FFP2	1.334.675	27.160
MASCHERINE FFP3	799.926	6.478
MASCHERE “TOTAL FACE” E ORONASALI DA NIV	215	81
MASCHERE TIPO VENTURI	7.535	640
Ossigeno (lit)	72.700	50.098
Bombole di ossigeno piene (uso stanziale 50 lit)	245	63
Bombole di ossigeno vuote (uso stanziale 50 lit)	0	0
Bombole di ossigeno piene (uso ospedaliero 14 lit)	4	55
Bombole di ossigeno vuote (uso ospedaliero 14 lit)	0	0
Bombole di ossigeno piene (uso domiciliare 14 lit)	0	27
Bombole di ossigeno vuote (uso domiciliare 14 lit)	0	0
Bombole di ossigeno piene (uso domiciliare 27 lit)	0	10
Bombole di ossigeno vuote (uso domiciliare 27 lit)	0	0
PEROSSIDO AL 3% IN LITRI	1.156	110
SISTEMA DI ASPIRAZIONE MONOUSO A CIRCOLO CHIUSO, MISURE ADULTO E PEDIATRICO	223	42
SISTEMA DI ASPIRAZIONE MONOUSO A CIRCOLO CHIUSO, MISURE ADULTO	273	261
SISTEMA DI ASPIRAZIONE MONOUSO A CIRCOLO CHIUSO, MISURE PEDIATRICHE	0	0
Soluzione idroalcolica in litri	5.871	1.969
TUBI ENDOTRACHEALI	5.436	193
TUTE di PROTEZIONE EN 14126 - TIPOLOGIA 5 -ANTIBATTERICHE	125.842	4.115
TUTE di PROTEZIONE EN 14126 - TIPOLOGIA 6 -STERILI ANTIBATTERICHE	0	246
VISIERE di PROTEZIONE	64.502	3.406

Dai dati in nostro possesso, ed a titolo esemplificativo, da Marzo 2020 ad oggi risultano i seguenti fabbisogni medi mensili:

- mascherine chirurgiche → 40.000:
- mascherine FFP2 → 15.000;
- mascherine FFP3 → 6.000.
- tamponi e provette → 134.000.

Come evidenziato in un recente convegno[1], con l'avvento della pandemia si è registrato uno spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio; le nuove esigenze/emergenze sanitarie hanno evidenziato che la catena logistica non si interrompe dove lo decidono le istituzioni/attori del sistema, ma è un tutt'uno dal fornitore all'utilizzatore finale. Per poter far fronte a questo allargamento di prospettiva/scenario sono state evidenziati tre elementi interconnessi:

- ✓ automazione / digitalizzazione
- ✓ centralizzazione /esternalizzazione
- ✓ integrazione del territorio

Conferma della assoluta rilevanza -ed attualità- del tema che qui occupa e, quindi, della opportunità di addivenire ad una centralizzazione dei magazzini, soprattutto per farmaci e dispositivi medici, si ha poi leggendo le "*Linee di indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture*" elaborato dal Ministero della Salute con l'obiettivo di "*definire criteri omogenei di indirizzo, finalizzati a implementare un approccio condiviso per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture nella fase inter pandemica, da realizzare nel periodo 2021-2023, a livello centrale e periferico*".

Ciò in quanto nella fase inter pandemica è necessario sviluppare un'attività di *preparedness* rafforzando le capacità di identificazione, prevenzione e risposta a virus

[1] Forum PA – "L'operations management a servizio delle strutture sanitarie", 27-28 ottobre 2021

influenzali emergenti a potenziale pandemico ed è altresì necessario definire criteri omogenei di indirizzo, finalizzati a potenziare le capacità di risposta territoriali in caso di evento pandemico.

Nelle Linee Guida in esame si evidenzia come l'utilizzo dei dispositivi di cui trattasi implichi il rafforzamento di strategie a livello operativo territoriale per garantirne la congrua disponibilità possibile agli operatori maggiormente esposti al rischio di contagio.

Tra queste strategie, le Linee Guida indicano il corretto stoccaggio in magazzini gestiti con criteri FIFO (First In First Out) di una scorta di DPI sufficiente a garantire il fabbisogno in ambito assistenziale "*nei primi 3 – 4 mesi di una emergenza pandemica influenzale*".

Esaminando i fabbisogni del periodo emergenziale, sopra riportati, emerge come il quantitativo di scorte indicato nelle Linee Guida (3 – 4 mesi di una emergenza pandemica influenzale) sia elevatissimo ed implichi la necessità per le Regioni di utilizzare a tal fine magazzini di rilevanti dimensioni.

Anche alla luce dell'obbligo per le Regioni di adottare piani pandemici regionali, in linea con il Piano nazionale, emerge l'assoluta importanza dell'operazione di centralizzazione dei magazzini di farmaci e dispositivi medici, oggetto del presente progetto.

Il Piano pandemico è, quindi, come visto, uno dei principali fattori "a favore" di una centralizzazione del magazzino di farmaci e DPI.

Come accennato, un altro fattore in tal senso è derivato dall'adesione, da parte di Regione Liguria, alla convenzione CONSIP di cui al contratto quadro "Servizi gestionali integrati" per le pubbliche amministrazioni.

Lo stato attuale dell'arte in materia di sistemi informativi dedicati al supporto dei processi contabili è risultato in parte non adeguato a sostenere le sfide imposte dalla crescente necessità di disporre di base dati omogenee di facile utilizzo, di dati ed informazioni pienamente affidabili, di anagrafiche comuni, di procedure standardizzate applicate in modo omogeneo all'intero Sistema Sanitario, con possibilità di estrazione, comparazione ed elaborazione sempre più sofisticata, all'altezza di una governance efficace, che consenta l'adozione tempestiva di puntuali misure di intervento sui processi gestionali di tutte le aziende del sistema.

A ciò si aggiungano le molteplici innovazioni di procedura imposte dalle più recenti norme, finalizzate, tra l'altro, alla raccolta centralizzata in tempo reale a livello nazionale di flussi informativi correlati alla gestione dei processi contabili, tra i quali si annoverano le attività di fatturazione elettronica attiva e passiva, le attività di incasso e pagamento con emissione di ordinativi elettronici e tracciamento dei flussi SIOPE e SIOPE plus, l'approvvigionamento di beni e servizi con l'attivazione dello snodo NSO mediante emissione di ordini elettronici di acquisto, la banca dati sugli appalti, la mappatura degli appalti tramite acquisizione di codice CIG e CUP, la costituzione di un unico database nazionale ove far confluire tutte le informazioni gestite dai processi sopra elencati, denominato Piattaforma dei Crediti Commerciali, nonché l'elaborazione dei molteplici flussi informativi aventi correlazione con i dati contabili propri del Sistema Sanitario Regionale.

Si è dunque valutato come la progressiva e pervasiva digitalizzazione di tutte le informazioni e dei processi di gestione ad esse correlati, oltre a favorire la semplificazione e l'accelerazione dei processi, comporti la necessità di sviluppare livelli incrementali di coordinamento nello svolgimento delle fasi esecutive da parte delle aziende, nonché livelli crescenti di sicurezza nella gestione dei flussi informatici e nella conservazione dei dati. Da qui la necessità, in considerazione dell'obiettivo di soddisfare i fabbisogni rappresentati dalle diverse Aziende sanitarie in modo efficace ed efficiente, che le stesse adottino un medesimo sistema contabile, la cui univocità costituisca elemento basilare sul quale progettare lo sviluppo di processi realmente integrati ed omogenei.

Si è infatti considerato che la gestione omogenea dei dati economico finanziari e patrimoniali nonché dei processi contabili posti a supporto degli stessi costituisce elemento nevralgico della capacità di governo delle dinamiche gestionali e di spesa dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

Con DGR n. 882/2019 la Regione Liguria ha così approvato il c.d. “Piano dei Fabbisogni”, progetto finalizzato alla reingegnerizzazione dell’intero sistema contabile delle Aziende partecipanti, che si fonda sull’unificazione di anagrafiche e codifiche e sulla standardizzazione di processi, procedure e attività, al fine di abilitare un cambiamento

che non sia solamente tecnologico, ma che comporti benefici per la governance complessiva del SSR.

Gli interventi descritti nel Piano dei Fabbisogni prevedono dunque la creazione di un sistema amministrativo contabile unico ed unitario a livello regionale.

Per quanto qui interessa, tra gli "Interventi core" indicati nel Progetto esecutivo vi è anche quello relativo a "Gestione magazzino e logistica", ove si prevede un'attività di analisi sui sistemi di gestione della logistica all'interno del SSR e definizione di una soluzione ottimale.

Secondo quanto indicato nel citato Progetto esecutivo, l'intervento prevede una preliminare analisi dei processi e della procedure attualmente in uso nelle Aziende riguardanti le attività di gestione del magazzino e della logistica per i beni sanitari e non sanitari dalla richiesta del relativo reparto alla ricezione della merce ed allo stoccaggio.

L'attività di analisi dell'AS IS e l'eventuale analisi dei gap terrà conto dei principali flussi logistici gestiti (a scorta, in transito, in conto deposito/visione/vendita) e dei diversi interlocutori che ciascun flusso logistico può coinvolgere (operatori di magazzino e personale di reparto) e permetterà di valutare le criticità degli attuali processi al fine di ridefinirli per garantirne l'ottimizzazione ed uniformare l'utilizzo della nuova soluzione.

In particolare, le attività previste nel Progetto esecutivo per la realizzazione della soluzione relativa alla gestione del magazzino e della logistica sono le seguenti:

- analisi degli attuali processi di movimentazione fisica di beni ad ogni livello di localizzazione (dai magazzini di reparto ai depositi centralizzati);
- analisi delle modalità operative di presa in carico nel sottosistema informativo di beni sanitari e non sanitari (responsabilità, tempi, modalità operative, informazioni gestite) e di gestione delle eventuali non conformità con il fornitore, e successivo stoccaggio della merce considerando i principali flussi logistici gestiti (a scorta, in transito, in conto deposito/visione/vendita) e le tipologie di magazzino;
- analisi delle modalità operative per la gestione delle richieste di reparto (responsabilità, tempi, modalità operative, informazioni gestite) per la preparazione

della merce, per lo scarico a sistema ed infine per la consegna e stoccaggio nei reparti dei beni;

- ricognizione di procedimenti e procedure in uso all'interno dei SSR sulla gestione logistica del farmaco ed individuazione di eventuali criticità;
- definizione dei processi di gestione del magazzino dei farmaci, dell'economato, tecnico e delle prestazioni; catalogo dei prodotti; inventario di magazzino rispondenti ai fabbisogni aziendali e regionali.

Tra gli "Interventi Addizionali" nell'ambito del progetto organizzativo (interventi per i quali si prevede l'attivazione successivamente all'avvio del contratto) è ricompreso lo studio di fattibilità "Accentramento magazzino" e cioè uno studio di fattibilità che indaghi sulla realizzazione di un sistema di accentramento funzionale e/o fisica dei magazzini.

Secondo quanto indicato nel citato Progetto esecutivo, tale studio sarà articolato in:

- analisi della situazione attuale, necessaria a fotografare la logistica delle aziende in termini di localizzazione, modalità organizzative e processi adottati, tecnologie applicate, costi generati;
- definizione delle possibili configurazioni adottabili per la centralizzazione delle funzioni di gestione di magazzino che dovranno essere previsti nel nuovo sistema informativo;
- analisi di compliance del modello centralizzato rispetto la vigente normativa fiscale.

4. GESTIONE DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: IL CASO LIGURIA

Nel nostro studio ci è sembrato utile, *in primis*, "fotografare" l'attuale gestione dei magazzini nell'ambito degli Enti sanitari della Regione Liguria, aggiungendo qualche nostra considerazione in merito.

Si pensi a due Aziende Sanitarie della Liguria come ASL 1 (Imperia e provincia) e ASL 5 (La Spezia e provincia), paragonabili per numero di abitanti (entrambe poco più di 200 mila

abitanti) e come superficie (la Provincia di Imperia misura circa 1.155 km², mentre quella di La Spezia circa 882 km²), inoltre anche come orografia i territori delle due ASL sono accostabili. Ebbene vedremo come, a livello di magazzini per farmaci e dispositivi medici, le due Aziende Sanitarie abbiano adottato soluzioni, se non diametralmente opposte, difficilmente paragonabili. Si potrebbe ipotizzare che la scelta di soluzioni così diverse possa essere dettata da ragioni logistiche: in fondo la Provincia di La Spezia conta 32 comuni in un territorio con una superficie meno ampia, mentre la Provincia di Imperia conta ben 66 comuni. Vedremo come, ad esempio nella gestione delle RSA di competenza o convenzionate nelle due Aziende Sanitarie, tale aspetto, ovvero il numero di comuni, vada ad incidere (nel caso di ASL 1), anche se non abbastanza da giustificare una scelta differente sul piano strategico.

Da ospedali come L'Istituto Gaslini e l'E.O. Galliera, invece, è emersa la necessità di delocalizzare i magazzini precedentemente collocati all'interno del perimetro ospedaliero. Tutto ciò per ragioni operative e logistiche: L'E.O. Galliera sarà coinvolto in un processo di rinnovamento epocale che determinerà anche una svolta urbanistica (verrà infatti realizzato il così detto "Nuovo Galliera", con un ripensamento radicale, appunto anche a livello urbanistico, rispetto all'attuale Ospedale inaugurato nel lontano 1888), mentre l'Istituto Gaslini a causa di una accesso logisticamente difficoltoso, determinato anche dalla esasperata urbanizzazione del secolo scorso, mira a spostare il proprio magazzino all'esterno del proprio perimetro.

Le difficoltà dell'Istituto Gaslini, come dicevamo, sono comuni per gli Enti dell'intera Regione Liguria a causa dell'orografia della regione, dei deficit infrastrutturali ormai pluridecennali acuiti dal crollo del viadotto ("Ponte") Morandi del 14 agosto 2018.

Tale crollo ha messo a nudo le enormi difficoltà trasportistiche della nostra regione e ha determinato una profonda riflessione sulla logistica legata al nostro territorio. La tragedia del Morandi ha riportato le difficoltà trasportistiche liguri, anche per la ricaduta sul principale porto italiano, quello di Genova, sul tavolo del dibattito nazionale: la ricostruzione del viadotto in tempi ragionevoli non era solo una questione ligure o genovese.

Appena risolta la problematica del crollo del viadotto Morandi, oggi sostituito con il viadotto San Giorgio, ecco la necessità, messa a nudo dal crollo del viadotto, di una manutenzione capillare ed approfondita su tutta la rete autostradale ligure e, in concomitanza, l'esplosione della pandemia mondiale legata al Covid-19.

Da inizio 2020 all'autunno 2021, mentre stiamo scrivendo, si è dovuta affrontare un'emergenza sanitaria globale come non ne capitavano da poco più di un secolo, ovvero dai tempi dell'influenza così detta "Spagnola" tra il 1918 e il 1920.

Per quanto riguarda la nostra regione tale emergenza non ha comportato solo un'emergenza di tipo sanitario in senso stretto (contagi, decessi), ma anche una problematica di tipo logistico.

Abbiamo già accennato alla crisi infrastrutturale ligure (da decenni non vi sono svolte significative da un punto di vista infrastrutturale e trasportistico), oltre alle indubbie criticità legate ai problemi di manutenzione (elusa per anni e con responsabilità da individuare con certezza da parte della magistratura), delle infrastrutture già presenti come le autostrade progettate e costruite nella seconda metà del secolo scorso.

Come si è visto nel paragrafo che precede, tali criticità, durante la pandemia Covid-19, si è riflessa anche sulla gestione della logistica legata ai DPI (Dispositivi Protezione Individuale), che ha coinvolto la Stazione Appaltante in cui lavoriamo per quanto riguarda la gestione dei magazzini di stoccaggio relativa a tali dispositivi.

Venendo ora all'analisi dello stato dell'arte in Liguria, occorre preliminarmente precisare quanto segue.

Popolazione residente: 1.550.000 – 9 aziende sanitarie – circa 6.000 posti letto

Nel 2019, nella prospettiva di uniformare le codifiche dei prodotti (farmaci, dispositivi medici, D.P.I. o beni economali), tenuto altresì conto dell'imminente adesione da parte di tutti gli Enti sanitari di Regione Liguria, ad esclusione dell'E.O. Ospedali Galliera, al nuovo applicativo gestionale -di cui si dirà nel proseguo- A.Li.Sa. ha richiesto alle diverse Aziende ed enti sanitari alcuni dati istruttori sulla rispettiva gestione del magazzino.

Nel mese di maggio la Centrale acquisti ha dapprima svolto una consultazione di mercato mediante sedute riservate con gli operatori del mercato coinvolti, dalla quale è emerso che i fattori che maggiormente incidono a carico degli operatori economici nella formulazione dell'offerta economica sono i seguenti:

- Ricerca ed individuazione di immobili da adibire a magazzino farmaci con il contestuale adeguamento tecnologico in ambito di mantenimento della cosiddetta catena del freddo e pertanto di controllo continuo delle temperature;
- Costo di mantenimento dei suddetti immobili (utenze energivore);
- Difficoltà nel trasporto logistico in termini di tempistiche, soprattutto all'interno della città di Genova, ma anche alle zone di ponente e levante vista la delicata situazione autostradale.

A livello economico, gli operatori economici hanno evidenziato che dato uniforme da porre a base d'asta dovrebbe essere quello della cosiddetta "riga d'ordine in uscita".

Gli stessi hanno altresì precisato che nella formulazione dell'offerta economica è fondamentale tener conto, soprattutto in una prima edizione di gara centralizzata, dell'investimento infrastrutturale che necessariamente dovrà essere sostenuto nella fase inziale; al fine di evitare che questo venga ribaltato per tutta la durata contrattuale su ogni "riga d'ordine", la base d'asta potrebbe essere suddivisa in due/tre diverse voci:

- Canone una tantum erogato una volta completata la fase transitoria e di trasferimento dei prodotti di ogni singolo Ente dagli attuali magazzini al magazzino centralizzato ed a seguito dell'esito di collaudo positivo;
- Canone mensile fisso erogato per soli 60 mesi decorrenti dalla data di avvio del servizio, ovvero dall'esito del collaudo positivo;
- Canone mensile variabile a seconda del numero di righe di ordine di consegna andate a buon fine, esclusi resi o soggetti a contestazione.

Successivamente alla predetta consultazione, la Centrale, tenuto conto delle risultanze emerse dalla stessa, ha tarato la richiesta dei dati istruttori su parametri rilevanti ai fini della redazione di un capitolato tecnico e sulla contingecy da effettuare per la quantificazione della base d'asta.

