

I modelli di acquisto e gestione dei servizi nella Medicina di Laboratorio: riflessioni su competenze organizzative e gestionali

Elena Maggioni, Francesca Ferrè*

Lo studio esamina i modelli di servizio prevalenti nel contesto della Medicina di Laboratorio in Italia, focalizzandosi sui meccanismi di governance che favoriscono o ostacolano la scelta tra internalizzazione ed esternalizzazione dei servizi. In particolare, l'obiettivo si declina nell'individuare quali siano le competenze manageriali per il ruolo di committenza e di *clinical governance* sulla base delle quali le aziende sanitarie pubbliche possano valutare il modello di servizio più coerente alle proprie caratteristiche di partenza. Al fine di conseguire tali scopi sono stati selezionati tre casi esplorativi che riflettono i tre modelli di servizio prevalenti e svolte interviste semistrutturate basate sulle macroaree di attività sulle quali insiste il "ciclo di vita" dei contratti di fornitura: (i) l'attività di gara, (ii) la gestione degli ordini, (iii) la manutenzione delle attrezzature e (iv) la valutazione

della performance dei fornitori. Inoltre, l'interesse manageriale degli autori li ha portati a comprendere le influenze culturali dei diversi modelli di servizio e, di conseguenza, le implicazioni nella scelta per il management. Le conclusioni evidenziano l'importanza strategica di scegliere un modello di servizio coerente con le esigenze e competenze aziendali, tenendo conto delle competenze gestionali interne (capacità programmatica e di monitoraggio), dei volumi di servizio e del *case-mix*.

Parole chiave: modelli di servizio, quasi-mercato, Medicina di Laboratorio, Value-Based Health, esternalizzazione, acquisti.

Procurement and service management models in laboratory medicine: Reflections on organizational and managerial competencies supporting different approaches

The study investigates the prevailing service models within the context of laboratory medicine in Italy, concentrating on

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Metodologia
3. I risultati
4. Discussione
5. Conclusioni e implicazioni

* Elena Maggioni, Università degli Studi di Milano. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0144-4917>.

Francesca Ferrè, Università degli Studi di Milano. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5781-517X>.

governance mechanisms that either facilitate or impede the choice between internalization and outsourcing of services. The primary objective is to identify the managerial competencies required for commissioning and clinical governance, enabling public healthcare organizations to assess the most suitable service model according to their intrinsic characteristics. To meet these objectives, three exploratory cases, representing the dominant service models, were selected. Semi-structured interviews were conducted, focusing on key activity areas throughout the “life cycle” of supply contracts: (i) the tendering process, (ii) order management, (iii) equipment maintenance, and (iv) supplier performance evaluation. Furthermore, the authors’ managerial focus extended to understanding the cultural influences of different service models and the consequent implications for managerial decision-making. The conclusions underscore the strategic importance of selecting a service model that aligns with organizational needs and competencies, considering internal managerial skills (planning and monitoring capabilities), service volumes, and case mix.

Keywords: service models, quasi-market, Laboratory Medicine, Value-Based Health, outsourcing, procurement.

Articolo sottomesso: 05/08/2024,
accettato: 30/07/2025

1. Introduzione

Nell’attuale configurazione e consolidamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano la Medicina di Laboratorio svolge (e svolgerà) un ruolo sempre più significativo nei processi assistenziali, fornendo le basi