In particolare, sono stati chiesti ad ogni Enti sanitario i seguenti dati necessari ai fini di una corretta "fotografia" dello stato dell'arte della gestione della logistica dei magazzini:

1. stato dell'arte attuale (AS IS) dei magazzini farmaci, dispositivi medici e beni economali (con richiesta di specificare eventuali ulteriori magazzini di beni se non rientranti nelle categorie richiamate: ad esempio magazzini dialisi, laboratori analisi, stupefacenti o antiblastici, ecc…), in uso presso le varie sedi; si è richiesto inoltre di indicare per ognuno di essi se di proprietà o in locazione, specificandone ubicazione/indirizzo, superfici e data di scadenza del contratto di locazione, nonché canone annuale;
2. numero degli operatori e dirigenti farmacisti coinvolti nel percorso di gestione dei magazzini sia interni che esterni (ad esempio trasporti interni o esterni verso Case di riposo) specificando la qualifica ed il rapporto contrattuale (a tempo indeterminato, tempo determinato, part time); in caso di personale esterno si è richiesto di trasmettere la delibera attinente il servizio ed il costo annuale sostenuto;
3. il numero di righe d'ordine, mensili ed annuali, in uscita suddivisi per le seguenti categorie merceologiche a titolo esemplificativo e non esaustivo: ad esempio farmaci, dispositivi medici, beni economali, materiale in transito e conti deposito, ecc…;
4. tutti i centri di costo attivi (reparto/ubicazione/indirizzo);
5. il numero di prodotti attivi suddivisi per le categorie merceologiche in oggetto (farmaci, dispositivi medici e beni economali);
6. la frequenza, ovvero le fasce orarie di consegna ai reparti;
7. se esistono a disposizione spazi di proprietà dell'Ente che potranno essere gestiti in futuro, totalmente o in parte, dalla ditta che risulterà aggiudicataria del servizio. In caso affermativo dovrà essere indicata la locazione ed essere fornita una planimetria degli stessi;
8. eventuali particolarità/criticità della struttura non evidenziate nei punti precedenti, anche in tema di trasporti interni dei beni.

Di seguito si procederà all'analisi della situazione attuale delle diverse Aziende sanitarie, fotografandone la logistica in termini di localizzazione, modalità organizzative, processi adottati, costi, secondo quelli che sono i dati a suo tempo trasmessi dalle Aziende stesse.

Asl 1

In Asl 1 vi sono quattro presidi ospedalieri: Imperia – Sanremo – Bussana – Bordighera.

Ogni presidio ha diversi locali dedicati rispetto alla destinazione dei prodotti: farmaci - dm - presidi per pazienti diabetici e colourostomizzati – vaccini - ambulatorio malattie infettive_pad Giannoni (consegna singolo paziente) - farmaci per le 24 residenze protette

Tutti i magazzini indicati sono di proprietà dell'Azienda e comunque di piccole dimensioni, pertanto in una prospettiva di aggregazione di magazzino unico sarebbe necessario individuare un immobile esterno e non di proprietà.

In ogni caso la gestione dei beni economali si appoggia ad un magazzino in locazione di circa 1040 mq di cui la metà attualmente utilizzato per un costo annuale di circa 32.000 euro. Si aggiunge la gestione dei beni perfusionali e deflussori per un costo di circa 44.000 euro annui.

Il personale farmacista coinvolto è di n. 8 unità mentre il personale interno coinvolto sono circa n. 25 operatori.

Le righe d'ordine relative ai farmaci ammontano a quasi 26.000 annue per circa 173 centri di costo attivi.

Tra le particolarità segnalate emerge la difficoltà nei trasporti ai diversi presidi anche e soprattutto alle RSA dislocate in un territorio particolare.

Asl 2

La Asl 2, allo stato attuale, dispone di tredici magazzini dislocati presso i presidi ospedalieri che la compongono. Tutto gli spazi utilizzati sono di proprietà e probabilmente in un'ottica di centralizzazione non necessiterebbe di un hub esterno.

I dati trasmessi non chiariscono il numero di persone dedicato alla gestione dei magazzini ma evidenziano solo le figure apicali, sia farmacisti che amministrativi, ed i funzionari

informatici ed amministrativi che gestiscono gli ordini o malfunzionamenti dei gestionali. Pertanto sarebbe necessaria un'ulteriore istruttoria per identificare le professionalità coinvolte.

Il numero di righe d'ordine in ambito farmaceutico è di 22.381 annui.

Asl 3 – Ospedale Evangelico Int.le

Vi sono due magazzini all'interno dei due presidi ospedalieri "maggiori" ovvero Villa Scassi ed il San Carlo di Voltri e altri cinque dislocati nel territorio. Tutti questi occupano spazi di proprietà dell'Ente.

All'interno di Villa Scassi è esternalizzato il servizio di trasporto dei farmaci nei reparti per un costo annuo di 265.000 euro/anno.

Un magazzino per la gestione dei beni economali è situato in locazione presso Sestri Ponente per un canone annuo di 180.000 euro.

Sono coinvolti circa 25 farmacisti e n. 48 operatori di cui 12 nel magazzino economale e 16 presso Villa Scassi.

Risultano circa 180.000 mila righe d'ordine annui per i farmaci.

Asl 4

La ASL 4 dispone di due magazzini farmaci di proprietà presso i presidi ospedalieri di Lavagna e Sestri Levante ed uno economale in locazione in località San Salvatore ad un costo annuo di 63.000 euro.

Sono coinvolti 5 farmacisti e 12 operatori.

Risultano 6.000 righe d'ordine farmaci annui.

Asl 5

Il servizio è esternalizzato con due diversi contratti: uno relativo al gestione del magazzino farmaci ed un altro per la gestione del magazzino beni economali.

Entrambi i magazzini si trovano nel complesso Vincinella in località Santo Stefano Magra.

Per la gestione del magazzino farmaci è stato indicato un costo annuo di circa 830.000 euro. La durata è di 5 anni più opzione di 2 anni: scadenza originaria 1 agosto 2023. E' inserita clausola risoluzione anticipata in caso di gara regionale.

Per quanto concerne il magazzino economale il costo annuo è di circa 155.000 euro. Il contratto ha durata quinquennale con scadenza prevista per Marzo 2024. Anche in questo caso è inserita clausola risoluzione anticipata in caso di gara regionale.

E.O. Ospedali Galliera

L'Ente, nell'ottica della costruzione del Nuovo Ospedale, dismetterà gli attuali spazi dedicati al magazzino, pertanto ha già intrapreso la strada della esternalizzazione del servizio. Non ha pertanto sostituito i magazzinieri pensionati e ha collocato ad altre mansioni le persone coinvolte. Attualmente è gestito da personale con contratti a tempo determinato.

Il Galliera si è avvalso della Centrale Acquisti per la gara finalizzata alla esternalizzazione del proprio magazzino, la quale si è conclusa lo scorso Luglio con la aggiudicazione e stipula del contratto al concorrente vincitore.

La ditta aggiudicataria ha offerto a riga €. 3,37 per un importo annuale complessivo pari a circa €. 750.000,00.

Con l'aggiudicataria il contratto ha durata di 84 mesi più opzione di proroga di ulteriori 12 mesi.

IRCSS Istituto Giannina Gaslini

Il Gaslini dispone di un piccolo magazzino interno ove sono coinvolti una decina di operai specializzati. L'Istituto aveva partecipato con propri referenti qualificati alla redazione del capitolato per la esternalizzazione del servizio insieme al Galliera, ma dopo la fase di consultazione di mercato non ha voluto più intraprendere la strada dell'esternalizzazione per motivi sindacali.

IRCCS Policlinico San Martino

Sia il magazzino farmaci che quello dei beni economali sono dislocati all'interno dei padiglioni di proprietà dell'Ente rispettivamente Maragliano, Cotella, Pad. 9, Pad. Alloggi Religiosi, Pad Monoblocco e Pad. Sommariva.

Risultano coinvolti n. 37 unità di Magazzinieri suddivisi nei diversi magazzini.

Non viene indicato il numero esatto di Farmacisti impiegati ma solo il monte orario necessario, pari a n. 2 farmacisti.

Risulta un Numero di righe d'ordine farmaci 69.042 annui.

Il Policlinico San Martino non dispone di spazi adeguati per una gestione unica anche per difficoltà nella logistica e mobilità interna e soprattutto nei punti di stoccaggio. Rileva anche per carenze infrastrutturali difficoltà nella rilevazione delle temperature nella gestione dei farmaci.

Criticità

Di seguito si evidenziano le problematiche emerse dopo un'analisi complessiva dei dati ricevuti, difficoltà che dovranno necessariamente essere superate affinché si possa addivenire ad una procedura di gara centralizzata:

- Carenza/incompletezza dei dati richiesti in modo da uniformare la base dati complessiva: ad esempio, sul numero di personale tecnico / economale interno dedicato al servizio (ricevimento merce e sua consegna).

  Tra il personale coinvolto si menziona anche quello amministrativo e gli operatori informatici: tali operatori fanno sì parte della filiera del "magazzino", tuttavia non sono operatori della logistica che in caso di "esternalizzazione" del servizio sarebbero coinvolti in prima persona, ma rimarrebbero con le stesse funzioni. Le attività connesse come scarico DDT e autorizzazione fatture nonché gestione ticket sul software non mutano.
- All'interno di alcuni enti si evidenzia la parcellizzazione della gestione dei magazzini rispetto ai prodotti che vengono utilizzati: lo si nota dal fatto che le risposte pervengono con diversi allegati da diversi Dipartimenti degli stessi Enti e quindi

risulta difficile la lettura dei dati forniti, col rischio che si creino delle ripetizioni. Ad esempio, la gestione dei beni economali sembra di sola responsabilità del Patrimonio, mentre quella dei farmaci della parte clinica.

- Difficoltà sono emerse nella raccolta del dato relativo al numero di righe di ordine in quanto sembrerebbe che ogni Ente abbia un diverso metodo di tracciatura e ciò pertanto si riflette sul numero di prodotti gestiti creando problematiche nella definizione di una base d'asta (la base d'asta dovrà essere tarata sul numero di righe di ordine in uscita).
- Non sono individuati i mq dei magazzini interni ma solo di quelli esternalizzati: pare che mentre quelli esterni non risultano pienamente utilizzati in termini di capienza, quelli interni sembrerebbero saturi; inoltre gli stessi Enti, a parte Asl 2, non dispongono di spazi unitari di proprietà per la allocazione dei farmaci/dm/beni economali nel caso di gara regionale.
- Assenza di una gestione automatizzata dei beni di consumo e assenza di sistemi di tracking della merce.
- Assenza di un sistema di condivisione dei dati in modo da facilitare ed automatizzare lo scambio di beni tra gli Enti e nell'ottica di una ottimizzazione della gestione dei resi.

5. GESTIONE CENTRALIZZATA DEI MAGAZZINI IN AMBITO SANITARIO: STATO DELL'ARTE IN ITALIA PRE E POST- PANDEMIA COVID-19

5.1 STATO DELL'ARTE PRE-PANDEMIA COVID-19 (2018-2019)

Dopo aver trattato dello stato dell'arte in Liguria, si propone in questo capitolo una fotografia dello stato dell'arte in Italia aggiornata al 2018 e quindi prima dell'ondata pandemica Covid-19, nel secondo paragrafo di questo capitolo si presenterà una sintetica possibile evoluzione dettata dall'emergenza sanitaria che inevitabilmente ha coinvolto, e continuerà a coinvolgere, la rete logistica sanitaria.

Si è preso spunto da alcuni fonti secondarie, la principale di esse risulta, senza dubbio alcuno, il lavoro svolto dal *team* del Politecnico di Torino, e più specificatamente, del Gruppo di Ricerca "Reslog "(The Research Group for Engineering Systems and Logistics), facente parte del Dipartimento di Ingegneria Gestionale e della Produzione (DIGEP), guidato dall'Ing. Carlo Rafele.

Tale lavoro è stato presentato al Forum PA del maggio 2018 a Roma con il titolo "*Le regole per gli strumenti per l'innovazione della logistica sanitaria. Vincoli e opportunità*".

Uno dei primi aspetti presi in considerazione è il confronto fra la logistica sanitaria e le altre logistiche.

Tale confronto risulta utile per abbattere un pregiudizio consolidato… "[…] *occorre sfatare il mito che la sanità sia altro dal resto dei sistemi organizzati e che le logiche applicabili agli ambiti produttivi e del terziario non lo siano in questo contesto. La sanità ha standard di sicurezza alti, ma non superiori ad alcuni settori, ad esempio il trasporto aereo. Inoltre, i flussi, i rapporti operativi, le procedure sono similari ad altri contesti lavorativi. La scarsa attenzione ai processi extra-sanità e alle possibili ibridazioni è una delle cause dell'arretratezza organizzativa sanitaria* […]"

La logistica sanitaria differisce dalla logistica, per così dire "tradizionale" perché non ha come obiettivo un cliente qualsiasi, ma un cliente, in alcuni casi particolarmente fragile, come il paziente: "[…] *La logistica [sanitaria n.d.r.] non è da considerare come un'attività che riguardi esclusivamente l'approvvigionamento, il trasporto e lo stoccaggio, priva di influenza diretta sul cliente finale (il paziente), piuttosto essa rappresenta il collegamento tra il mercato e l'ambiente operativo interno dell'azienda sanitaria. La logistica sanitaria è il coordinamento delle operazioni che concorrono ad erogare il servizio richiesto al paziente […] Ancora oggi [2018 n.d.r.] questa evidenza non è chiara. Nelle nuove realizzazioni raramente si prende in considerazione la progettazione dei flussi ospedalieri come elemento portante del layout e degli spazi. Si ragiona essenzialmente per nodi statici e non per rete integrat*a […]".

Altra considerazione utile è quella riguardo la *Supply Chain* (ovvero la catena logistica o di rifornimento). Essa comprende l'insieme di tutte le attività (e, quindi, di tutte le aziende,

nel caso di specie, aziende sanitarie, che le svolgono) che permettono di portare sul mercato un prodotto o servizio.

Tale catena logistica dovrebbe tenere conto della complessità dei flussi dei materiali ospedalieri, per fare alcuni esempi:

- Servizi di ristorazione
- Trasporto pazienti
- Servizi di lavaggio/noleggio biancheria
- Trasporto materiale biologico
- Servizio di sterilizzazione
- Trasporto rifiuti RSU/Speciali
- Trasporto famaci, dispositivi medici e materiali economali

Ebbene, tali flussi spesso risultano organizzati in modo autonomo. E se è pur vero che non risulta semplice, in alcuni casi si potrebbe dire impossibile, integrarli, rimane comunque la necessità di mapparli, a maggior ragione in un'ottica di centralizzazione con esternalizzazione dei magazzini sanitari.

Detto della necessità di un superamento dei pregiudizi riguardo la logistica sanitaria, oltre di una mappatura dei flussi dei materiali ospedalieri focalizzando l'attenzione sul "cliente finale" nell'ottica di un miglioramento del servizio al paziente, sembra utile passare ad una fotografia dello stato dell'arte in Italia pre-pandemia Covid-19.

In primo luogo è necessario distinguere tra quattro tipologie di gestione di logistica sanitaria nell'ambito del territorio nazionale:

1) Gestioni che riguardano la totalità della regione o quasi.
2) Gestioni che riguardano diverse aziende sanitarie.
3) Gestioni che riguardano una o più aziende sanitarie singole, a volte di solo materiale Economale.
4) Gestioni che non prevedono alcuna centralizzazione della logistica sanitaria o che prevedono solo studi di centralizzazione o atti di indirizzo non ancora attuati.

1) Gestioni che riguardano la totalità della regione o quasi.

In questa prima tipologia troviamo sostanzialmente tre regioni che saranno oggetto di un *focus* approfondito nei capitoli seguenti, ovvero: Friuli-Venezia-Giulia, Toscana ed Emilia Romagna.

Ci si limiterà, per queste regioni, ad elencare qualche dato poiché, come detto, saranno oggetto di specifico approfondimento.

- **Friuli Venezia Giulia (1 centralizzazione con esternalizzazione)**

Il progetto di un magazzino centralizzato per i beni utilizzati dalle Aziende del servizio sanitario regionale prende corpo già dal 2009, EGAS (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi), predispone le relative procedure di gara e, nel 2016, un Protocollo Operativo nel 2016.

Il Magazzino Unico Regionale si trova presso l'Interporto di Pordenone, infrastruttura logisticamente attrezzata, in prossimità dei principali nodi viari e ferroviari, nonché baricentrica rispetto alle esigenze della logistica sanitaria (e non solo) friulana.

Viene data un'ulteriore grande spinta alla centralizzazione con la Legge Regionale del 17 dicembre 2018, n. 27, con la quale è costituita l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), che succede nel patrimonio e nei rapporti giuridici attivi e passivi di EGAS (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi), che viene contestualmente soppressa.

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci, Dispositivi Medici, Beni Economali.

Altre evoluzioni previste a breve termine: convergeranno su Pordenone anche le Aziende Sanitarie di Trieste e Gorizia.

- **Toscana (2 centralizzazioni)**

Aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie in un'unica Azienda: ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale), è stato istituito con Legge regionale n.26 del 23 Maggio 2014, con l'obiettivo di ottimizzare la spesa regionale destinata ai beni sanitari, pur mantenendo elevati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni. L'Ente viene

istituito con decorrenza 1° Ottobre 2014 e inizia la sua attività dal 1° gennaio 2015, sostituendosi ai tre ESTAV di Area Vasta Centro, Area Vasta Nord Ovest e Area Vasta Sud Est.

Presenti due magazzini centralizzati a Calenzano (Firenze) e Migliarino Pisano (Pisa).

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci, Dispositivi Medici.

Altre evoluzioni previste a breve termine: ASL Siena, ASL Arezzo e anche il magazzino di Migliarino convergeranno su Calenzano.

Ammodernamento del sistema informativo relativo ai prodotti gestiti da ESTAR, attraverso l'unificazione delle tre anagrafiche di area vasta (Centro, Sud Est e Nord Ovest) e la standardizzazione dei processi logistici su tutto il territorio regionale.

Revamping (ovvero ammodernamento) della linea automatizzata del magazzino di area vasta di Migliarino.

- **Emilia Romagna (2 centralizzazioni)**

Definizione di due Aree Vaste Regionali e un'Azienda unica per Rimini, Forlì, Ravenna e Cesena.

Intercent-ER, istituita con la Legge regionale n. 11 del 2004, è l'Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici della Regione Emilia-Romagna.

Tale Agenzia ha il compito di ottimizzare, razionalizzare e semplificare la spesa per beni e servizi delle Pubbliche Amministrazioni del territorio regionale, attraverso la gestione di un sistema telematico di negoziazione (e-procurement), la centralizzazione degli acquisti, la standardizzazione della domanda e l'elaborazione di strategie di gara innovative.

Gli approvvigionamenti, pertanto, avvengono tramite la centrale di acquisto Intercent-ER o su poche Aziende Sanitarie.

Realizzazione di due Magazzini centralizzati AVEN (Area Vasta Emilia Nord) e USL Romagna.

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci e Dispositivi Medici (Magazzino AVEN), Farmaci, Dispositivi Medici, Beni Economali (Magazzino USL Romagna).

Altre evoluzioni previste a breve termine: in corso di definizione un magazzino anche per AVEC (Area Vasta Emilia Centrale).

2) Gestioni che riguardano diverse aziende sanitarie.

- **Veneto (4 terziarizzazioni)**

Vi è l'Intenzione di implementare l'Azienda Zero istituita e disciplinata con Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, con funzioni di programmazione, attuazione sanitaria e socio sanitaria, coordinamento, *governance* e gestione tecnico-amministrativa.

Un altro obiettivo è quello dell'Integrazione delle ASL venete anche a livello di logistica sanitaria.

Gestioni terziarizzate (ovvero esternalizzate) dei magazzini: dell'Azienda Ospedaliera e ULSS16 di Padova, dell'ASL di Rovigo, dell'ASL di Asolo e dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci, Dispositivi Medici, Beni Economali (ASL di Padova, Rovigo e Asolo), Soluzioni fisiologiche (Azienda Ospedaliera di Verona).

Altre evoluzioni previste a breve termine: centralizzazione magazzino allestimento antiblastici.

- **Lombardia (1 centralizzazione, 3 terziarizzazioni)**

Nonostante la creazione di Arca Lombardia, istituita nell'aprile del 2014 in qualità di Centrale Acquisti e Soggetto Aggregatore della Lombardia, non vi è la volontà, ma sarebbe meglio dire necessità, di allestire un unico magazzino centralizzato regionale, neanche più magazzini suddivisi per macro-aree.

Tuttavia si segnala un magazzino sanitario centralizzato per l'ATS di Brescia (Ospedali Civili), unitamente alle ASST di Desenzano, Crema, Cremona e Lodi.

Una terziarizzazione per l'ATS di Milano.

Una terziarizzazione per l'istituto Tumori di Milano.

Una terziarizzazione all'ASST di Pavia.

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci, Dispositivi Medici, Beni Economali (Magazzino Centralizzato degli Ospedali Civili di Brescia e varie ASST), Dispositivi Medici e Beni Economali (ATS e Istituto Tumori Milano), Farmaci (ASST Pavia).

Altre evoluzioni previste a breve termine: incentivazione automazione e digitalizzazione nella micro-logistica.

- **Umbria (2 esternalizzazioni)**

Non vi è un unico magazzino centralizzato regionale.

Tuttavia si segnalano:

Esternalizzazione micro e macro-logistica con Magazzino unico per Azienda Ospedaliera di Perugia.

Esternalizzazione dall'ordine al fornitore fino alla consegna ai reparti per USL Umbria 1.

Tipologie di merceologie trattate: Farmaci, Dispositivi Medici, Beni Economali in entrambi i casi umbri.

Altre evoluzioni previste a breve termine: studio per l'aggregazione della logistica regionale.

3) Gestioni che riguardano una o più aziende sanitarie singole, a volte di solo materiale Economale.

- **Piemonte (2 esternalizzazioni)**

Vi è la volontà di puntare sulla centralizzazione logistica sanitaria fin dai Programmi Operativi 2013-2015 di Regione Piemonte.

Aggregazione di acquisti in ambito sanitario con una Centrale Acquisti Regionale (SCR Piemonte S.p.A), società di capitali interamente partecipata dalla Regione Piemonte, istituita con Legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007 con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica e di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle

materie di interesse regionale, in particolare nei settori delle infrastrutture, trasporti, telecomunicazioni e sanità. Nel 2015 su designazione della Regione Piemonte SCR è stata iscritta nell'elenco ANAC dei Soggetti Aggregatori: realizza gare pubbliche aggregate per le categorie merceologiche e le soglie definite dal DPCM del 11/07/2018. Quindi è chiara la *mission* volta all'integrazione tra Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della stessa Area.

Si segnalano:

Una gestione esternalizzata e una gestione esternalizzata per farmaci in dose unica per l'ASL di Alessandria.

Una gestione esternalizzata per l'ASL Torino 2

Una procedura di gara per una gestione esternalizzata per l'ASL Torino 5 (bloccata dal TAR su ricorso di SiNaFO (Sindacato dei Farmacisti Ospedalieri).

Attività di centralizzazione *in house* per ASO e ASL Cuneo 1

Tipologie di merceologie trattate: Dispositivi Medici, Beni Economali (ASL Alessandria, ASL Torino 2, ASO e ASL 1 Cuneo), Farmaci, Dispositivi Medici e Beni Economali (ASL Torino 5 procedura bloccata).

Altre evoluzioni previste a breve termine: in corso di pubblicazione una procedura di gara per la centralizzazione della logistica sanitaria di un gruppo di Aziende sanitarie aggregate con categorie merceologiche trattate Farmaci, Dispositivi Medici e Beni Economali.

- **Liguria (1 esternalizzazione)**

Abbiamo già illustrato l'evoluzione della centralizzazione degli acquisti in ambito sanitario nella nostra regione, nonché, nel dettaglio, lo stato dell'arte relativo alla Regione Liguria. Qui si segnala, pre-pandemia covid-19, la presenza di un'unica gestione esternalizzata presso l'ASL 5 Spezzino.

Categorie merceologiche trattate: Farmaci, Dispositivi Medici e Beni Economali.

- **Trentino-Alto-Adige (1 esternalizzazione)**

E' presente una gestione esternalizzata presso l'Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano.

Categorie merceologiche trattate: Dispositivi Medici e Soluzioni fisiologiche.

- **Lazio (6 esternalizzazioni)**

La Direzione regionale Centrale Acquisti (DRCA) è la struttura della Regione Lazio che ha i compiti di promuovere un sistema integrato di governo della spesa regionale per beni e servizi e di rendere disponibili strumenti operativi e gestionali per il miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità delle procedure di acquisto del "Sistema Regione" svolge le funzioni di Centrale di committenza per Enti del Servizio Sanitario Regionale anche attraverso il coordinamento della pianificazione delle iniziative di acquisto.

Tuttavia anche nel Lazio non è stato creato un magazzino di logistica sanitaria centralizzata e neanche più magazzini suddivisi per macro-aree.

Anche in questo caso, comunque, si segnalano sei esternalizzazioni:

l'ASL Roma B, l'ASL Roma E, l'ASL Roma H, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, il Policlinico Umberto I e l'ASL di Viterbo.

Categorie merceologiche trattate: Farmaci, Dispositivi Medici e Beni Economali (per tutte le esternalizzazioni).

- **Marche (1 esternalizzazione)**

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (A.S.U.R.), istituita con la L.R. n. 13/2003, è costituita a livello organizzativo e funzionale da n. 5 Aree Vaste (istituite con Legge regionale 1 agosto 2011 n. 17), che ricomprendono le storiche ex n. 13 Zone Territoriali.

Sono state apportate ulteriori modifiche con la Legge regionale n.8/2017, volte ad un rafforzamento della centralizzazione.

E' presente una gestione esternalizzata presso l'Azienda Sanitaria Unica delle Marche di Pesaro.

Categorie merceologiche trattate: Dispositivi Medici e Soluzioni fisiologiche.

Altre evoluzioni previste a breve termine: delibera della giunta regionale programmatica al fine della predisposizione di progetti finalizzati a valutare se la centralizzazione di

alcune attività che possano recare vantaggi economici e/o funzionali per la sanità regionale.

- **Puglia (1 esternalizzazione)**

E' presente una gestione esternalizzata presso l'ASL di Taranto.

Categorie merceologiche trattate: Dispositivi Medici e Soluzioni fisiologiche.

Altre evoluzioni previste a breve termine: in corso di studio un modello regionale di logistica integrata per le categorie merceologiche di Farmaci e Dispositivi Medici.

- **Campania (1 esternalizzazione)**

Gli acquisti in ambito sanitario sono centralizzati attraverso SO.RE.SA. (S.p.A. – Società Regionale per la Sanità), istituita dalla Regione Campania con DGRC n. 361 del 27/02/2004, in attuazione dell'art. 6, della L.R. n. 28 del 6/12/2003.

La *mission* della Società, come definita all'art. 4 dello Statuto (come modificato nel 2011), consiste nell'elaborare e gestire un articolato progetto finalizzato al "…*compimento di operazioni di carattere patrimoniale, economico e finanziario, destinate ad integrarsi con gli interventi per il consolidamento ed il risanamento della maturata debitoria del sistema sanitario regionale e per l'equilibrio della gestione corrente del debito della sanità; la società assiste e supporta gli enti del servizio sanitario regionale in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale*".

Anche in Campania, però, non è stato creato un magazzino di logistica sanitaria centralizzata e neanche più magazzini suddivisi per macro-aree.

E' presente una gestione esternalizzata "ibrida" presso l'ASL di Caserta.

Categorie merceologiche trattate: Dispositivi Medici, Beni economali e Soluzioni fisiologiche.

4) Gestioni che non prevedono alcuna centralizzazione della logistica sanitaria o che prevedono solo studi di centralizzazione o atti di indirizzo non ancora attuati.

- **Basilicata (Studi di centralizzazione)**

La Legge regionale del 18 agosto 2014, istituisce il Dipartimento SUA-RB (Stazione Unica Appaltante della Regione Basilicata) con funzioni di specializzazione nelle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, di razionalizzare la spesa pubblica, anche mediante l'accorpamento degli appalti, nel rispetto dei principi di economicità e trasparenza delle procedure.

Successivamente con la Legge Finanziaria Regionale del 2015 è stata inserita la Centralizzazione logistica come elemento cui dare attuazione.

Altre evoluzioni previste a breve termine: pubblicato bando di gara per la realizzazione di un Magazzino Unico Regionale con l'inserimento della gestione in dose unica del farmaco.

Dalla "Relazione tecnico-illustrativa" allegata in gara: "…*La necessità di una distribuzione controllata ed efficiente dei materiali all'interno di un ospedale è una indispensabile prerogativa per assicurare qualità del servizio e delle cure al paziente.*

La movimentazione dei materiali sanitari e non sanitari spiega una percentuale elevata dei costi operativi, quindi, se correttamente pianificata ed integrata nelle operazioni quotidiane, può contribuire ad eliminare tempi di ricerca, velocizzare le consegne ai richiedenti, non distogliere il personale preposto alle cure ad eseguire compiti non prettamente sanitari, migliorando così la produttività del lavoro.

Accanto ai processi primari, che si occupano del trattamento degli individui, si affiancano, in questo sistema, i processi accessori e di supporto, il cui obiettivo è la fornitura di tutti i prodotti e servizi necessari per i percorsi terapeutici. La logistica è uno dei principali processi di supporto, occupandosi di pianificare e coordinare tutte le attività necessarie per raggiungere i livelli desiderati di servizio al cliente e di qualità. Con la crescente necessità di miglioramento della qualità dei servizi e di contenimento dei costi, la logistica può, e deve, diventare uno degli strumenti per raggiungere gli scopi di efficienza e di efficacia che le Aziende Sanitarie intendono perseguire, a maggior ragione da quando

queste organizzazioni godono dell'autonomia gestionale. Per fare ciò, occorre ripensare profondamente quali siano le reali necessità di chi fruisce dei servizi e quali le attività dei processi che aggiungono valore per il cliente finale. Nello studio dell'erogazione dei servizi è sempre più importante partire, nell'analisi, dalle fasi a valle del processo, cioè dall'utente finale e quindi risalire lungo tutta la filiera delle attività. Solo in questo modo è possibile comprendere appieno quali siano le necessità, esplicite ed implicite, del cliente/utente.

Un grande aiuto in questo processo innovativo può venire da tutti gli studi e dalla letteratura che si occupano di Supply Chain Management in campo industriale: le applicazioni messe in atto nel settore manifatturiero, ad esempio a seguito dell'adozione della filosofia del Lean Manufacturing, possono essere adattate e poi accolte dal settore della sanità…"

- **Sicilia (Studi di centralizzazione)**

Realizzato un progetto di riorganizzazione logistica regionale articolato in tre Aree Vaste

- **Sardegna (Indirizzo politico per lo sviluppo di un programma operativo)**

La Giunta Regionale della Sardegna con Deliberazione n. 8/34 del 20/0/2018 deliberava:

"[…] di assegnare alla Azienda per la Tutela della Salute (ATS) il compito di sviluppare il programma operativo per l'attivazione del servizio inclusa la procedura amministrativa per l'affidamento del servizio di distribuzione dei medicinali alle strutture delle Aziende sanitarie della Regione attraverso l'HUB UNICO del farmaco, tramite apposita gara per la fornitura del servizio ovvero altra procedura individuata nell'ambito delle sperimentazioni gestionali nel settore sanitario di cui all'art. 9-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni […]"

- **Calabria**

Realizzato un Programma Operativo triennale (2019-2021), ma ci troviamo in fase embrionale con alcuni cenni a una maggiore aggregazione e centralizzazione degli acquisti e alla logistica in generale

In ultimo non si segnalano, per quanto a nostra conoscenza e in base alle fonti secondarie, esperienze significative in **Abruzzo**, **Valle D'Aosta** e **Molise**, ovviamente con riferimento alla logistica sanitaria integrata e alla centralizzazione attraverso la creazione di un magazzino unico.

5.2 STATO DELL'ARTE POST-PANDEMIA COVID-19 (2020-2021)

Si propone in questo paragrafo una fotografia dello stato dell'arte in Italia aggiornata dopo l'ondata pandemica Covid-19.

Anche in questo caso si è preso spunto da alcuni fonti secondarie, la principale di esse risulta, nuovamente, il lavoro svolto dal *team* del Politecnico di Torino, e dal l Gruppo di Ricerca "Reslog coordinato dall'Ing. Carlo Rafele.

Tale lavoro è stato presentato al Forum PA dell'ottobre 2021 a Roma con il titolo "*Logistica sanitaria: una leva per il miglioramento del sistema sanitario*".

Come è noto nella "dottrina" della logistica e della logica delle gestione dei materiali si va sempre più verso la logica *pull* ("a trazione"), ovvero si parte dalla domanda "effettiva" e si cerca di allineare tutta la catena logistica al soddisfacimento di questa domanda. Senza l'apporto della digitalizzazione la gestione *pull* non è attuabile.

Si spiega in questo modo l'aumento negli ultimi anni delle automazioni e delle digitalizzazioni nella micro-logistica, principalmente, a parte alcuni sporadici casi, per iniziativa della singola Azienda Sanitaria, con il risultato di esperienze slegate fra loro e molto onerose.

Per ridimensionare tali oneri e favorire la sinergia tra le Aziende Sanitarie non possono che partire dall'architettura istituzionale, occorrono pertanto soluzioni di *governance*: siano esse Aziende centralizzate, consorzi tra Aziende o Centrali di Acquisto e di logistica.

Insomma l'architettura istituzionale deve favorire un'aggregazione della domanda e della centralizzazione, ma attraverso l'evoluzione del modello logistico sanitario deve vedere lo sviluppo di modelli organizzativi della macro-logistica in stretta sinergia con la componente della micro-logistica, attraverso un flusso logistico che parta dal fornitore per giungere al paziente.

Uno dei temi principali riguarda due dimensioni di scelta inerenti il modello organizzativo da adottare: stabilire a che livello di accentramento si vuole arrivare e, come si è visto, alcune regioni hanno puntato verso modelli logistici fortemente accentrati (si pensi agli esempi di Toscana, Emilia Romagna o Friuli-Venezia-Giulia), con alcuni vantaggi "…*quali sfruttamento di economie di scala, di spazio e di specializzazione, migliore integrazione delle attività, maggiore standardizzazione, ottimizzazione della gestione delle scorte, sgravio di lavoro a vantaggio di professionalità cliniche*…".[2]

In secondo luogo va stabilito il grado di esternalizzazione: "…*Tutte le attività del ciclo logistico "no core" possono essere affidate ad un partner esterno. Le esperienze di esternalizzazione possono riguardare diversi aspetti della logistica, dalla gestione dei magazzini, a quella dei trasporti di beni e persone, alla distribuzione/raccolta interna ai reparti*…"[3].

In questo quadro in continua evoluzione la pandemia Covid-19 ha determinato alcune nuove sfide ed alcune problematiche: si pensi, per quanto riguarda i farmaci, alla difficoltà di tracciabilità (molti produttori nello stesso tempo) o alla necessità urgente di creare *hub* regionali e le relative necessità trasportistiche, oppure, per i dispositivi medici, l'incremento esponenziale dei consumi, con domanda ed offerta non allineate, l'aumento esponenziale delle scorte necessarie, il tutto con fonti di approvvigionamento e di

[2] Studio di Reslog del 2021, cit.

[3] Studio di Reslog del 2021, cit.

consegna non coordinate e sullo sfondo la necessità di garantire la tracciabilità dispositivi stoccati.

L'evoluzione determinata dalla pandemia è un'evoluzione di tipo socio-sanitario, in un contesto di risorse che scarseggiano, una forte pressione economica unita, per gli Enti sanitari, a vincoli di bilancio stringenti.

Nell'ultimo anno e mezzo, da inizio 2020 alla fine del 2021, siamo passati da un'emergenza ospedaliera ad un'emergenza territoriale.

Su questo aspetto Reslog centra perfettamente il punto: "…*La logistica deve adeguarsi e fornire supporto al sistema territorio che si è dimostrato debole, ma che è l'elemento vincente per far reggere il sistema sanitario*…".

Se è vero che già esistevano alcuni servizi socio-sanitari "traslati" sul territorio, si pensi all'assistenza domiciliare, compresa la distribuzione dei farmaci a domicilio o presso le farmacie territoriali in sostituzione di quelle ospedaliere, l'emergenza sanitaria ha enfatizzato questo aspetto, portando la logistica ad un ruolo da protagonista: la prevenzione avviene attraverso la somministrazione dei vaccini, la diagnosi si fa attraverso i tamponi, la cura si concretizza attraverso la distribuzione dei farmaci a domicilio, l'assistenza al malato è possibile solo attraverso l'utilizzo di DPI.