nelle decisioni cliniche sia nei riguardi dei singoli pazienti che in termini di salute pubblica. Difatti, la Medicina di Laboratorio ricopre un ruolo critico non solo nell’identificazione precoce del rischio e nella diagnosi tempestiva bensì anche nell’accuratezza nella definizione della prognosi e nella scelta di trattamenti personalizzati e meno invasivi rispetto al passato, con una conseguente gestione più efficace ed efficiente delle malattie croniche (Cappelletti, 2007). Inoltre, grazie alla continua innovazione tecnologica, che consente di aumentare la velocità e la precisione della diagnostica (per esempio con l’introduzione della medicina molecolare e genomica, oltre che i *self-test* e il *remote monitoring*), questo settore ha il potenziale di poter influenzare significativamente la pratica clinica. Ancora, il ruolo del laboratorio appare oggi sempre più orientato dai nuovi modelli assistenziali centrati sul paziente (*patient-centered*) e basati sul valore (*value-based healthcare*) (Church & Naugler, 2020). Inoltre, la Medicina di Laboratorio è sottoposta a spinte di innovazione organizzativa che hanno interessato tre principali ambiti (Lega, 2012): l’efficientamento operativo (*asset management*) come reingegnerizzazioni, riorganizzazioni strutturali e creazioni di reti sia di professionisti che di strutture (Morandini, 2012); lo sviluppo, la gestione e la riorganizzazione delle competenze, delle specializzazioni e dei saperi (*knowledge management*) con l’emergere della figura del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; e infine, il *disease management* nell’ottica della declinazione delle cure per percorsi assistenziali con elaborazioni di *clinical service line* (Morandini, 2014).

Il presente lavoro si concentra sull'analisi dell'*asset management* proponendo alcune riflessioni teoriche sui differenti modelli di acquisto e gestione dei servizi di Medicina di Laboratorio presenti nel contesto del SSN italiano, ovvero fornendo spunti di riflessione circa le caratteristiche organizzative e gestionali che possono supportare la scelta tra i modelli prevalenti.

In questa prospettiva le possibili scelte organizzative sono molteplici: da unità di laboratorio con servizi *in-house* e gestione di forniture tramite gare di appalto e concessioni, all'interno dei quali si distinguono anche modelli di gestione degli acquisti in forma collaborativa (cooperative, strutture consortili, reti pubblico-pubblico o pubblico-privato ecc.), fino a forme di *contracting-out* totale del servizio. Nel modello organizzativo della Medicina di Laboratorio, ossia nell'insieme di attività e processi che concorrono all'erogazione dei servizi, risulta dunque importante comprendere l'orientamento della stessa verso le diverse modalità di acquisizione e gestione dei beni e servizi che possono essere più di matrice transazionale (approccio di mercato) o di matrice relazionale (Williamson, 1983; Macneil, 2000; D. Hughes *et al.*, 2013). Nel primo, le transazioni con i fornitori sono basate su relazioni di breve periodo per prodotti poco complessi i cui requisiti e termini di erogazione possono essere facilmente definiti contrattualmente. Differentemente, l'approccio relazionale è caratterizzato da scambi tra acquirente e fornitori di più lunga durata che vanno a configurarsi come partnership strategiche per l'erogazione di prodotti e servizi contraddistinti da alti livelli di specificità (Sclar, 2001). Generalmente si tratta di

accordi finalizzati alla mutua collaborazione, ove reciproci sono i vantaggi e il valore aggiunto (Beinecke & DeFillippi, 1999; Allen, 2002; Amirkhanyan *et al.*, 2010). Tali accordi possono essere più flessibili e adattabili nel tempo e si caratterizzano per una maggiore apertura alla negoziazione e alla risoluzione collaborativa dei problemi instaurando interdipendenze tra committenti e fornitori (Levin, 2003; Porter *et al.*, 2013), e dove dunque risulta importante costruire rapporti fiduciosi (Sclar, 2001).

Poiché tuttavia l'apparente semplicità di una transazione non sempre esclude la presenza di costi di transazione rilevanti, la scelta tra modalità di approvvigionamento di tipo relazionale o di tipo transazionale non dovrebbe essere guidata unicamente dalla complessità tecnica del bene, ma anche dalla capacità dell'organizzazione di gestire efficacemente le incertezze e salvaguardarsi da comportamenti opportunistici nei rapporti di fornitura (Walker & Weber, 1984; O.E. Hughes, 2018).

Nel contesto attuale della Medicina di Laboratorio sono presenti entrambi gli approcci di committenza, anche se si rileva una maggiore spinta verso l'approccio relazionale con l'individuazione di partner strategici per la fornitura ed erogazione dei servizi, fino ad arrivare a configurazioni che prevedono l'*outsourcing* anche del personale amministrativo di laboratorio. Infatti, i cambiamenti che stanno contraddistinguendo l'organizzazione della Medicina di Laboratorio sono anche il risultato delle pressioni ricevute durante l'emergenza pandemica, quando è stato messo in luce il valore strategico della branca di laboratorio e la necessità di proporre soluzioni di acquisto ed erogazione innovative

sfruttando modelli di collaborazione (pubblico-pubblico e pubblico-privato) per permettere risposte tempestive su larga scala. Difatti, le difficoltà emerse nelle attività di *procurement* durante la pandemia hanno dato risalto alla necessità di snellire le attività di acquisto (OECD, 2020) e il modello governance che sussiste tra appaltante e appaltato, nonché di costruire un rapporto fiduciario di lungo termine tra le parti (Cusumano *et al.*, 2020). Oltre a fornire rapide e concrete risposte alle complessità dell'ambiente in cui opera la Medicina di Laboratorio, le collaborazioni sono volte alla ricerca delle migliori condizioni di efficienza e sostenibilità economica (Andrews & Entwistle, 2010), ma anche allo sviluppo di soluzioni a maggior valore per i pazienti e per il sistema sanitario a lungo termine (Cusumano *et al.*, 2020; Amatucci & Brusoni, 2024). Proprio nel raggiungere tale obiettivo, attraverso la definizione di obiettivi di performance *value-based* e a sistemi di monitoraggio efficaci (Sanderson *et al.*, 2018; Pennestrì *et al.*, 2019), l'attività di *procurement* sta assumendo sempre più un valore strategico per le aziende sanitarie.

Complessivamente, l'innovazione organizzativa è mossa tanto dall'interno delle aziende sanitarie quanto da proposte da parte degli stakeholder della filiera produttiva. Internamente sono scelte che maggiormente rispondono a necessità di efficientamento del laboratorio sia dal lato economico che da quello tecnico/operativo, mentre le spinte dall'esterno mirano a fornire vantaggi competitivi tramite l'aggiudicazione degli appalti di gara formulati con nuovi modelli di partnership (Barney, 1991; Holcomb & Hitt, 2007).

L'obiettivo del presente studio è dunque quello di partire dai modelli di servizio prevalenti e formulare considerazioni di più ampio respiro sulle soluzioni tecniche e i meccanismi di governo necessari alla loro implementazione (Longo, 2001; Borgonovi, 2005; Cantù *et al.*, 2010). Ove per modello di servizio, si intende il modello di applicazione di competenze specialistiche (risorse, conoscenze e competenze) attraverso azioni, processi e prestazioni (Lusch & Vargo, 2006), ossia l'organizzazione degli asset tangibili e intangibili all'interno dell'organizzazione in relazione alla capacità produttiva, alla domanda di prestazioni e alla forma di partecipazione e aggiudicazione degli appalti pubblici. In particolare, l'obiettivo finale è quello di individuare le competenze manageriali che sostengano l'esercizio del ruolo di committenza, e dunque adeguati modelli di governance, che consentano alle aziende sanitarie pubbliche di orientarsi nella selezione del modello di servizio più adeguato al proprio contesto di partenza, nonché nell'analisi del relativo impatto manageriale e delle ricadute sulla cultura organizzativa.

1.1. Il quadro di contesto

Sul territorio italiano sono presenti 1.168 laboratori di analisi pubblici e 2.306 laboratori privati accreditati che, contando su circa 30.000 tecnici sanitari di laboratorio, hanno erogato 1.075.028.703 prestazioni (valore che include le prestazioni erogate a pazienti ricoverati) nel solo 2021 (Boldrini *et al.*, 2022). Concretamente, la Medicina di Laboratorio contribuisce al 70% delle decisioni prese in ambito clinico con un'incidenza sul budget sanitario del 3% circa (D'Aria, 2021). Conside-

rando l'insieme delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN nel 2021, oltre l'88% appartiene alla branca di laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia. I numeri evidenziano l'importanza dell'intero comparto e giustificano uno studio approfondito delle sue dinamiche e delle opportunità nelle scelte di configurazione dei modelli di servizio, in ottica organizzativa, gestionale e delle implicazioni manageriali all'interno delle aziende sanitarie.