E' evidente che il minimo comune denominatore tra queste necessità è costituito dalla logistica: "…*Le nuove esigenze/emergenze sanitarie hanno evidenziato che la catena logistica non si interrompe dove lo decidono le istituzioni/attori del sistema, ma è un tutt'uno dal fornitore all'utilizzatore finale*…", osserva Reslog e aggiunge, come sia necessario, per far fronte a questo allargamento di prospettiva, realizzare un'interconnessione fra tre aspetti:

- Automazione/digitalizzazione
- Centralizzazione/esternalizzazione
- Integrazione del territorio

Esistono alcune prospettive di sviluppo.

Il PNRR prevede interventi e fondi per far crescere la digitalizzazione della sanità.

Un'altra prospettiva di sviluppo è l'estensione della informatizzazione e della digitalizzazione alle Aziende e tra le Aziende.

Anche In quest'ottica vanno lette le evoluzioni più significative concretizzatesi negli ultimi due anni, rispetto all'esposizione del paragrafo precedente.

Friuli Venezia Giulia

Già attuata una forte centralizzazione; per l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-Logistica si segnala un sistema di posta pneumatica.

Toscana

Già attutata una forte centralizzazione, cresce l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-logistica: si contano sei esempi Significativi, fra cui 2 Automated Guided Vehicle (Veicolo a Guida Automatica) e 2 sistemi di posta pneumatica.

Emilia Romagna

Già attutata una forte centralizzazione, cresce tantissimo l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano ben 13 esempi significativi, fra cui 5 sistemi di Prescrizione e/o somministrazione informatizzate.

Veneto

E' stata effettivamente ulteriormente implementata l'Azienda Zero in relazione alla programmazione, all'attuazione sanitaria e socio sanitaria, e a livello di coordinamento, *governance* e gestione tecnico-amministrativa.

Ad aprile è stata bandita una procedura aperta telematica ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., per l'affidamento del servizio di logistica di Azienda Zero per la gestione di farmaci, dispositivi medici e prodotti economali in fabbisogno al Servizio Sanitario Regionale del Veneto per la durata di 24 mesi.

Cresce l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-logistica: troviamo 7 esempi significativi fra cui 1 magazzino automatizzato e ben 4 sistemi di posta pneumatica.

Lombardia

Confermata la volontà di non allestire un unico magazzino centralizzato regionale e neanche più magazzini suddivisi per macro-aree, poiché non nelle necessità della Regione Lombardia.

Esempio italiano più significativo per automazione e digitalizzazione nella micro-logistica, tanto da rappresentare una scelta strategica. Si contano 31 esempi significativi, fra cui: 4 magazzini automatizzati, 7 sistemi di posta pneumatica, 2 carrelli informatizzati.

Non si può qui non ricordare quanto avvenuto nel corso del 2019 con la confluenza di ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti S.p.A.) e Lombardia Informatica S.p.A.., come da Legge regionale 27/2019, in ARIA SpA (Azienda Regionale per l'innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia), che affianca la regione nella trasformazione digitale della P.A. supportando le politiche regionali tramite attività di *governance by data*. Viene quindi garantita da ARIA SpA la centralizzazione degli acquisti in ambito sanitario, unita a una forte spinta per la digitalizzazione.

Va ricordato che ARIA costituisce un progetto unico nel suo genere proprio perché, come recita il proprio sito istituzionale www.ariaspa.it *"….è la prima società in house a cui è affidata la missione di progettare e gestire infrastrutture fisiche e digitali e contemporaneamente il ciclo degli acquisti aggregati degli Enti della Pubblica Amministrazione regionale…"*.

In virtù di quanto sopra non sorprende la scelta di Regione Lombardia di puntare su automatizzazione e digitalizzazione per raccogliere la sfida data dalla pandemia Covid-19 in una delle regioni più colpite duranre la prima ondata pandemica.

Umbria

Prosegue il percorso per l'aggregazione della logistica regionale, tanto che è stato creato un corso regionale per la formazione specifica di "Operatore di logistica integrata".

Cresce l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-logistica: troviamo 3 esempi significativi fra cui 1 magazzino automatizzato.

Piemonte

E' stata aggiudicata la procedura aperta per l'affidamento del servizio di gestione integrata della logistica sanitaria per le Aziende Sanitarie dell'AIC 3 "ASO "Maggiore della Carità" di Novara, ASL BI di Biella, ASL NO di Novara, ASL VC di Vercelli, ASL VCO di Omegna, relativa alla centralizzazione della logistica sanitaria di un gruppo di Aziende sanitarie aggregate con categorie merceologiche trattate Farmaci, Dispositivi Medici e Beni Economali per un importo di € 24.048.000,00 e una durata di 9 anni.

Cresce molto l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano ben 10 esempi significativi, fra cui 2 magazzini automatizzati.

Liguria

Analizzeremo nel dettaglio lo stato dell'arte relativo alla Regione Liguria. Qui si segnala, come visto nel paragrafo che precede, la presenza, pre-pandemia covid-19, di un'unica gestione esternalizzata presso l'ASL 5 Spezzino.

A fine 2020 è stata aggiudicata una procedura di gara bandita dalla Centrale Regionale di Acquisto (Oggi S.U.A.R.), per l'esternalizzazione del magazzino dell'E.O. Ospedali Galliera di Genova.

Una considerazione conclusiva va fatta sull'aspetto delle automazioni e digitalizzazioni nella micro-logistica sanitaria della Regione Liguria.

Il già citato studio Reslog/Politecnico di Torino del 2021 individua per la Regione Liguria quattro esempi di automatizzazioni o digitalizzazioni nella nostra regione:

- 1 Magazzino a gestione del farmaco in dose unitaria
- 2 Impianti di posta pneumatica
- 1 Sistema di prescrizione e/o somministrazione informatizzata

Su questo peculiare aspetto, la Regione Liguria non si colloca tra le regioni più virtuose, ma comunque in posizione intermedia rispetta alla realtà italiana.

Trentino-Alto-Adige

Non si segnalano novità salienti, per quanto riguarda l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-logistica si segnala solo un sistema di posta pneumatica.

Lazio

Presente l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano 4 esempi significativi, fra cui 1 magazzino automatizzato.

Marche

Presente l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano 2 esempi significativi, fra cui 1 magazzino automatizzato.

Puglia

Presente l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano 5 esempi regionali.

Campania

Nel marzo 2020 è stato varato il Piano Industriale 2020-22 Acquisti, Infrastrutture, Innovazione Marzo 2020 industriale 2020-2022 da SO.RE.SA. e dalla Regione Campania, che recita a pag. 13, fra gli "Indirizzi e progetti strategici": **"…***Crescita focalizzata e sostenibile lungo i tre assi portanti: Acquisti (aggregazione), Infrastrutture, Innovazione. […] 5. Logistica Integrata: Magazzino centralizzato 6. Supportare il governo delle AA.SS. Campane: Sinfonia, SIAC 7. Nuovi servizi digitali 8. Partenariati con Università Campane 9. Rafforzare Open Innovation*".

Presente l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si contano 3 esempi regionali, fra cui un sistema di posta pneumatica.

Basilicata

Aggiudicata il 13/05/2020 la gara per la realizzazione di un Magazzino Unico Regionale con l'inserimento della gestione in dose unica del farmaco, avente ad oggetto: "*Procedura aperta per l'affidamento in outsourcing della gestione dei servizi logistici integrati di beni sanitari e non e del confezionamento dei farmaci in dose unitaria in fabbisogno alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Basilicata"*.

E' stata quindi realizzata una centralizzazione con esternalizzazione del magazzino, le cui peculiarità saranno meglio illustrate nel proseguo del presente lavoro.

Ridotta invece l 'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica: si conta un solo esempio.

Sicilia

Nessuna novità saliente, anche per l'automatizzazione e la digitalizzazione nella micro-logistica.

Sardegna

Nessuna novità saliente, automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica presenti con tre esempi fra cui 1 magazzino automatizzato.

Abruzzo

E' stato attivato, ad inizio 2020, un tavolo permanente fra regione ed aziende sanitarie, per implementare aspetti strategici fra cui la logistica sanitaria. Automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica presenti con 4 esempi fra cui 1 magazzino automatizzato.

Molise

Automatizzazione e la digitalizzazione nella micro- logistica presente con un solo esempio, ovvero l'armadio informatico per i farmaci.

Calabria

Nessuna novità saliente.

In ultimo non si segnalano, per quanto a nostra conoscenza e in base alle fonti secondarie esaminate, esperienze significative in **Valle d'Aosta** che a livello di logistica sanitaria va forse considerata integrata con il Piemonte.

In conclusione, appare evidente il ruolo della pandemia Covid-19 verso un'integrazione fra micro e macro-logistica, con un'evoluzione del contesto ed uno spostamento dell'emergenza anche sul territorio.

Crescono le centralizzazioni con il magazzino unico, quanto meno per farmaci, dispositivi medici e beni economali, con un adeguamento delle infrastrutture a livello di automatizzazioni e digitalizzazioni, anche per la spinta del PNRR, e, nella maggior parte dei casi con esternalizzazioni o terziarizzazioni.

Nell'arco temporale di cinque/dieci anni si potrà riscontrare o meno se attraverso *l'outsourcing* si saranno create (e sfruttate per altri investimenti) economie di scala, recupero di spazi all'interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, migliore integrazione delle attività, maggiore standardizzazione, ottimizzazione della gestione delle scorte, sgravio di lavoro a vantaggio di professionalità cliniche.

Il Paese sembra intenzionato ad accettare la sfida e inserire la logistica sanitaria integrata e la centralizzazione dei magazzini, automatizzati e digitalizzati, fra le proprie priorità.

6. IL MAGAZZINO CENTRALIZZATO: CASI STUDIO

6.1 IL MODELLO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Popolazione residente: 1.250.000 – 6 aziende sanitarie – circa 4.100 posti letto

La Regione Friuli Venezia Giulia ha, sin dal 2005, improntato una politica sanitaria di gestione e movimentazione dei beni di consumo – farmaci – dispositivi medici – beni economali – centralizzata, creando un magazzino unico regionale.

Nel 2005, mediante la società a compartecipazione pubblica Interporto di Pordenone, Regione Friuli Venezia Giulia ha preso in locazione un magazzino all'interno degli spazi messi a disposizione da questa società.

Dapprima solo la Asl di Pordenone ha usufruito di questi spazi esternalizzando i servizi di gestione, dallo stoccaggio alla distruzione, di movimentazione e trasporto ai presidi territoriali provinciali.

Inoltre è stato messo a gara anche l'aggiornamento infrastrutturale e tecnologico degli spazi che aveva a disposizione la Regione in modo da garantire, a conclusione del contratto, che il magazzino avesse già a disposizione un know infrastrutturale ben definito.

La politica regionale, mediante l'adozione di diverse Linee Guida sanitarie unitarie, ha portato all'istituzione, con Decreto del Presidente della Regione n. 0240/Pres. del 21 dicembre 2018 in attuazione alla Legge Regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale n. 27 del 17 dicembre 2018, di una "Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS)", operativa dal 1 gennaio 2019, quale ente dotato di personalità giuridica pubblica, disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le Aziende Unità Sanitarie Locali di cui al D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992.

La Regione, anche con politiche del personale atte ad evitare deroghe all'assunzione a tempo indeterminato di personale dedicato alla gestione manuale dei magazzini, non rimpiazzando di fatto i pensionandi, ha fatto sì che le 5 aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia fossero indirizzate ad un'unica gestione della movimentazione e distribuzione dei beni consumo sanitari.

Tra i Dipartimenti di ARCS i tre Dipartimenti maggiormente coinvolti nel processo di gestione del magazzino unico sono quelli di Approvvigionamenti e Logistica, del Farmaco, Cellule e Tessuti nonché quello del Bilancio

Obiettivi Dipartimento Logistica

- Emissione degli ordini di acquisto e il successivo follow up fino alla consegna della merce presso il Magazzino centralizzato (solleciti a fornitori e gestione delle anomalie)
- Asseverazione delle fatture passive (verifica di conformità tra ordine – consegna – fattura)
- Reverse logistic (resi a fornitori, resi da Aziende, smaltimento scaduti)
- Aggiornamento e manutenzione del catalogo articoli disponibili a stock o in transito presso il Magazzino centralizzato (anagrafiche articoli, fornitori e contratti)
- Gestisce le relazioni con fornitori e clienti
- Per i beni economali, definisce la politica di gestione delle scorte, elabora le proposte d'ordine, gestisce le non conformità di prodotto segnalate dalle Aziende del SSR
- Cura i rapporti con l'operatore logistico a cui è affidata la gestione in outsourcing del Magazzino centralizzato e della logistica distributiva, attraverso il monitoraggio delle prestazioni e la definizione di procedure condivise
- Promuove il miglioramento continuo e l'innovazione dei processi della logistica distributiva e della logistica di reparto nell'ambito della supply chain sanitaria centralizzata, in stretta relazione con gli altri attori coinvolti (Aziende del SSR, altre strutture del Dipartimento, fornitori, operatore logistico e Insiel spa).

Obiettivi Dipartimento Farmaco

- Sorveglianza sul corretto stoccaggio e distribuzione dei prodotti affidati: gestione standardizzata del magazzino centralizzato e sorveglianza sul corretto utilizzo dei sistemi informativi riguardanti i flussi dei medicinali sia nell'ambito regionale che ministeriale

- Governo delle procedure di acquisto, programmazione scorte e attivazione tempestiva dei relativi procedimenti amministrativi (es. medicinali a brevetto scaduto, biosimilari, confronto prezzi dispositivi etc)
- Gestione di un osservatorio sull'appropriatezza, farmacovigilanza ed analisi della spesa supportando, unitamente alle altre funzioni della Tecnostruttura sanitaria, la
- Direzione Centrale Salute e le Farmacie aziendali nel monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici
- Partecipazione ai percorsi di programmazione e sorveglianza in materia di farmaci e dispositivi medici attivati dalla Direzione Centrale Salute
- Collaborazione con la SC HTA per le materie di propria competenza
- Gestione del centro regionale antidoti per eventi non convenzionali
- Collabora inoltre con il Comitato Etico Regionale Unico al monitoraggio delle sperimentazioni cliniche sul territorio regionale

Obiettivi Bilancio

- Governo dei processi contabili e fiscali dell'attività commerciale correlata alla gestione della logistica di magazzino centralizzata
- Governo dei processi di contabili correlati alla gestione assicurativa dei rischi centralizzati
- Governo dei processi di competenza correlati alla gestione di specifici finanziamenti sovraziendali finalizzati attribuiti all'azienda
- Governo dei processi di competenza correlati alla gestione di specifici finanziamenti finalizzati alla gestione di convenzioni con le diverse forme di associazionismo di competenza delle aziende
- Gestione dei rapporti infragruppo in merito ai processi centralizzati gestiti

Allo stato attuale pertanto la gestione, movimentazione e logistica distributiva dei beni di consumo da parte della ditta esterna arriva sino ai punti di consegna delle singole aziende sanitarie.

La procedura di gara in corso ed indetta a Maggio 2021 ha come obiettivo, descritto a capitolato, quello di consegnare i beni sino ai reparti.

Entrando nel processo dei beni, di seguito la descrizione sintetica del ciclo attivo e del ciclo passivo[4].

In questo ambito nasce tutto da un Protocollo operativo del 2016 ove ARCS ha preso, in virtù della legge regionale istitutiva, le funzioni di EGAS, che di seguito si riporta testualmente:

ARCS svolge un'attività commerciale, senza fini di lucro, all'interno del proprio ruolo istituzionale. Infatti, a seguito della sottoscrizione dei contratti di fornitura, EGAS acquisisce la proprietà dei beni inseriti a catalogo; il successivo atto di distribuzione del

[4] Appare utile un breve cenno alle disposizioni recate dal D.P.R. n. 633/1972 in tema di "Gruppo Iva". In particolare, l'articolo 70-bis dispone che "…*I soggetti passivi stabiliti nel territorio dello Stato esercenti attività d'impresa, arte o professione, per i quali ricorrano congiuntamente i vincoli finanziario, economico e organizzativo di cui all'articolo 70-ter, possono divenire un unico soggetto passivo, di seguito denominato "gruppo IVA*".

Per quanto qui interessa, il richiamato art. 70-ter del D.P.R. n. 633/1972 prevede che:

"…*1. Si considera sussistente un vincolo finanziario tra soggetti passivi stabiliti nel territorio dello Stato quando, ai sensi dell'articolo 2359, primo comma, numero 1), del codice civile e almeno dal 1º luglio dell'anno solare precedente:*

a) tra detti soggetti esiste, direttamente o indirettamente, un rapporto di controllo;

b) detti soggetti sono controllati, direttamente o indirettamente, dal medesimo soggetto, purché residente nel territorio dello Stato ovvero in uno Stato con il quale l'Italia ha stipulato un accordo che assicura un effettivo scambio di informazioni.

1-bis. Il vincolo finanziario si considera altresì sussistente tra i soggetti passivi, stabiliti nel territorio dello Stato, partecipanti ad un Gruppo Bancario di cui all'articolo 37-bis del testo unico di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385. (697)

2. Si considera sussistente un vincolo economico tra soggetti passivi stabiliti nel territorio dello Stato sulla base dell'esistenza di almeno una delle seguenti forme di cooperazione economica:

a) svolgimento di un'attività principale dello stesso genere;

b) svolgimento di attività complementari o interdipendenti;

c) svolgimento di attività che avvantaggiano, pienamente o sostanzialmente, uno o più di essi.

3. Si considera sussistente un vincolo organizzativo tra soggetti passivi stabiliti nel territorio dello Stato quando tra detti soggetti esiste un coordinamento, in via di diritto, ai sensi delle disposizioni di cui al libro quinto, titolo V, capo IX, del codice civile, o in via di fatto, tra gli organi decisionali degli stessi, ancorché tale coordinamento sia svolto da un altro soggetto.

4. Salvo quanto disposto dal comma 5, se tra i soggetti passivi intercorre il vincolo finanziario di cui al comma 1, si presumono sussistenti tra i medesimi anche i vincoli economico e organizzativo di cui ai commi 2 e 3 […]".

bene alle aziende si configura come una vendita (trasferimento degli effetti economici e giuridici dell'acquisto del bene) sulle aziende ordinanti.

Il passaggio di proprietà avviene al momento della consegna dei beni all'Azienda/reparto ordinante, in particolare con l'atto di accettazione sul sistema informativo da parte degli operatori designati dall'Azienda ricevente.

Tale operazione avvia a livello di sistemi informativi la fatturazione della compravendita: una fattura passiva a carico delle Aziende Sanitarie e una fattura attiva per EGAS.

Similmente il reso della merce da parte delle Aziende Sanitarie genera una nota di credito da parte dell'EGAS.