La Medicina di Laboratorio fonda l'erogazione dei propri servizi sull'impiego di tecnologie avanzate, che comprendono molto spesso strumenti diagnostici di precisione e ad alta automazione, vere e proprie strutture tecnologiche che integrano diverse fasi del processo (preanalitica, analitica, post-analitica) in un'unica linea automatizzata, come i *total laboratory automation*, o analizzatori altamente automatizzati di immunochimica e chimico-clinica, o sequenziatori di nuova generazione. Si tratta di tecnologie e strumenti diagnostici caratterizzati da un rapido tasso di innovazione, che richiedono anche un aggiornamento costante delle conoscenze e delle competenze del personale. In particolare, le fasi preanalitica (raccolta, conservazione e preparazione del campione) e analitica (esecuzione dell'analisi vera e propria) richiedono competenze tecniche specifiche, indispensabili per garantire l'affidabilità e la riproducibilità dei risultati. Accanto a queste competenze tecnico-scientifiche, assume un ruolo sempre più centrale anche la gestione organizzativa del laboratorio, che si fa via via più articolata e complessa. La Medicina di Laboratorio si configura quindi come un servizio che richiede una disponi-

bilità tecnologica importante, spesso di tecnologie configurate *ad hoc* per le caratteristiche del laboratorio, per esempio se si tratta di un laboratorio *Hub* o di laboratorio *Spoke*, e per il livello di competenze presenti nel laboratorio. Oltre alle tecnologie, l'attività della Medicina di Laboratorio necessita di consumabili sanitari, di servizi di verifica degli standard di qualità, sicurezza e tracciabilità, può inoltre prevedere servizi per la gestione dell'informatizzazione, nonché servizi per la gestione della logistica e del trasporto campioni. In generale, per i laboratori, l'oggetto di gara può comprendere quindi le tecnologie per i servizi di analisi (test diagnostici, screening, analisi chimiche e microbiologiche ecc.), la fornitura di reagenti e materiali da laboratorio (reagenti chimici, strumentazione di laboratorio, attrezzature diagnostiche e materiali di consumo), i servizi di raccolta e trasporto dei campioni, la gestione dei dati (sistemi informatici e software) e, talvolta, del magazzino.

Nel panorama nazionale c'è una certa eterogeneità di modelli di acquisto e gestione dei servizi di laboratorio. Tra le diverse modalità di esternalizzazione, le aziende ricorrono ad appalti e concessioni come forme contrattuali di "partnership", oppure a forme istituzionali di accreditamento, o ancora a sperimentazioni gestionali. I differenti modelli possono essere ricondotti alle seguenti categorie logiche.

- Il modello "classico" di appalto, nel quale l'Azienda Sanitaria può procedere con l'affidamento gestionale del laboratorio mediante la formula del Partenariato Pubblico Privato (PPP). Il rapporto contrattuale che si instaura è tipicamente di lunga

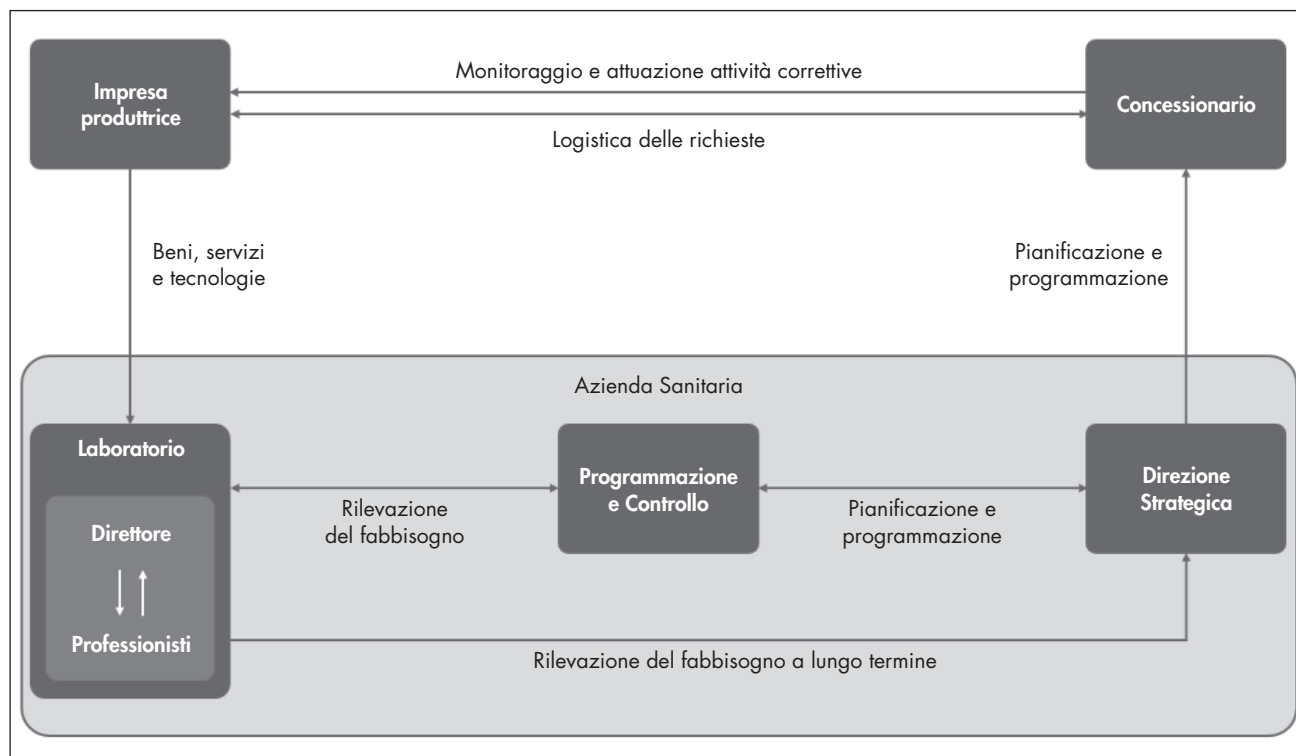
durata con la finalità di perseguire un esito di interesse pubblico. Il modello prevede che una quota rilevante dei fabbisogni finanziari necessari alla realizzazione del progetto sia sostenuta dal privato, che si assume il rischio operativo legato all'esecuzione delle opere e alla gestione dei servizi. Resta altresì in capo al soggetto privato la realizzazione e conduzione gestionale del progetto, mentre la definizione degli obiettivi e le conseguenti attività di monitoraggio e verifica restano di appannaggio dell'ente concedente. Il modello configura delle sinergie tali per cui il soggetto privato è in condizione di apportare le proprie competenze gestionali, le proprie conoscenze tecnologiche e le relazioni commerciali, mettendo in condizione l'ente concedente di disporre di soluzioni infrastrutturali innovative efficientando e migliorando i servizi erogati a fronte di un'equivalente spesa pubblica. La remunerazione del soggetto privato può avvenire tramite l'erogazione da parte dell'ente di un canone di servizio, una tariffa a prestazione o un meccanismo misto.

- L'affidamento di “servizi globali”, ove un Contraente Generale (o *General Contractor*) ha l'obiettivo di consegnare un'opera nei tempi e con le caratteristiche tecniche concordate con il concedente pubblico. Quando il contratto prevede anche la gestione, la manutenzione, e l'aggiornamento tecnologico dell'opera, il contraente assume il ruolo di *Total Solution Provider*. Quest'ultimo prevede la realizzazione di un servizio “chiavi in mano”, introducendo *expertise* multiprofessionale, know-how gestionale, ma anche *asset* tec-

nologici e una filiera stabile di approvvigionamento. Il *Total Solution Provider* si occupa in autonomia della gestione degli asset, rispettando quanto contrattualizzato in merito a risultati gestionali e volumi. A tale autonomia si associa però il controllo e la valutazione da parte dell'Ente appaltante (Rossi & Civitillo, 2014) individuabile nella figura del Concessionario.