Data la natura commerciale del Magazzino, anche la cessione di beni ad una azienda sanitaria pubblica, regionale o extraregionale, non aderente al Magazzino centralizzato si configura sempre come una vendita.

Fanno eccezione a tale gestione gli emoderivati derivanti dal Piano sangue regionale, che dato il loro meccanismo di approvvigionamento estraneo a logiche di mercato, sono valorizzati a costo zero.

Ciclo attivo

I singoli reparti aziendali richiedono i beni secondo tre livelli di urgenza.

I gestionali informatici aziendali e del magazzino unico, che interagiscono tra di loro, evadono la richiesta, previo visto del responsabile del magazzino e richiedono la consegna al magazzino centrale al fornitore.

Emissione DDT e controllo merce.

Emissione di fattura a favore di ARCS con IVA.

ARCS paga il fornitore.

ARCS rivende ai singoli Enti sanitari IVA esente.

Trasporto e consegna ai reparti degli Enti.

Sotto un punto di vista contabile ARCS, mediante i suoi responsabili definiti da apposito regolamento, è agente contabile.

Ciclo passivo

ARCS verifica i livelli di scorta dei beni a magazzino.

Emette direttamente gli ordini ai fornitori.

Fattura direttamente ARCS.

Gestione dei resi ai fornitori.

Codifica unica dei beni.

Consegna ai reparti.

Attualmente lo spazio del magazzino unico occupa una superfice di 10.000 mq a cui vanno aggiunti 2.500 mq per i DPI Covid.

La gestione dei DPI ed apparecchiature Covid durante il picco emergenziale era contingentato e veniva distribuito direttamente da ARCS; a patire da Ottobre 2020, invece, segue lo stesso processo del ciclo attivo sopra descritto.

Mediante il magazzino unico sanitario, il Friuli Venezia Giulia gestisce e movimenta l'85% dei beni di consumo.

Il restante 15% rimane in capo alle singole Aziende sanitarie a cui rimane la gestione della diagnostica di laboratorio, protesica ed i dispositivi medici in conto deposito ed in conto visione.

Regione Friuli Venezia Giulia, forte dell'esperienza maturata in questi 15 anni, partendo da un'unica azienda sanitaria e arrivando a coinvolgere tutte le realtà sanitarie regionali, ha, mediante la sua centrale di committenza, redatto un capitolato tecnico molto dettagliato, consapevole delle criticità e delle problematiche che possono emergere.

L'oggetto dell'appalto è il seguente:

- **Gestione del Magazzino centralizzato ARCS** (di seguito, MAGPN), che prevede le seguenti attività: ricevimento, stoccaggio, prelievo, preparazione degli ordini ricevuti, spedizione e trasporto di farmaci, beni sanitari (presidi, dispositivi medici e diagnostici) e beni non sanitari (prodotti economali) nonché gestione dei flussi di "reverse logistic" (resi da reparti e resi a fornitori) e delle attività inventariali;

- **Gestione dei servizi di logistica di reparto e logistica aziendale**, che prevede, presso le varie strutture sanitarie regionali, le seguenti attività: ricevimento merci (provenienti da MAGPN e da altri fornitori) presso i singoli punti di consegna, distribuzione a reparto con eventuale stoccaggio dei materiali nei depositi di reparto, gestione di magazzini di reparto.

L'appalto è organizzato in un unico lotto comprendente i processi di logistica distributiva e di logistica di reparto sopra descritti, al fine di mantenere l'unitarietà dell'intera filiera e perseguire i seguenti obiettivi: semplificazione delle interfacce relative ai sistemi informativi e delle organizzazioni, assorbimento delle inefficienze e dei picchi di domanda, miglioramento continuo dei processi attraverso la loro integrazione.
Di seguito le attività principali a carico degli operatori economici:

Ricevimento merci e stoccaggio

Il processo dovrà comprendere le seguenti attività:

a) accoglimento della consegna (lo scarico del mezzo è sempre a carico del vettore) con immediato deposito temporaneo dei materiali in area idonea alla loro corretta conservazione e apposizione del timbro data cartaceo (in DDT) ed elettronico.
b) controllo della conformità della consegna: destinazione, correttezza della documentazione associata, esistenza di un ordine di acquisto ARCS correlato, integrità di confezionamento, correttezza della conservazione durante le fasi di trasporto e rispetto della normativa vigente relativa al trasporto ed al confezionamento dei prodotti;
c) controllo di coerenza e di quantità della merce in entrata rispetto a quella ordinata e a quanto dichiarato nel DDT; l'attività comprende la verifica di corrispondenza tra DDT e consegnato dei lotti di produzione e delle rispettive date di scadenza;

d) inserimento del DDT e dell'informazione relativa al lotto, alla data di scadenza, ed altre informazioni eventualmente richieste (es. codice seriale confezione) nel sistema informativo di gestione WMS;
e) gestione dei documenti cartacei in ingresso, loro scansione (digitalizzazione) e idonea archiviazione per una successiva messa a disposizione a favore di ARCS (attività attualmente non prevista e da implementare in relazione a evoluzioni normative in materia di emissione di DDT elettronici);
f) gestione di tutte le non conformità in ingresso secondo procedure operative definite da ARCS che prevedono l'invio di segnalazioni e contestazioni ai fornitori (comprese quelle riferite a prodotti consegnati con vita utile residua inferiore a quella indicata da ARCS; attività attualmente non prevista) e gestione operativa dei resi a fornitore;
g) etichettatura con bar-code degli articoli non già dotati di etichetta con codice a barre. Dovranno essere etichettate le confezioni corrispondenti al minimo imballo (imballo primario);
h) etichettatura di ogni UDC, che dovrà essere identificata univocamente garantendo la tracciabilità dei materiali per lotto e data di scadenza lungo tutta la filiera produttiva; è facoltà della Ditta Aggiudicataria proporre, nell'ambito della propria offerta tecnica, l'utilizzo di tag RFiD;
i) preparazione della merce per lo stoccaggio (comprensiva dell'eventuale adeguamento delle UDC alle dimensioni delle locazioni del magazzino) ed eventuale applicazione di codice seriale per la tracciabilità della singola UDC;
j) stoccaggio della merce nell'area di magazzino più idonea per la sua conservazione, garantendo la completa rintracciabilità della stessa per singola UDC.

Evasione delle RDO provenienti dalle UR e preparazione delle consegne

a) pianificazione della produzione giornaliera in modalità "pull" rispettando il calendario di consegna definito per ciascun CdC e gli SLA previsti dal presente Capitolato. La Ditta Aggiudicataria dovrà predisporre un modello organizzativo di pianificazione e monitoraggio del processo di preparazione degli ordini al fine di rilevare

tempestivamente eventuali variazioni al calendario standard di consegne (derivanti ad esempio da picchi di domanda, problemi organizzativi, fermo impianto di qualsiasi natura) e di riprogrammare di conseguenza l'insieme delle attività operative. Le variazioni dovranno essere comunicate ad ARCS e sottoposte a monitoraggio continuo in corso d'opera per consentire una corretta informazione alle ASR sulla ri-pianificazione delle consegne e la gestione di RDO indifferibili. A tal scopo dovrà essere predisposta e resa disponibile ad ARCS una dashboard con la possibilità di consultare su base istantanea e storica lo stato di avanzamento delle attività di preparazione, spedizione e trasporto (anche al fine di consentire il corretto esercizio dell'attività di customer service);

b) acquisizione attraverso il WMS (funzione Cruscotto RDO) delle richieste d'ordine trasmesse tramite il sistema informativo e validate dagli approvatori aziendali. L'attività deve essere svolta allo scadere dei cut off di lavorazione delle richieste da parte di ARCS (successivi ai cut off di approvazione). L'acquisizione delle richieste corrisponde alla generazione delle liste di prelievo;

c) prelievo dei beni e delle quantità richieste e validate, secondo il confezionamento minimo codificato a sistema, nel rispetto dei calendari di consegna concordati e autorizzati da ARCS (RDO ordinarie/urgenza bassa) o in base a specifiche procedure di gestione delle urgenze (RDO fuori programma/urgenza media e RDO urgenti/urgenza alta). Il prelievo dovrà avvenire secondo logica FEFO garantendo la tracciabilità di lotto/data di scadenza lungo tutta la filiera (dal ricevimento merci alla consegna al singolo CdC) per il singolo bene richiesto. In particolare, in fase di prelievo dovrà essere verificata la corrispondenza di lotto/data di scadenza tra il materiale prelevato e quanto indicato dal sistema informativo WMS tramite la visualizzazione a terminale. Qualora si riscontrino anomalie, dovranno essere adottate le azioni necessarie a garantire la corrispondenza delle informazioni contabili con quelle effettivamente riscontrate all'atto del prelievo (codice articolo, lotto, scadenza, codice seriale, quantità, ecc.),

d) verificare lo stato di pulizia e l'integrità del materiale prelevato e adottare le azioni necessarie ad immettere nel ciclo distributivo solo materiali con standard qualitativi di pulizia e di integrità definiti da ARCS;

e) confezionare i materiali prelevati, quanto più possibile, in contenitori (UDS) di dimensioni idonee, standardizzando le loro dimensioni per realizzare la loro corretta sovrapponibilità e il rispetto delle dimensioni della UDT. Tutti i contenitori dovranno essere chiusi con dispositivo antieffrazione (ad esempio: reggiatura, sigillo, nastro antieffrazione).

f) Allestire le spedizioni in imballi idonei rispetto ai materiali contenuti a garanzia della sicurezza per operatori e materiali (ad esempio: sacchetti anti-spandimento per i farmaci chemioterapici; cassette antieffrazione per i farmaci stupefacenti; contenitori isotermici per i prodotti a temperatura controllata). È facoltà della Ditta Aggiudicataria proporre nell'ambito della propria offerta tecnica l'utilizzo delle soluzioni più adeguate che garantiscano gli standard qualitativi di sicurezza e corretta conservazione per le varie tipologie di materiali, nonché la facilità di gestione degli imballi;

g) Etichettare tutte le UDS e le UDT, che dovranno essere identificate da codice univoco (associato alla lista di preparazione e all'operatore che l'ha allestita). L'etichetta dovrà garantire la loro tracciabilità attraverso sistema informativo fino alla consegna (a PUCO o a reparto, a seconda dell'estensione della filiera per ciascun punto di consegna) e dovrà riportare le informazioni essenziali per la corretta consegna (Azienda – Punto di consegna – centro di costo – padiglione/piano);

h) contabilizzare lo scarico nel sistema informativo;

i) preparare le UDT secondo le specifiche previste per ciascuna UR /CdC (roll di varie tipologie pallet) e tenendo presente i principi di base per la corretta conservazione e protezione della merce durante il trasporto;

j) monitorare la temperatura del singolo imballo fino alla consegna (a PUCO o a reparto, a seconda dell'estensione della filiera per ciascun punto di consegna) per i

prodotti a temperatura controllata e conservare i tracciati che devono essere messi a disposizione di ARCS;

k) stampare la packing list del materiale consegnato, per la successiva presa in carico delle UDS da parte del personale del PUCO e del CdC. La packing list deve indicare:
   - il CdC destinatario;
   - i prodotti, le quantità, i lotti di produzione e la data di scadenza degli stessi;
   - il codice identificativo delle UDS/UDT in cui si trovano i prodotti.

l) stampare la lista dei mancanti (intesi come RDO non evase o sospese per indisponibilità di materiale; funzionalità oggi non presente) con indicazione:
   - del centro di costo richiedente;
   - della previsione di disponibilità del materiale. La stampa dovrà essere disponibile in formato elettronico e la sua trasmissione dovrà essere integrata unitamente al DDT e alla packing list nel TMS-POD che la Ditta dovrà sviluppare. Effettuare verifiche e controlli a campione sulla qualità dell'attività svolta, di cui dovrà essere redatta reportistica periodica da condividere con ARCS.

Spedizione della richiesta (RDO) e relativa documentazione

a) pianificazione e monitoraggio del calendario di consegne (livello di servizio standard), raccordati con la pianificazione e monitoraggio delle attività di preparazione ed evasione delle RDO;

b) gestione delle RDO urgenti (secondo i due livelli previsti: RDO urgenti e RDO fuori programma) da gestire con mezzi extra o con quelli ordinari. In quest'ultimo caso la preparazione delle urgenze non dovrà inficiare il rispetto degli orari di partenza dei mezzi e, a cascata, di consegna al PUCO;

c) consolidamento e compattamento delle UDS/UDT destinate allo stesso CdC, nel rispetto delle seguenti indicazioni: le UDT non dovranno superare l'altezza massima di 1.700 mm da terra (comprensiva della altezza relativa al supporto fisico utilizzato); i colli pesanti dovranno essere posizionati entro un'altezza massima pari a 1.200 mm da terra privilegiando nella parte inferiore i colli frazionabili; le UDT non dovranno avere

spigoli sporgenti; si dovrà evitare quanto più possibile l'allestimento di UDT miste (destinate a più CdC). Qualora, per esigenze di ottimizzazione delle spedizioni, sia necessario superare l'altezza di 1.700 mm, l'UDT dovrà essere livellata ed eventualmente frazionata dall'operatore alla consegna (al PUCO o in reparto) mantenendo la completa tracciabilità della unità padre e delle unità figlio generate. Particolare attenzione dovrà essere posta all'allestimento delle consegne che contengono materiale fragile e ad alto costo;

d) compilazione e stampa in duplice copia dei DDT attraverso il WMS; nel DDT (o in un suo allegato) dovranno essere tassativamente indicati il PUCO di destinazione e il numero/tipologia delle UDS spedite (funzionalità oggi non completamente integrata nel WMS);

e) carico dell'automezzo, comprensivo di: carico delle UDT in funzione del piano di consegna; controllo della corrispondenza del luogo di destinazione e del giorno di consegna; controllo della corrispondenza tra le unità caricate e quelle indicate nel DDT; emissione della lettera di vettura valida ai fini fiscali o idoneo borderau corrispondente alle consegne da effettuare.

Trasporti

a) monitoraggio in tempo reale dei trasporti, attraverso rilevazione istantanea della posizione di tutti i mezzi appartenenti alla flotta. Il sistema di rilevazione dovrà essere accessibile ad ARCS e integrato nel TMS-POD che la Ditta Aggiudicataria dovrà sviluppare;

b) gestione delle consegne ordinarie (da calendario) e di quelle fuori programma e/o urgenti;

c) verifica del rispetto delle corrette condizioni di conservazione dei materiali all'interno del mezzo;

d) scarico del materiale consegnato al PUCO;

e) corretto smistamento del materiale presso i vari PUCO abbinati alla consegna;

f) verifica dell'identità dell'incaricato presso il PUCO a ricevere il materiale;

g) conteggio delle UDS consegnate e acquisizione della firma a conferma dell'avvenuta consegna e integrità del numero di UDT/UDS indicate (e non del contenuto, che potrà essere oggetto di successiva contestazione);

h) consegna al PUCO della copia del DDT corrispondente alla consegna (copia in formato elettronico dovrà essere trasmessa all'indirizzo email del referente del PUCO segnalato dalle ASR);

i) verifica della temperatura dei colli a temperatura controllata al fine di assicurare il mantenimento della stessa durante il trasporto, utilizzando adeguata strumentazione e seguendo le relative procedure. Presso i siti dove è attivo il servizio di consegna a reparto, il monitoraggio della temperatura deve proseguire a carico della Ditta Aggiudicataria fino alla conclusione della filiera;

j) ritiro dal PUCO delle UDS/UDT vuote (roll container, pallet, cassette in plastica, contenitori isotermici, ecc.) corrispondenti a quanto in precedenza consegnato;

k) ritiro dal PUCO di eventuali prodotti resi già confezionati in colli nel rispetto delle condizioni di corretta conservazione e accompagnati dal corrispondente DDT.

Di seguito un elenco completo di tutte le attività richieste, senza entrare nel dettaglio del capitolato a cui si rimanda per eventuali approfondimenti.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO DI GESTIONE DEL MAGAZZINO CENTRALIZZATO (LOGISTICA DISTRIBUTIVA)

- ✓ Ricevimento delle merci e stoccaggio
- ✓ Evasione delle RDO provenienti dalle UR e preparazione delle consegne
- ✓ Spedizione della richiesta (RDO) e relativa documentazione
- ✓ Trasporto
- ✓ Gestione delle attività di reverse logistiche
- ✓ Gestione dei Buffer aziendali
- ✓ Gestione e conservazione dei materiali
- ✓ Gestione della documentazione

DESCRIZIONE DEI SERVIZI DI LOGISTICA DI REPARTO E LOGISTICA AZIENDALE

- ✓ Ricevimento e consegna a reparto di materiali provenienti dal MAGPN
- ✓ Ricevimento e consegna a reparto di materiali consegnati da fornitori

Le singole voci di prezzo che compongono la base d'asta evidenziano un'ampia conoscenza del settore tale da eliminare quel gap di conoscenza tra stazioni appaltanti ed operatori economici.

Voci di prezzo per la gestione del Magazzino Centrale

- N. dei Flussi in entrata di articoli omogeni per referenza – lotto disposti o contenuti in modo da essere stoccati come solo un oggetto (pallet – collo);
- N. di Flussi in uscita da giacenza di magazzino, intesa come quantità e valore della merce immagazzinata a scorta in magazzino, considerata sia nello stato contabile sia nello stato fisico effettivamente presente;
- N. di flussi in uscita di articoli gestiti in transito con ordine al fornitore emesso direttamente dalle aziende sanitarie;
- N. di km annui effettuati per il trasporto ai reparti delle singole Aziende sanitarie.

Voci di prezzo per la logistica aziendale – consegne a reparto

- N. di consegne a reparto ad HUB Ospedale;
- N. di consegne a reparto ad ospedale Spoke
- N. di consegne a reparto – presidi territoriali;
- N. di Km/annui per i trasporti

Voci di prezzo per la logistica aziendale – gestione ricevimento merce

- N. di flussi in entrata presso HUB Ospedale;
- N. flussi in entrata Ospedali Spoke.

In conclusione ed in sintesi, dall'analisi effettuata è emerso come la Regione Friuli Venezia Giulia sia riuscita a realizzare i seguenti obiettivi:

- ottimizzazione delle scorte dei prodotti eliminando di fatto gli ordini in urgenza ed emergenza;
- digitalizzazione il processo proposta di ordine→emissione ordine →bolla→fatturazione;
- tracciatura di tutti i prodotti, liberando i magazzini interni degli Enti di prodotti non utilizzati;
- uniformazione della codifica regionale in modo da facilitare anche lo scambio tra Enti;
- Governo clinico dei farmaci;
- Completa automazione dei processi di tracking e picking dei beni di consumo sanitario.