Nell'ottica di avere un “filtro” tra Azienda Pubblica e impresa, diviene importante l'individuazione di un Concessionario che svolga un ruolo di amministratore non solo per le questioni amministrative-burocratiche legate all'aggiudicazione dell'appalto bensì anche alla pianificazione, programmazione e monitoraggio delle attività erogate dall'azienda produttrice. La figura del Concessionario, di natura pubblica a livello regionale o locale (volta alla singola progettualità), è di fatti volta a interfacciarsi in prima persona con la controparte privata nel gestire la valutazione delle performance e definire la logistica coerentemente con la pianificazione e programmazione dell'Azienda Sanitaria. La Fig. 1 illustra quali sono i possibili soggetti che intervengono nelle soluzioni di quasi-mercato per l'acquisto e la gestione dei servizi di laboratorio, identifica le relazioni e interdipendenze tra i soggetti e le competenze attese.

- L'affidamento a un'Associazione Temporanea di Imprese (ATI), ossia a due o più operatori economici che scelgono di partecipare a una gara pubblica in forma cooperativa. Essi cooperano rendendo disponibili le proprie risorse, strutture, tecnologie, personale ed *expertise* al fine di garantire l'adempimento ai requisiti



tecnico-professionali stabiliti dall'Ente concedente nel contratto di appalto. L'ATI vede l'associazione degli operatori economici limitarsi alla sola durata del contratto, anche se generalmente la forma associativa può perdurare anche oltre il dato termine e dopo l'avvenuto incasso del credito (non vi è alcuna specifica norma che lo vieta). Garantendo anche alle piccole imprese di associarsi e partecipare alle gare, il principale beneficio dell'ATI risiede nell'incremento del dinamismo del mercato, ampliando il numero di competitor. Gli operatori che adempiono a un contratto in forma associativa garantiscono la conduzione dello stesso secondo gli standard contrattuali mantenendo l'autonomia amministrativa dell'impresa.

In sintesi, è possibile identificare due macrocategorie di modello di servizio (Walker & Weber, 1984): l'internalizzazione (o *make*) e la partnership (o *outsourcing*). Nel primo, la gestione dei fattori produttivi (personale, materiali, macchinari e attrezzature ecc.), gli adempimenti amministrativi e le scelte organizzative e strategiche sono completamente in capo all'azienda sanitaria. L'esternalizzazione, invece, è a sua volta differenziabile tra parziale e totale. La prima, assimilabile a una partnership di servizio, è caratterizzata dalla stretta integrazione operativa tra il fornitore privato, che fornisce beni e servizi atti alla produzione e all'erogazione dei servizi a partire dalla logistica di magazzino, e l'azienda pubblica in capo alla quale rimane il controllo diretto sul personale e sulle decisioni

Fig. 1
Flussi interaziendali per il funzionamento dell'esternalizzazione

operative ed erogative. L'esternalizzazione totale è invece caratterizzata da una completa integrazione operativa e strategica tra Azienda Pubblica e fornitore privato, secondo la quale sia la fornitura di beni e servizi che il personale tecnico e/o amministrativo (escluso il Direttore di Struttura e il personale medico) sono affidate all'impresa privata. Questo modello può così configurarsi come una partnership istituzionale spesso sotto forma di sperimentazione gestionale.

Alla luce delle possibili scelte d'acquisto e fornitura, le Direzioni Strategiche di Azienda Sanitaria, insieme alla funzione acquisti, dovranno disporre di adeguati strumenti mediante cui valutare le migliori strategie da attuare, anche e soprattutto sul piano contrattuale, in modo da poter implementare al meglio la soluzione organizzativa per la Medicina di Laboratorio. In questo senso la funzione approvvigionamento e acquisti passa da puro centro di costo (con un focus operativo e transattivo) a struttura a supporto della direzione, con focus strategico e chiari obiettivi di creazione di valore per l'azienda.

Dunque, alla luce dei dati di contesto e dei modelli di quasi-mercato appena descritti, risulta interessante provare a individuare le competenze manageriali necessarie alle aziende sanitarie pubbliche per valutare il modello di servizio per la Medicina di Laboratorio più coerente alle proprie caratteristiche di partenza, nonché valutarne l'impatto manageriale e le implicazioni sulla cultura organizzativa aziendale.

2. Metodologia

Lo studio prende spunto dall'analisi approfondita di tre casi esplorativi (Yin, 1994) che illustrano i tre model-

li prevalenti, esplicitivi per identificare le caratteristiche dei modelli e delle competenze che le aziende sanitarie dovrebbero presentare per un funzionamento efficace, efficiente ed economicamente sostenibile dei propri Laboratori. La scelta dei casi esplorativi è stata selezionata perché in linea con il campionamento teorico coerente con l'obiettivo della costruzione della teoria (Eisenhardt, 1989) e perché riflette la necessità di apprezzare qualitativamente la traduzione dei modelli nella realtà aziendale (consapevoli di evoluzioni e cambiamenti significativi in questo ambito) al fine di identificare le caratteristiche organizzative e gestionali a supporto dei diversi modelli e i relativi fattori abilitanti e quindi fornire spunti di sviluppo teorico. Il campionamento, di tipo opportunistico, tiene anche in considerazione gli elevati volumi delle realtà in analisi, significativi rispetto al panorama nazionale. Il primo caso adotta il modello di gestione in capo a un'impresa privata in qualità di *Total Solution Provider*; il secondo caso analizzato opera attraverso un'ATI, formulando un'unica offerta congiunta tra le imprese riunite nell'associazione in fase di gara con il conseguente obbligo (in caso di aggiudicazione) dell'esecuzione congiunta delle prestazioni oggetto di appalto. Infine, il terzo e ultimo caso in analisi adotta un modello di servizio "classico" con forniture definite secondo singole gare aggiudicate da singoli fornitori.

I tre casi aziendali sono stati analizzati approfondendo i punti di forza e di debolezza organizzativi, tecnici ed economici dei differenti modelli di servizio che caratterizzano la Medicina di Laboratorio: la gestione esternalizzata "in service" attraverso la contrattualizza-

zione di uno o più servizi del laboratorio a imprese private nelle sue differenti forme di partecipazione e affidamento del *Total Solution Provider* o attraverso ATI, e l'appalto con gestione diretta *in-house* da parte dell'azienda sanitaria pubblica (modello "classico").

Il metodo ha previsto:

- la formulazione di una traccia di intervista semistrutturata considerando le principali fasi del "ciclo di vita" dei contratti di fornitura (gara, ordini, manutenzione e performance), che gli autori ritengono essere gli ambiti sui cui l'azienda deve concentrarsi, in accordo con la strategia aziendale, per l'attività di committenza quali le priorità operative e produttive, nonché le capacità di specificazione, negoziazione e monitoraggio del contratto. Oltre a queste dimensioni, sono state indagate le principali influenze culturali dei modelli di servizio e, dunque, le conseguenti implicazioni nella scelta per il management aziendale;
- lo svolgimento di cinque interviste semistrutturate. I partecipanti sono stati reclutati sulla base del ruolo ricoperto all'interno dell'azienda sanitaria e nel laboratorio. In particolare, sono state coinvolte figure tecnico-amministrative e dirigenziali al fine di indagare sia gli aspetti politico-istituzionali che gestionali del modello di servizio. Hanno preso parte allo studio i tre Direttori dell'Unità Operativa di Medicina di Laboratorio delle aziende in analisi, un Direttore Amministrativo dell'azienda sanitaria, e un responsabile segreteria tecnico-amministrativa dedicato al laboratorio. I partecipanti non sono stati messi al corrente delle risposte degli altri intervistati.