6.2 IL MODELLO TOSCANA

Popolazione residente: 3.700.000 – 3 Aree Vaste – Numerosi presidi ospedalieri territoriali pertanto il dato dei posti letto è rinvenibile solo rispetto alla percentuale occupazionale degli stessi.

Regione Toscana sin dal 2004 ha improntato la politica sanitaria nell'approvvigionamento e logistica dei beni di consumo sanitario. Oggi vi è un unico Ente – Estar – a cui sono demandate, tra le altre, le politiche di logistica e di governo clinico del farmaco verso le 3 Aree Vasta in cui è stato suddiviso il territorio (Nord Ovest – Centro – Sud Est).

Di seguito alcuni dati sia della attività logistica che svolge Estar che delle attività farmaceutiche a supporto.

ESTAR svolge la funzione centralizzata della logistica e della distribuzione mediante un servizio di codifica dei prodotti e la gestione di magazzini regionali e di area vasta, al fine di garantire il rifornimento di farmaci, dei dispostivi medici e di altro materiale sanitario ed economale ai Centri di Prelievo delle strutture afferenti alle Aziende Sanitari, razionalizzando le risorse.

Ogni anno i magazzini di ESTAR effettuano oltre 500.000 spedizioni agli oltre 7.600 Centri di Prelievo del Sistema Sanitario della Regione Toscana, attraverso l'approntamento di oltre 3.500.000 di colli. A questi volumi devono essere aggiunte le consegne effettuate ai Centri di Prelievo direttamente dai Fornitori.

L'area di Supporto al governo strategico beni sanitari di consumo (Attività Farmaceutiche):

- svolge attività di supporto alle negoziazioni di Farmaci con partico-lare riferimento alla tempestività delle negoziazioni in seguito alla per-dita brevettuale dei prodotti;
- organizza direttamente la predisposizione dei capitolati per i Di-spositivi Medici di bassa tecnologia;
- predispone linee guida per la stesura dei capitolati con valutazione della qualità dei Dispositivi Medici impiantabili finalizzato alla gestione efficiente ed efficace dei prodotti da parte del Dipartimento Farmaceutica e Logistica;
- supporta le politiche del Farmaco e Dispositivo Medico della Regione Toscana per stesura e pubblicazione di documenti eventualmente richiesti a sup-porto decisionale della Regione stessa.

Di seguito i dati pre-covid:

- ✓ 7 magazzini su 27.200 mq
- ✓ 7.775 centri di prelievo serviti
- ✓ 3,9 milioni di colli spediti
- ✓ consegne in urgenza (<2 ore)
- ✓ 4,3 milioni di righe prodotte

Regione Toscana si è data come obiettivo quello di unificare i processi logistici delle tre Aree Vaste mediante l'ammodernamento del sistema informativo relativo ai prodotti gestiti da ESTAR, attraverso l'unificazione delle tre anagrafiche di area vasta (Centro, Sud Est e Nord Ovest) e la standardizzazione dei processi logistici su tutto il territorio regionale, nonché il revamping della linea automatizzata del magazzino di area vasta di Migliarino.

Di seguito si riepilogano gli step che hanno portato alla codifica unica regionale ed alla totale automazione dei processi logistici.

Il primo obiettivo è stato raggiunto a Giugno del 2018 con l'unificazione delle anagrafiche dei prodotti gestiti da Estar nelle aree vaste Centro e Sud-Est e con l'unificazione dei sistemi informativi gestionali. Tale operazione ha permesso di uniformare i processi logistici in due aree vaste.

A Maggio del 2019, contestualmente al Revamping dell'impianto automatico Magazzino di Area Vasta Nord-Ovest (a Migliarino), è stato completato l'intero processo con l'unificazione delle anagrafiche Nord Ovest, con quelle già precedentemente unificate.

Tale attività ha permesso la standardizzazione dei processi logistici su scala regionale.

Infine il Revamping è stato l'ultimo tassello di ammodernamento delle linee automatizzate del magazzino, che di fatto ha uniformato anche il livello funzionamento delle linee automatiche del magazzino di Migliarino con quello di Calenzano.

Sul magazzino di Migliarino, che ha visto le operazioni più importanti di tutto il progetto, sono stati sostituiti i sistemi che gestiscono l'anagrafica, il gestionale di magazzino ed il software di gestione della linea automatizzata del magazzino di Migliarino.

L'ultimo traguardo è stato raggiunto con il massimo impegno da parte del personale di Estar: "dietro le linee" per progettare, gestire e portare a compimento le numerose attività sul campo e nei sistemi informativi; infine "sul fronte" da parte degli operatori di magazzino per garantire il servizio di distribuzione alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'area Nord-Ovest.

Il commitment sul progetto è stato importante ed ha permesso ad ESTAR di raggiungere gli obiettivi nei tempi stabiliti. Ci sono state situazioni di difficoltà che sono state affrontate con volontà ed impegno da parte del personale di ESTAR. Al fine di superare gli ostacoli che a volte si manifestavano, è stato necessario cambiare strategie e soluzioni in corso d'opera, ma ciò non ha impedito l'avvio con successo del "nuovo" magazzino di Migliarino e l'unificazione delle anagrafiche il 27 maggio del 2019.

Di pari passo negli anni, come già accennato sopra, Estar ha intrapreso una politica di governo del farmaco che garantisse i seguenti obiettivi mediante l'individuazione di un

Collegio permanente di Farmacisti, con un rappresentante per ogni Azienda Sanitaria, un componente della Logistica Estar, un componente dell'HTA Estar ed un Esperto regionale:

- il monitoraggio del farmaco dell'uscita in commercio di generici e biosimilari a seguito di scadenza brevettuale;
- la condivisione delle esigenze e delle priorità con il competente settore politi¬che del farmaco di Regione Toscana e con le aziende sanitarie;
- l'espletamento immediato di gare per confronto concorrenziale tra prodotti equivalenti o biosimilari, in caso di disponibilità di nuovi prodotti sul mercato;
- la gestione interamente informatizzata del percorso di gara;
- il contenimento dei tempi di gara (7/10 giorni)
- l'integrazione operativa con la logistica Estar in tutte le fasi del percorso (dalla procedura di gara alla codifica dei prodotti aggiudicati).

I risultati raggiunti sono stati:

- ✓ Unificazione delle 3 anagrafiche di area vasta
- ✓ Standardizzazione dei processi di logistica su scala regionale
- ✓ Standardizzazione delle modalità di funzionamento dei magazzini automatici di area vasta
- ✓ Monitoraggio della politica clinica del governo del farmaco

6.3 IL MODELLO EMILIA ROMAGNA

Popolazione residente: 4.450.000 – 14 aziende sanitarie – circa 18.000 posti letto

Regione ha individuato ed acquistato un magazzino con una superficie di circa di circa 5.000 mq ed un'altezza di 12 metri, è dotato di 11 baie, di cui 5 per il ricevimento della merce e 6 per l'uscita.

Con gara del 2013 Regione ha bandito l'affidamento dei servizi di gestione integrata del centro logistico di Area Vasta Romagna includendo i seguenti servizi:

· allestimento del CLAVR;

· gestione e manutenzione del CLAVR

· gestione temperatura del CLAVR;

· gestione utenze;

· fornitura del sistema informativo.

Per CLAVR si intende Centro Logistico Area Vasta Romagna.

Sei diversi step di adesione degli Enti sanitari coinvolti: dapprima le aziende della Provincia di Reggio Emilia, poi Modena, Piacenza ed infine Parma.

Tutto il magazzino è coperto da rete wireless e le attività vengono svolte senza supporto cartaceo. Gli operatori sono dotati di terminale portatile in grado di indicare i prodotti da prelevare, la loro ubicazione e la quantità. Il terminale trasmette in tempo reale i dati di prelievo al software gestionale per lo scarico di quanto prelevato. Un sistema automatico basato sul peso dei prodotti permette di controllare prima del trasporto la congruenza tra prelievo ed ordine in modo da ridurre gli errori quanto più possibile (e di conseguenza resi).

Il magazzino predispone i prodotti per l'invio già suddivisi per reparto e la consegna può avvenire o direttamente al reparto richiedente o ad un punto unico secondo le scelte effettuate dalle singole aziende. La frequenza delle consegne, concordata con ciascuna azienda, varia da 1 a 3 volte la settimana.

I prodotti richiesti dai reparti delle 7 aziende vengono validati dai farmacisti locali ed arrivano al magazzino in via informatica.

Le farmacie hanno a disposizione sul portale AVEN una maschera che consente di vedere in tempo reale le giacenze del magazzino, gli ordini emessi, i costi dei prodotti, le schede tecniche, se prodotto in prontuario o no, se in transito, ecc.

Rimangono attive in ogni azienda sanitaria piccole farmacie ospedaliere per la gestione delle emergenze e per la distribuzione diretta.

I costi di gestione del magazzino (personale, utenze, assicurazioni, informatica, ecc) vengono suddivisi tra le aziende utilizzando, quale indicatore, le righe di movimentazione generate dalla singola Azienda rispetto al totale righe movimentate dal magazzino.

A regime gestirà a scorta circa 6.200 prodotti diversi: tutti i farmaci comprese le soluzioni infusionali, tutti i dispositivi medici di uso comune, buona parte dei dispositivi medici specialistici. I restanti prodotti specialistici e di uso limitato saranno gestiti in transito. Rimarrà quindi alle singole aziende la gestione dei service e dei beni in conto deposito.

6.4 IL MODELLO BASILICATA

Popolazione residente: 500.000 – 2 aziende territoriali sanitari e 2 presidi sanitari – circa 2.100 posti letto

Nel 2017 la Regione Basilicata, attraverso la sua Centrale di Committenza regionale, ha indetto una procedura di gara avente ad oggetto: "AFFIDAMENTO IN OUTSOURCING DELLA GESTIONE DEI SERVIZI LOGISTICI INTEGRATI DI BENI SANITARI E NON E DEL CONFEZIONAMENTO DEI FARMACI IN DOSE UNITARIA IN FABBISOGNO ALLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA".

La Regione Basilicata, con Legge Regionale n. 5/2015 come modificata ed integrata dal collegato alla legge di stabilità 2016, al fine di incrementare la qualità dei servizi, l'efficienza dei processi organizzativi e razionalizzazione della spesa, ha previsto l'adozione di un sistema unico regionale di stoccaggio e distribuzione dei prodotti farmaceutici, di dispositivi medici ed altri beni sanitari ed economali in fabbisogno alle Aziende del SSR, attraverso anche distribuzione in ambito ospedaliero di medicinali in forma monodose.

I punti fondanti del modello in esame sono i seguenti, riportando parte della relazione illustrativa al capitolato tecnico di gara:

• CLASSIFICAZIONE DELLA LOGISTICA NELL'AZIENDA SANITARIA

Con riferimento ai materiali di consumo, la logistica all'interno di un'Azienda Sanitaria si può suddividere come indicato in seguito.

1) Logistica in entrata: comprende le attività connesse al ricevimento dei materiali e dei mezzi per l'erogazione dei servizi sanitari. Ne fanno parte, ad esempio, la gestione dei magazzini, l'operazione di scarico nelle baie di ricevimento dei prodotti, gli accertamenti qualitativi, lo stoccaggio dei materiali.

2) Distribuzione interna: sono tutte quelle operazioni necessarie per far pervenire il prodotto giusto, al momento giusto e nel posto giusto. Tipiche operazioni di distribuzione interna sono il *picking,* il *sorting*, la movimentazione dai magazzini centrali a quelli di reparto.

3) Logistica in uscita: annovera le attività associate alla distribuzione verso l'esterno. In essa possono rientrare, ad esempio, le operazioni di smaltimento dei rifiuti, specialmente tutti quelli a rischio di contaminazione che hanno ben precisi protocolli di azione da seguire oppure il servizio di distribuzione delle sacche di sangue verso altri presidi.

• EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA

In ambito sanitario già da tempo si è sempre più convinti che forme di aggregazione di dimensione sovra aziendale, o comunque integranti più presidi ospedalieri, possano migliorare la qualità dei servizi e razionalizzare le risorse impiegate, senza peraltro diminuire i servizi resi alle strutture sanitarie o addirittura ai cittadini utenti, migliorandone nello stesso tempo l'efficienza.

La logica dell'accorpamento dei servizi e delle attività comuni si può e si deve necessariamente estendere alla logistica, che intrinsecamente è funzione trasversale e collegante entità distinte.

In una fase congiunturale in cui le Aziende Sanitarie non hanno la possibilità di eseguire investimenti consistenti, ulteriore elemento di ottimizzazione è l'affidamento all'esterno di servizi.

Tale salto tecnologico, necessitando il coordinamento di molteplici competenze (tecnologiche, informatiche, organizzative, ecc.), sarebbe impossibile da realizzare dall'ambito sanitario in un tempo ragionevole e senza un ingente spesa a breve termine.

• FASI DEL PROCESSO D'INTEGRAZIONE DI SISTEMI LOGISTICI IN AMBITO SANITARIO

Il processo di unificazione non è ovviamente immediato, ma deve prima armonizzare le differenze esistenti, in particolare tra i Presidi appartenenti ad Aziende differenti.

Le principali diversità riguardano sistemi informativi gestionali, sistemi informativi sanitari, anagrafiche, procedure organizzative interne, responsabilità differenti tra figure aziendali omologhe, gerarchie da definire per servizi sanitari e amministrativi omogenei, passaggi di beni e contratti in essere, inventari, spostamenti di personale.

Il processo d'integrazione della logistica nelle Aziende Sanitarie passa da due step essenziali:

• integrazione informativa;

• integrazione fisica.

L'integrazione informativa si propone di unificare a livello sovra-aziendale la gestione dei materiali, le differenti anagrafiche, le richieste dai punti di utilizzo, la visibilità centralizzata degli stock e dei movimenti di ogni magazzino. L'integrazione fisica verso l'obiettivo finale di creare un magazzino centralizzato.

• NUOVI RUOLI DEI FARMACISTI

In un contesto orientato ad una logistica decentrata dagli ospedali, ma accentrata come sedi di stoccaggio, le risorse delle Farmacie Ospedaliere (FO) possono venire indirizzate verso attività a marcata connotazione clinica e multidisciplinare. Tali attività, finalizzate all'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, alla riduzione del rischio, al contenimento dei costi ed alla conseguente possibilità di supportare l'innovazione essenzialmente coniugata alla sostenibilità, si sviluppano su direttrici fondamentali, strettamente interconnesse:

- attività logistico - gestionale, che esce dal percorso tradizionale (rilevazione dei fabbisogni – approvvigionamento – stoccaggio - distribuzione) per focalizzarsi sul rapporto farmaco/paziente e dispositivo medico/paziente, intervenendo direttamente nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici presso i reparti e in sede di dimissione, con particolare importanza all' informazione su farmaci e/o dispositivi

medici prescritti in fase di dimissioni, nonché alla tipologia di principio attivo da assumere ed eventuali interazioni ad esso correlate;

- attività di farmacia clinica e di monitoraggio con redazione di reportistica sui consumi effettuati dalle U.U. O.O. e specifica attenzione alle variazioni di consumo per ciascuna Unità Operativa;
- Farmacovigilanza, ovvero studio di ADRs per i tutti i farmaci e per quelli di recente immissione in commercio;
- attività di galenica clinica: con il coordinamento dell'attività, gestione, anche motivazionale del personale, studio e validazione dei protocolli terapeutici, in sinergia con i clinici;
- Bioetica: sperimentazioni cliniche.

L'attenzione, insomma, è sempre più puntata sulla Clinical Pharmacy.

Tale cambiamento prevede uno spostamento dell'attenzione dal farmaco al paziente: il 'farmacista clinico' opera in stretta collaborazione con il medico avendo come riferimento centrale la patologia, l'assistenza, il percorso di cura e il benessere della persona, garantendo un uso sicuro ed efficace del farmaco e l'ottimizzazione dell'appropriatezza e aderenza della terapia, attraverso un miglioramento del processo di valutazione, acquisizione, prescrizione e uso razionale dei farmaci e dei dispositivi medici".

Alcune delle attività eseguite attualmente dai Farmacisti Ospedalieri devono essere delegate ai Farmacisti del Magazzino Unico dipendenti dagli operatori logistici.

Nello specifico, il compito del farmacista del Magazzino Unico sarà quello di garantire il rispetto delle norme in materia di gestione dei prodotti stoccati ed in particolare con riferimento:

- ai farmaci;
- ai dispositivi medici.

Dovranno essere predisposte procedure che devono descrivere le diverse operazioni che possono avere influenza sulla qualità dei prodotti o sull'attività di distribuzione: ricevimento e controllo delle forniture, immagazzinamento, pulizia e manutenzione dei locali (incluso il controllo degli organismi nocivi), registrazione delle condizioni di

immagazzinamento, sicurezza delle scorte sul posto e delle consegne in transito, pianificazione dei ritiri e delle vendite dei prodotti prossimi alla scadenza, in accordo tra la componente ospedaliera e quella del fornitore.

• UFFICIO LOGISTICO

Per consentire la gestione accentrata delle scorte, occorre definire delle figure trasversali che permettano di seguire i flussi dei prodotti, dall'arrivo in azienda al consumo, vedendo la catena logistica come un unicum. Come già verificatosi nelle aziende industriali, l'efficienza logistica si ottiene quando si passa da una gestione di stock a una gestione di flussi. Questo compito, oggi perlopiù assente nelle realtà sanitarie, dovrebbe essere assunto da un ufficio logistico in seno ad un'Azienda Sanitaria Capofila.

L'ufficio logistico ha il compito della definizione della politica delle scorte, delle modalità di riordino e delle spedizioni, dell'individuazione delle proposte d'ordine; emette gli ordini di acquisto, gestisce i rapporti con i fornitori; si occupa della razionalizzazione delle modalità di gestione dei prodotti a stock, a transito, in conto deposito, in service e trasmette il benestare per la liquidazione delle fatture.

Ciò permetterà di mantenere all'interno delle Aziende Sanitarie il governo del sistema logistico e le logiche di gestione delle scorte, pur delegando all'esterno le attività fisiche di material handling e con loro le problematiche di gestione quotidiana e operativa. Infine, l'ufficio logistico attiva il processo di razionalizzazione delle anagrafiche attualmente in uso presso le Aziende Sanitarie attraverso un'armonizzazione dei codici e si integrerà con le azioni a livello regionale per l'unificazione delle anagrafiche delle Aziende.

Pertanto, sulla base delle considerazioni sopra esposte, il capitolato di gara ha incluso il seguente oggetto: affidamento a lotto unico del servizio di logistica centralizzata di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, compresi quelli in conto deposito o visione, e presidi), materiali di consumo per i laboratori e beni economali, occorrente alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, comprendente anche tutte le attività di gestione dei farmaci in dose unitaria.

Nello specifico le attività sono le seguenti:

- messa a disposizione di una o più strutture fisiche dedicate, munite di tutte le autorizzazioni necessarie per lo svolgimento del servizio, che dovranno fungere da MU dedicato, con relativo allestimento tecnologico, adeguato alle migliori esperienze del settore, inclusa la gestione della catena del freddo;
- gestione, con mezzi e risorse proprie, del Magazzino Unico e del flusso logistico (sia fisico, sia informatico) relativo a tutti i BoA;
- organizzazione della distribuzione dei farmaci in dose unitaria, laddove tecnicamente possibile, considerato che non tutti i farmaci si prestano ad una gestione personalizzata quali, ad esempio, i farmaci di medicazione;
- servizi di trasporto dei BoA dal Magazzino Unico a tutti i punti logistici ospedalieri, territoriali e distrettuali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- servizi all'interno dei presidi ospedalieri finalizzati alla consegna dei BoA ai centri utilizzatori presenti in ogni singolo presidio;
- gestione informatica del MU e interfacciamento con i sistemi gestionali delle singole AS;
- cessione alla ASR, al termine del contratto, di tutte le licenze necessarie all'uso del sistema informatico di cui al punto precedente;
- gestione e conservazione dei dati in base alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
- fornitura di supporto tecnico operativo e istituzione di specifica attività formativa per il personale delle AS, per l'intera durata dell'appalto, relativamente alle modalità di gestione di tutti i beni oggetto del servizio con particolare riferimento ai farmaci; ciò al fine di gestire tutte le eventuali criticità derivanti dalla integrazione, a monte e/o a valle del processo di distribuzione, soprattutto nel caso del farmaco, con gli altri processi aziendali e dalle resistenze culturali al cambiamento, che comporterà il nuovo modello organizzativo.

Sono esclusi dall'oggetto dell'appalto i seguenti beni di consumo, la cui gestione rimane in carico alle singole Aziende sanitarie:

- Stupefacenti

- Farmaci per sperimentazioni
- Gas medicali
- Sacche pronte di farmaci antiblastici
- Radiofarmaci (esclusi i kit freddi).

Sotto un punto di vista contabile la gestione dei rapporti tra le AS e la DA avverrà tramite l'individuazione di una Azienda Sanitaria Raggruppante (ASR), che avrà anche il compito di raggruppare e trasmettere gli ordinativi alle ditte terze fornitrici e gestirne le fatturazioni.
Per ASR si intende la Azienda Sanitaria Raggruppante, l'Azienda Sanitaria – che verrà individuata in sede di stipula del contratto – preposta, in nome e per conto di tutte le AS, alla gestione dei rapporti con la DA e con tutte le ditte terze fornitrici dei beni oggetto dei servizi logistici di cui al presente appalto.
Sotto un punto di vista economico la durata dell'appalto è stata stimata in nove anni e si è dato rilevanza alla cosiddetta riga d'ordine in uscita che è stata quotata ad €. 4,00 come base d'asta.
In conclusione si può dire che anche la Regione Basilicata ha intrapreso la strada del magazzino unico esternalizzando la gestione dei beni di consumo quasi nella sua totalità, includendo anche i conti visione e deposito dei dispostivi medici. Le motivazioni alla base sono da ricercare nei suoi piano sociosanitari del 2015 che hanno portato prima alla indizione della procedura di gara analizzata ed alla sua attivazione nel corso del 2020.

7. MAGAZZINO UNICO IN LIGURIA: I POSSIBILI PERCORSI

La gestione logistica dei beni di consumo sanitari, a prescindere dalle modalità applicative, deve partire da alcune premesse fondanti, in primis da un Protocollo operativo in cui siano ben delineati i ruoli tra gli attori coinvolti, le responsabilità economiche e gestionali nonché le politiche del farmaco e delle codifiche uniche. Ecco perché è di fondamentale importanza predisporre e definire:

- il Modello organizzativo
- Il processo di programmazione
- Il catalogo prodotti
- Il processo di distribuzione
- Il processo di approvvigionamento
- Chi svolge e come le Attività commerciali
- le Responsabilità economico-finanziaria delle parti

Si ritiene che senza una condivisione a livello regionale dei punti sopra evidenziati le successive opzioni risulteranno mere idee non realizzabili e chiuse nell'alveo dei singoli Enti prive di un ragionamento e di un obiettivo unico e comune a livello di politica regionale sanitaria.

Per addivenire ad una soluzione efficace riguardo la logistica sanitaria ligure, sono necessari alcuni *step* di un percorso evolutivo della logistica che consenta una gestione ottimale.

Per tale percorso, si è preso spunto da un lavoro recentemente proposto al Forum P.A. Sanità di Roma del 27/10/2021, dai già citati Politecnico di Torino e Reslog.

Di seguito gli *step* necessari, come individuati nel lavoro poc'anzi citato:

***Step 1*: Definire Linee di indirizzo regionali**

(occorrono atti regionali di indirizzo specifici).

***Step 2:* Definire le priorità di investimento dei Fondi PNRR e definire pacchetti di digitalizzazione.**

(attraverso i fondi PNRR non risulterebbe possibile finanziare direttamente l'infrastruttura logistica, come un magazzino centralizzato, ma gli stessi posso essere destinati alla digitalizzazione a e all'automazione).

***Step 3*: Partire con progetti pilota a guida Regionale, con monitoraggio a valle della realizzazione**

(si potrebbe iniziare, ove possibile, con una spinta della digitalizzazione e dell'automazione, inoltre in una logica di *project managment* il monitoraggio risulta imprescindibile in tutte le fasi di un processo).

***Step 4:* Garantire un Coordinamento centralizzato con risorse tecniche/gestionali di supporto alle Aziende.**

(risulta impensabile, vista la frammentarietà e le peculiarità delle Aziende Sanitarie liguri approcciarsi ad un progetto di tale portata senza un coordinamento tecnico-gestionale centralizzato).

***Step 5:* In parallelo estendere la digitalizzazione**

(questo aspetto può essere favorito sia attraverso il Piano Triennale per l'informatica di A.G.I.D. 2020-2022, che, come visto, attraverso il PNRR).

***Step 6:* Definire un tempo sufficiente per testare il sistema**

(forse rappresenta l'aspetto più difficoltoso: sembra necessario prevedere già in sede di gara una serie di accorgimenti, anche sotto l'aspetto contrattuale, ad esempio garantendo una serie di fasi graduali, verso una centralizzazione della logistica sanitaria ligure a pieno regime).

Premesso che, come detto, appare necessario agire attraverso determinati *step* e attraverso un preciso indirizzo regionale, si ritiene necessario, prima di esporre le opzioni -ad avviso di chi scrive- percorribili in Liguria per addivenire ad una centralizzazione del magazzino di farmaci, dispositivi medici e ben economali, porre l'attenzione su alcuni aspetti che si ritengono di fondamentale importanza, qualunque sia la scelta del modello di realizzazione.

Una prima considerazione riguarda la possibile scelta del modello gestionale da proporre da parte degli operatori economici e dell'ubicazione del magazzino o dei magazzini. Come

si vedrà, solo l'opzione che contempli una completa esternalizzazione consentirebbe l'allestimento di un grande magazzino centralizzato anche fuori regione, (come ad esempio in Basso Piemonte). Sarà poi facoltà degli Operatori economici proporre, in tal caso, anche due (o più) *hub* all'interno del territorio della Regione Liguria (ad esempio un *hub* nell'area metropolitana di Genova, per il Genovesato, uno per il Ponente nel savonese ed uno per il Levante nello spezzino).

Negli altri due casi che verranno esaminati risulta impensabile l'acquisizione o l'allestimento di un magazzino centralizzato fuori regione.

Se l'opzione scelta fosse quella per cui è Regione Liguria a mettere a disposizione dell'aggiudicatario uno o più magazzini, soluzione ideale potrebbe essere l'allestimento di un magazzino di ampia metratura nell'immediato entroterra di Genova (Val Polcevera o Val Bisagno, ma sarebbe da preferire la prima perché più baricentrica, oltre che con più aree di ampia metratura a disposizione ed in prossimità dei nodi viari più rilevanti e strategici per raggiungere tutta la Liguria).

Se si propendesse per tale soluzione, ad avviso di chi scrive al magazzino centralizzato potrebbero essere utilmente affiancati due *hub*: uno a Ponente (ad esempio a Pietra Ligure, baricentrica rispetto alla Riviera di Ponente, esattamente a metà strada fra Imperia e Genova) ed uno a Levante (ad esempio Lavagna, baricentrica rispetto alla Riviera di Levante, esattamente a metà strada fra La Spezia e Genova).

Ovviamente si tratta solo di ipotesi, sarà facoltà di Regione Liguria individuare le strategie più opportune (e dell'operatore economico valutare le soluzioni più adeguate) per proporre un nuovo modello di logistica sanitaria efficace per un territorio comunque non semplice anche dal punto di vista infrastrutturale e orografico, come visto nell'introduzione di questo lavoro.

Una seconda considerazione riguarda esclusivamente la procedura di gara per l'affidamento dei servizi in argomento: la procedura di gara dovrà essere costituita da un lotto unico. Ciò in quanto la suddivisione in più lotti potrebbe creare, in caso di aggiudicazione dei diversi lotti ad operatori economici differenti, problemi legati

all'interoperabilità fra i sistemi proposti a livello regionale fra Aziende Sanitarie e fra le varie Ditte aggiudicatarie ed una perdita di economie di scala.

Inoltre non si garantirebbe un'autentica centralizzazione del magazzino con i correlati vantaggi di cui si dirà *infra*.

In ultimo, ma non meno importante, suddividendo la procedura di gara in diversi lotti non si garantirebbe, inoltre, la filiera della logistica in tema di tracciamento unico, uniformità del *picking* e uniformità del processo distributivo.

In terzo luogo, si dovrà tener conto della necessità di prevedere una tempistica contrattuale congrua: si potrebbe ipotizzare da un minimo di 5 anni ad un massimo di dieci comprese le eventuali opzioni di proroga contrattuale. Ciò perché gli Operatori economici aggiudicatari dovranno necessariamente effettuare un ingente investimento iniziale, sia per avviare il progetto che per portarlo a regime e tale investimento dovrà ovviamente essere ammortizzato.

Infine, un aspetto da considerare è quello relativo allo stoccaggio dei DPI, dei dispositivi medici e dei farmaci legati alla pandemia COVID-19: come visto nei precedenti capitoli, è necessario prevedere una metratura del magazzino (o dei magazzini), che tenga conto anche degli spazi necessari per tali prodotti, oltre ovviamente ai beni economali, ai farmaci ed ai dispositivi medici legati all'assistenza sanitaria, per così dire, ordinaria.

Inoltre, un aspetto logistico legato all'emergenza sanitaria COVID-19 da considerare, come si è visto, è quello legato allo spostamento sul territorio, da un'emergenza "ospedaliera" ad una "territoriale". La logistica deve adeguarsi e fornire supporto al sistema territorio che si è dimostrato debole, ma che è l'elemento vincente per far reggere il sistema sanitario. Una logistica sanitaria integrata e centralizzata a livello regionale deve tenere conto di tali "nuove" necessità.

Di seguito si andranno ad analizzare le due principali soluzioni percorribili per la Regione Liguria, sulla scorta di quanto fino a qui esposto.

Sulla base del modello scelto si possono adattare le relative esigenze ad esempio, come vedremo più avanti, quelle legate all'aspetto contabile o alle prospettive lavorative per il personale coinvolto.

Siamo consapevoli del fatto che possano configurarsi anche ulteriori soluzioni, oltre quelle che andremo di seguito a descrivere, ma rispetto allo stato attuale della logistica sanitaria ligure e degli spazi a disposizione, si ritiene siano le uniche due realisticamente percorribili nel breve periodo.

OPZIONE 1. "MAGAZZINO DI REGIONE, ESTERNALIZZAZIONE SEVIZIO GESTIONE MAGAZZINO, LOGISTICA E TRASPORTI"

Come accennato, una prima opzione consiste nell'esternalizzazione del processo della logistica dei beni di consumo, intendendo come beni i farmaci, i dispositivi medici ed i beni economali, pertanto la filiera della gestione del magazzino alla movimentazione e distribuzione nei diversi *hub* aziendali.

Presupposto di questa prima opzione è che sia Regione Liguria a mettere a disposizione dell'aggiudicatario uno o più magazzini ove svolgere i servizi di cui sopra.

Il titolo di Regione può essere proprietà o locazione da terzi.

Regione Liguria, tramite la Stazione Unica Appaltante Regionale (S.U.A.R.), svolge la procedura di gara, secondo quanto previsto dalla normativa statale e regionale in materia (D.lgs. n. 50/2016, L.R. n. 2/2021, DGR 354/2021).

L'appalto è aggiudicato in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell'art. 95, comma 2, del D.Lgs. n. 50/2016.

Per quanto riguarda la valutazione qualitativa delle proposte progettuali, di seguito si elencano possibili criteri di valutazione:

1) Elaborato progettuale / progetto organizzativo del magazzino, nel quale potranno essere valutati, a titolo esemplificativo:

l'impatto delle soluzioni di automazione aggiuntive proposte sulla qualità del servizio, l'impatto di soluzioni tecniche, allestimento e attrezzature proposti sulla riduzione dei rischi per i lavoratori, sulla sicurezza del lavoro e sul benessere degli operatori

soluzioni impiantistiche e delle attrezzature proposte, anche ai fini della messa in sicurezza del sito

2) Modello organizzativo proposto, nel quale potranno essere valutati, a titolo esemplificativo:

- ✓ numero di operatori offerti e relativa qualifica
- ✓ Piano formativo
- ✓ Tracciabilità dei beni (farmaci e beni sanitari) e della relativa temperatura
- ✓ Sicurezza dei siti e dei beni, valorizzando le procedure e le tecnologie proposte per il miglioramento della sicurezza del magazzino;
- ✓ Coperture assicurative
- ✓ Controlli quali/quantitativi in entrata/uscita, valutando anche l'informatizzazione delle attività
- ✓ Piano dei trasporti e delle consegne

3) Progetto sviluppi hardware e software, nel quale potranno essere valutati, a titolo esemplificativo:

- ✓ eventuali funzionalità aggiuntive proposte, eventuali nuovi sviluppi applicativi che consentano l'informatizzazione di processi non ancora informatizzati
- ✓ sicurezza

4) Riduzione impatto ambientale, con riferimento sia ai mezzi proposti, sia alle attrezzature, valorizzando la riduzione rispettivamente delle emissioni di carboni e dei consumi di energia elettrica o gas naturale

5) Progetto di assorbimento del personale e progetto di inserimento dei lavoratori svantaggiati e progetto.

Orbene, dall'esame di altre procedure di gara ad oggetto analogo, è emerso come la maggior parte dei criteri di valutazione inserita abbiano natura discrezionale (Q1 o Q2) e come il peso maggiore venga attribuito al progetto organizzativo o al sistema informatico (gestionale (*software*) proposto[5].

[5] Si vedano ad esempio procedure di gara indette dalla Regione Friuli Venezia Giulia e dalla Regione Basilicata

Per quanto riguarda l'offerta economica, si possono ipotizzare diverse soluzioni/componenti della stessa.

Indubbiamente nel caso Liguria si tratterebbe di una prima edizione pertanto non avendo una base dati unitari non è conveniente dettagliare in diversi di prezzo l'offerta economica ma indicare solamente dei macro canoni relativi all'investimento inziale, a carico degli operatori, e un canone "flessibile" relativo alla riga di ordine in uscita.

Una volta maturata l'esperienza sul campo da parte dei diversi attori coinvolti e soprattutto analizzando i diversi fattori che possono incidere sul processo logistico/distributivo si potranno suddividere diverse voci prezzo valorizzando anche quelle più rilevanti per le peculiarità del servizio in argomento.

Ad esempio si potrebbero proporre 3 componenti/ dettagli prezzi unitari

Più precisamente, il canone del servizio prestato potrebbe essere determinato su tre parametri:

-Canone una tantum erogato una volta completata la fase transitoria e di trasferimento dei prodotti di ogni singolo Ente dagli attuali magazzini al magazzino centralizzato ed a seguito dell'esito di collaudo positivo;

- Canone mensile fisso erogato per i mesi di validità contrattuale decorrenti dalla data di avvio del servizio, ovvero dall'esito del collaudo positivo;

-Canone mensile variabile a seconda del numero di righe di ordine di consegna andate a buon fine, esclusi resi o soggetti a contestazione.

Per "movimentazione unitaria standard" si intende la singola riga presente nella base dati gestionale. La singola riga individua per ogni magazzino, per ogni anno, per ogni movimento, la quantità movimentata.

OPZIONE 2. "ESTERNALIZZAZIONE COMPLETA, SEVIZIO GESTIONE MAGAZZINO, LOGISTICA E TRASPORTI"

Una seconda opzione consiste nell'esternalizzazione completa di tutto il servizio, e cioè anche la messa a disposizione, da parte dell'aggiudicatario (con oneri a proprio carico), di uno o più magazzini da individuare al momento della presentazione dell'offerta, oltre alla gestione dello stesso/degli stessi, della logistica e dei trasporti.

Più precisamente, all'interno dell'offerta tecnica l'Operatore economico dovrà individuare e descrivere il/i magazzino/i che intende impiegare per lo svolgimento del servizio in caso di aggiudicazione: ovviamente gli spazi proposti saranno oggetto di valutazione qualitativa, con una pesatura significativa.

Ad esempio nel Capitolato potrà essere richiesta una metratura minima del magazzino e premiata eventuale metratura aggiuntiva, rispetto appunto alla minima prevista; o ancora si potrà valorizzare la strategicità dell'ubicazione dell'infrastruttura individuata rispetto ai principali nodi viari regionali.

Anche in questo caso la procedura di gara sarebbe espletata dalla SUAR.

Per quanto riguarda l'offerta economica si possono ipotizzare le soluzione esposte al paragrafo precedente.

Ad avviso di chi scrive, la maggiore criticità di questa opzione è l'inevitabile rischio di c.d. "*lock-in*" che si verrebbe a creare (come si vedrà, il lock-in è la situazione che si viene a creare quando l'infungibilità di un bene o servizio è dovuta a decisioni passate del contraente (ma anche a un comportamento strategico dell'operatore economico)

Orbene, come noto, l'infungibilità di un bene o servizio negli appalti pubblici – ovverosia la circostanza per cui esso è l'unico che possa garantire il soddisfacimento di un certo bisogno – può consentire alle stazioni appaltanti di ricorrere alla procedura negoziata senza bando, in base all'art. 63, co. 2, lett. b del Codice dei contratti pubblici relativo all'assenza di concorrenza "per motivi tecnici". Trattandosi di una deroga alla regola generale dell'evidenza pubblica, però, occorre che l'infungibilità sia debitamente accertata e motivata da parte dell'amministrazione.

Come accennato, quando l'infungibilità è dovuta a decisioni passate del contraente (ma anche a un comportamento strategico dell'operatore economico) si verifica una condizione nota come *lock-in*.

Il *lock-in* può verificarsi, secondo gli esempi forniti dall'ANAC nelle Linee Guida n. 8 ("Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili"), in casi in cui vi sono elevati costi di investimento iniziale non recuperabili, in cui l'utilizzo di un prodotto o servizio richiede lunghi e costosi processi di apprendimento o in cui il valore del bene è legato ad esternalità ed economie di rete, per cui il cambiamento del fornitore da parte di un singolo cliente comporta la perdita di utilità del bene stesso.

Sostanzialmente, si tratta di ipotesi in cui le decisioni di acquisto in un dato momento vincolano le decisioni di acquisto future per la presenza di una serie di circostanze per cui l'amministrazione non potrà cambiare facilmente fornitore alla scadenza del periodo contrattuale.

La Commissione Europea ha recentemente fornito la seguente definizione di lock-in per gli appalti nel settore informatico: «*Il lock-in si verifica quando l'amministrazione non può cambiare facilmente fornitore alla scadenza del periodo contrattuale perché non sono disponibili le informazioni essenziali sul sistema che consentirebbero a un nuovo fornitore di subentrare al precedente in modo efficiente*».

Il fenomeno del *lock-in* è tipico del settore delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ma può senz'altro presentarsi anche in altri ambiti, come in un caso recentemente sottoposto all'attenzione del Consiglio di Stato (sentenza 20/11/2020 n. 7239), in cui i beni infungibili in questione erano degli elicotteri per il servizio di elisoccorso.

Nel caso oggetto della sentenza in esame, l'amministrazione ha proceduto all'affidamento diretto della fornitura, in quanto, anche a seguito di una consultazione preliminare di mercato, risultava che un solo operatore economico era in grado di fornire lo specifico modello di elicottero richiesto e che, secondo la stessa stazione appaltante, vi sarebbero stati gravi disagi organizzativi e ricadute economiche ove si fosse cambiato operatore

Il Consiglio di Stato ha ritenuto che, nel caso di specie si fosse determinata una condizione di *lock-in* per gli esiti della precedente procedura di gara conclusasi con l'acquisto di più elicotteri di un unico modello dal medesimo fornitore e che, pertanto, il bene non fosse infungibile a causa dell'assenza di altri operatori sul mercato in grado di fornire beni altrettanto idonei a soddisfare le esigenze dell'amministrazione, ma che, piuttosto, apparisse infungibile all'amministrazione in ragione della gravità economica del cambio di operatore.

Il fornitore, dunque, appariva alla stazione appaltante come un monopolista naturale, pur non essendolo nei fatti, il che, secondo il Consiglio di Stato, poteva determinare conseguenze negativa sulla determinazione del prezzo ma anche in termini di inferiori possibilità di avanzamento tecnologico del prodotto rispetto a quelle reperibili nella libera concorrenza tra gli operatori.

La sentenza conclude per l'illegittimità dell'affidamento diretto nel caso di specie, in quanto il bene da acquistare non risultava infungibile per l'assenza di concorrenza dovuta a "motivi tecnici", come richiesto dall'art. 63, co. 2, ma per una "distorta visuale" indotta nell'amministrazione dalla condizione in cui essa stessa si era posta.

Pertanto, secondo il Consiglio di Stato, è necessario che l'amministrazione non solo di evitare di cadere in condizioni di *lock-in*, ma che si attivi anche per uscirne, recuperando i costi causati dal cambio di operatore, nel lungo periodo attraverso il conseguente risparmio di spesa e i vantaggi qualitativi acquisibili.

Tale uscita dalla condizione di *lock-in*, in conclusione, può avvenire solamente con una procedura aperta in cui la stazione appaltante si renda disponibile alla fornitura di modelli equivalenti a quelli attualmente in uso.

Ad avviso di chi scrive, già in gara dovrebbe essere descritta la fase di "phase out" ovvero la fase di transizione da un operatore ad un altro in caso di nuova edizione ed eventuale aggiudicatario differente. Ad esempio dovrà valorizzarsi entro un periodo di tempo breve e comunque in contradditorio, garanzia di integrazione dei dati informatici e dei beni inventariati, fase di trasloco (definizione delle responsabilità e penali).

Sotto un punto di vista economico, in virtù anche della recente aggiudicazione del medesimo servizio a favore del E.O. Ospedali Galliera, si potrebbe ipotizzare, per entrambe le ipotesi sopradescritte, una base d'asta ribassabile di circa 10 milioni annui in cui far ricadere tutti gli Enti sanitari della Regione Liguria secondo step di "entrata" già predefiniti.

8. CONCLUSIONI

Come sopra ampiamente descritto, il panorama regionale è molto eterogeneo e siffatta specificità si è notevolmente accentuata durante il periodo pandemico, che purtroppo non è ancora concluso, e necessita in futuro di risposte più aggregate soprattutto nella gestione dei DPI - Dispositivi di Protezione Individuale.

La Liguria rispetto ad altre realtà anche di pari dimensioni - intese come popolazione e numero di presidi ospedalieri - ha, di fatto, una gestione logistica frammentaria e parcellizzata: il fatto che nessun Ente avesse a disposizione un'area per la gestione dei DPI durante la fase più grave della pandemia ha fatto emergere tutte le criticità che sino ad allora non erano così evidenti.

La gestione unitaria dei beni di consumo sanitari, dai farmaci, ai dispositivi medici e beni economali, crea di fatto una ottimizzazione dei processi di approvvigionamento con correlata riduzione dei costi delle singole aziende sanitarie che potrebbero investire maggiori risorse -sia in termini di personale che di tempo- al governo clinico dei beni sanitari.

È importante evidenziare che in caso di centralizzazione il ruolo di Farmacista non sarebbe depotenziato, ma assumerebbe una funzione centrale nella cosiddetta "Farmacoeconomia" e "Farmaco vigilanza clinica" nonché di appropriatezza dell'uso del farmaco, in quanto verrebbero demandati ad altri soggetti i compiti di mero magazziniere, che esulano dalle funzioni originarie del Farmacista.

Come vedremo più avanti, nel nuovo processo degli ordini il Farmacista mantiene sempre la funzione di verifica e validazione di tutti i prodotti di sua competenza.

In altri termini, la soluzione di centralizzare il processo logistico porterebbe nell'alveo dei ruoli e funzioni originali le figure sopra evidenziate, lasciando le problematiche meramente distributive e di gestione delle scorte ad un Project Manager Logistico di alta specializzazione.

Altra problematica della sanità ligure su questo tema è quello della mancanza di spazi adeguati per la gestione dei beni consumo, soprattutto non è presente in tutte le aziende una vera e propria automazione e digitalizzazione del processo.

La ricerca di spazi adeguati per una gestione complessiva porterebbe ad un adeguamento infrastrutturale e tecnologico di tutti i processi della filiera: dal picking alla consegna in reparto, liberando anche gli spazi attualmente adibiti a magazzini interni.

Altri aspetti correlati alla centralizzazione del magazzino sono quelli di natura contabile e di gestione del personale attualmente impiegato nelle funzioni di tecnico di magazzino.

Per quanto concerne i profili di contabilità, si evidenzia che qualsiasi sia il modello prescelto sarà necessario nominare uno o più agenti contabili[6].

Sempre dal punto di vista contabile, per evitare una doppia imposizione fiscale dell'IVA, occorrerà trovare una soluzione rispetto al modello logistico che Regione vorrà adottare: ad esempio il Friuli Venezia Giulia, come visto, ha costituito una società commerciale senza fini lucro che acquista e rivende in nome e per conto delle singole aziende sanitarie i beni di consumo[7].

---

[6] Come noto, l'Agente Contabile è la persona fisica o giuridica che, per contratto o per compiti di servizio inerenti al rapporto di lavoro, ha maneggio di denaro (cd. Agenti Contabili "a denaro"), valori o beni (cd. Agenti Contabili "a materia") di proprietà dell'ente pubblico. Per maneggio si intende la concreta, specifica ed effettiva disponibilità di denaro, beni e valori, non il semplice impiego.
La qualifica di Agente Contabile può essere rivestita sia da persone fisiche, singole o più persone unite tra loro da un vincolo collegiale, sia da persone giuridiche e non è riservata al solo personale interno all'Amministrazione, ma può riguardare tanto il funzionario pubblico (Agente Contabile interno) quanto un soggetto privato legato all'Amministrazione da un rapporto di servizio (Agente Contabile esterno).
La qualifica non necessita di una formale attribuzione (nel qual caso si configura il c.d. Agente Contabile di diritto), potendo essere acquisita anche di fatto (c.d. Agente Contabile di fatto) qualora si realizzi una sostanziale ingerenza nella gestione dei beni pubblici pur in assenza di una formale investitura.

7 Si veda paragrafo 6.1

Per quanto concerne gli aspetti del personale, dai dati in nostro possesso risultano un centinaio di magazzinieri che sarebbero coinvolti in un processo di esternalizzazione: va sottolineato che le figure correlate (quali informatici o amministrativi) dei diversi Provveditorati, non essendo inquadrati esclusivamente alle funzioni correlate al magazzino, non sarebbero coinvolti in prima persona nell'esternalizzazione di cui si tratta.

Ovviamente, prima di una eventuale esternalizzazione, saranno individuati e ben definiti i percorsi sindacali che ogni singola azienda dovrà seguire, anche eventualmente cambiando le funzioni ai singoli dipendenti; inoltre sarà inserita negli atti di gara la clausola sociale[8].

Il ruolo di magazziniere, di fatto, è stato depotenziato dalle stesse aziende nel corso degli anni, infatti non sono più avvenute assunzioni a tempo indeterminato ma è aumentato il ricorso alle agenzie di somministrazione di lavoro interinale o ad una vera e propria esternalizzazione di alcuni processi logistico – distributivi, quali ad esempio il trasporto (si veda Asl 3).

Lo sviluppo di un magazzino unico regionale creerebbe, ad avviso di chi scrive, un volano assunzionale, ovviamente in ambito privatistico, in figure tecniche quali magazzinieri, trasportatori sicuramente superiore, rispetto ai vincoli assunzionali, per figure di pari livello e mansione, in ambito pubblico, anzi libererebbe risorse per assumere figure più prettamente sanitarie.

Il magazzino unico aumenterebbe il processo dei trasporti ottimizzandolo, ovvero diminuendoli rispetto agli attuali, in quanto con il tracciamento dei prodotti si porterebbe ad una riduzione notevole degli ordini in emergenza ed urgenza, oltre che ad effettuare

8 L'art. 50 del D.lgs. n. 50/2016 prevede che "*Per gli affidamenti dei contratti di concessione e di appalto di lavori e servizi diversi da quelli aventi natura intellettuale, con particolare riguardo a quelli relativi a contratti ad alta intensità di manodopera, i bandi di gara, gli avvisi e gli inviti inseriscono, nel rispetto dei principi dell'Unione europea, specifiche clausole sociali volte a promuovere la stabilità occupazionale del personale impiegato, prevedendo l'applicazione da parte dell'aggiudicatario, dei contratti collettivi di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81*".

un singolo trasporto per esempio per tutti i presidi situati nella medesima zona anche se di aziende sanitarie differenti.

Inoltre, come visto, in sede di gara si potrebbero valorizzare le caratteristiche tecnico-qualitative del parco mezzi impiegato sotto il profilo del minor impatto ambientale. In tal modo si concretizzerebbe anche un "Valore Pubblico", premiando uno sviluppo sostenibile attraverso la diminuzione di esternalità negative con significative quantità di Kg CO_2 risparmiati.

Proprio in un'ottica di "creare valore" per ottenere un servizio che dia un contributo di supporto alle aziende sanitarie ligure per migliorare tutto il processo logistico distributivo dall'ordine alla consegna in reparto, è auspicabile inserire nella "nuova" gara tutti i beni di consumo, a parte alcuni casi specifici (a titolo esemplificativo e non esaustivo stupefacenti, antiblastici, gas medicinali), valorizzando nella valutazione delle diverse offerte anche proposte innovative nella gestione per esempio dei dispositivi medici in conto deposito e conto visione, nella laboratoristica: si lascia ai singoli operatori economici il metodo per il raggiungimento dell'obiettivo che deve essere comune per tutta Regione Liguria, ovvero:

- ✓ Standardizzazione dei processi distributivi dei beni di consumo sanitari mediante procedure ben definite e rispettate;
- ✓ Uniformare le codifiche dei beni di consumo mediante contratti unici;
- ✓ Automatizzare e digitalizzare il processo logistico mediante l'integrazione dei sistemi informativi (magazzino – aziende);
- ✓ Uniformare gli spazi fisici;
- ✓ Creare valore professionale e qualitativo nelle figure coinvolte: Farmacisti – Provveditori – Manager della Logistica.

Orbene, ai fini della realizzazione degli obiettivi sopra esposti, risulta anzitutto necessario avere ben delineato lo stato dell'arte di tutti gli Enti sanitari liguri, con dati completi ed uniformi, per eliminare ed evitare le criticità di cui si è detto[9].

Dapprima dovranno essere indicate in modo preciso le professionalità coinvolte: numero di magazzinieri, numero di informatici e di unità di personale amministrativo dedicati e ciò per poter correttamente definire il numero/ore forze lavoro ai fini di un'analisi costi/benefici.

Dovrà poi essere svolta una puntuale analisi degli spazi attualmente occupati adibiti a magazzino di proprietà dei vari Enti.

Ancora, dovrà essere indicato con precisione il numero di righe di ordine in uscita ed entrata, classificati per i differenti prodotti acquistati, nonché il numero di prodotti / referenze movimentate e relativi punti di consegna.

Per esempio una classificazione potrebbe essere la seguente anche in relazione alle modalità di conservazione e tempistiche di distribuzione:

- Farmaci e oncologici innovativi e dialisi;
- Presidi medico chirurgici sterili;
- Presidi medico chirurgici;
- Materiale protesico;
- Beni non sanitari ed economale;
- Altro materiale sanitario ed altri service;
- Materiale di sutura;
- Materiale di medicazione;
- Disinfettanti;
- Alimenti prima infanzia e dietetici;
- Sieri e vaccini;
- Reagenti e diagnostici;
- Cartelle cliniche (corrente).

[9] Il riferimento è alle "Criticità" evidenziate al paragrafo 4

Per esempio un processo di acquisto potrebbe essere così di seguito ben definito:

1. Richieste fatte dai reparti con i software aziendali;
2. Validazione aziendale da parte dei farmacisti;
3. Validazione resa disponibile per il prelievo da parte del farmacista del magazzino unico;
4. Modalità di prelievo da parte degli operatori addetti che auspicabilmente dovrebbe essere automatizzato;
5. Suddivisione dei prodotti prelevati per reparto richiedente tramite apposite cassette per reparto, che potrebbero essere messe in roll per il trasporto;
6. Consegna direttamente ai reparti o ad un punto unico in base alle richieste delle aziende (piccolo hub aziendale / transit point).

Ad avviso di chi scrive, è importante evidenziare come il progetto di unificare i processi della logistica distributiva sanitaria, come sopra descritto, debba essere visto da tutti gli attori coinvolti non come un rischio -inteso nell'accezione negativa del termine- ma come una potenziale opportunità di crescita per migliorare le prestazione sanitarie nel loro complesso.

In questo senso è bene tenere in considerazione il concetto di rischio come delineato nell'ambito del *risk management,* ovvero di rischio "positivo", inteso come opportunità e come probabilità di ottenere un vantaggio. In tal senso, è stato osservato come da tutte le più grandi crisi, siano nate opportunità.
Fu Joseph Schumpeter, economista di inizio '900, padre della teoria dello sviluppo economico, ad affermare che il processo di "distruzione creativa", sebbene doloroso, favorisce l'innovazione e il progresso scartando il vecchio e il familiare per il nuovo e il

migliore[10]. Da questo punto di vista, la crisi pandemica legata al Covid-19, e diventata recessione, può essere una fonte di opportunità per gli innovatori.

Infatti:

- una crisi può creare il coraggio organizzativo di intraprendere azioni a sostegno di uno scopo che sarebbe impensabile in tempi di calma;
- quando una crisi colpisce, imprese e *manager* sono costretti a confrontarsi su come funzionano (o non funzionano) le proprie organizzazioni e processi. Le aree in cui le cose potrebbero essere fatte meglio o in modo più efficiente diventano palesemente evidenti;
- per stare al passo con un mondo in rapido cambiamento, i processi interni devono essere snelliti, il comando e il controllo allentati e l'autonomia data a coloro che stanno prendendo decisioni sul campo. Tutto questo alleggerisce il tradizionale apparato burocratico che rallenta le organizzazioni consolidate;
- una crisi forza le organizzazioni a creare rapidamente esperimenti, vedere cosa succede e sperimentare ancora. Questo processo di sperimentazione consente alla libertà di testare diversi pensieri, fallire velocemente, apprendere e andare avanti, in breve, di introdurre anche in organizzazioni tradizionali un approccio imprenditoriale.

Tornando al concetto di opportunità di crescita come poc'anzi precisato, ad avviso di chi scrive i benefici del processo di centralizzazione qui descritto possono riassumersi nei seguenti punti:

1. ottimizzazione e gestione delle scorte mediante la riduzione degli scaduti e dei resi delle aziende per un possibile reimpiego;
2. miglioramento e sicurezza mediante la tracciabilità del lotto e scadenza;
3. centralizzazione dei processi amministrativi mediante economie di scala;

[10] Cfr. Joseph A. Schumpeter, *Teoria dello sviluppo economico*, ETAS, Milano, 2002

4. standardizzazione dei prodotti in particolare DM e diffusione delle migliori pratiche attraverso un continuo confronto tra le parti.

Infine, si osserva come la centralizzazione del magazzino non andrebbe ad intaccare l'autonomia delle singole Aziende sanitarie in quanto modificherebbe soltanto la logistica mentre il decisore (Regione Liguria) avrebbe la possibilità di adottare le scelte strategiche più opportune (dalla riduzione delle Aziende a variazioni territoriali) senza particolari sconvolgimenti.