2.1. Articolazione dell'intervista semistrutturata

A fronte di un preliminare inquadramento dei servizi erogati dalle singole realtà laboratoristiche e della loro struttura interna per l'organizzazione delle attività, nonché gli interessi di ricerca degli autori, le principali macroaree indagate tramite interviste semistrutturate sono state le seguenti.

- 1) L'attività di gara. Tale macroarea fa riferimento alle attività e procedure precedenti la pubblicazione del bando di gara, ovvero l'analisi del fabbisogno e la definizione dei requisiti, la creazione della documentazione a supporto della procedura di gara, la valutazione dei potenziali fornitori, nonché le attività che coinvolgono la gestione e valutazione delle offerte, le attività di aggiudicazione fino al momento di erogazione/esecuzione del contratto.
- 2) La gestione degli ordini. Questa dimensione riguarda sia la gestione dei rifornimenti che la gestione operativa del magazzino, ovvero quali modalità sono previste nella gestione dei beni, il livello tecnologico impiegato per tali attività e il coinvolgimento del personale clinico.
- 3) La manutenzione delle attrezzature. Questo ambito fa riferimento alla sensibilità verso la manutenzione e il rinnovo delle tecnologie oggetto di gara. La centralità dell'innovazione tecnologica nell'ambito del laboratorio è ampiamente riconosciuta ma diviene necessario concentrare l'attenzione sulle modalità di introduzione di nuove strumentazioni nei laboratori e sulla capacità delle Aziende pubbliche di valutare l'offerta presente sul mercato e le necessità

- coerenti con le proprie capacità operative e produttive (Campbell *et al.*, 2018; Amatucci & Brusoni, 2024).
- 4) La performance. Il tema indagato in questa dimensione fa riferimento alla presenza e articolazione di strumenti di monitoraggio delle performance legati all'esecuzione dei contratti ed eventuali sistemi premiali o sanzionatori previsti al raggiungimento di obiettivi di performance (*performance contracting*).
 - 5) Le influenze culturali. L'introduzione di nuovi meccanismi operativi all'interno delle organizzazioni hanno inevitabili impatti sulla cultura aziendale e, di conseguenza, sulle implicazioni nella scelta per il management delle Aziende. La possibile presenza di un partner strategico che non è solo fornitore di beni ma è strettamente legato all'operatività del laboratorio, fino ad arrivare alla presenza di lavoratori non dipendenti dall'azienda sanitaria, è un elemento da indagare per non instaurare relazioni invalidanti l'efficacia, l'efficienza e il clima collaborativo e fiduciario tra committente e fornitore.

I quesiti sono stati poi modulati in sede di intervista in base alle conoscenze e competenze di ruolo del singolo interlocutore nonché al modello di servizio presente.

Prima dell'intervista i partecipanti sono stati informati dello scopo della stessa e degli ambiti di approfondimento. La durata media delle interviste è stata di 45 minuti e tutti i partecipanti hanno portato a compimento l'intervista stessa. In seguito all'intervista non è stato ritenuto necessario richiedere ulteriori dati a supporto.

2.2. Presentazione dei casi studio

Le Aziende selezionate per lo studio sono la ULSS3 di Mestre, caratterizzata dalla presenza di un *Total Solution Provider* per tutto il mondo di laboratorio; la AUSL di Modena, situazione intermedia con scelta di ATI; e la AUSL di Bologna, caratterizzata da una fornitura "classica" focalizzata sulla fornitura strumentale.

I casi sono stati scelti, oltre che per il modello di servizio adottato e alle caratteristiche dei capitolati, anche per i significativi volumi di attività. Nel dettaglio, la UOC Medicina di Laboratorio di Mestre emette mediamente 5 milioni di referti all'anno (ULSS 3 Serenissima, 2023), il Laboratorio modenese conta circa 9 milioni di esami all'anno (AOU Modena, 2019), e infine, il Laboratorio Unico Metropolitano (LUM) bolognese conta 22 milioni di test all'anno (AOU Bologna, 2017).

La prima realtà in analisi è quella della ULSS3 di Mestre caratterizzata dalla presenza di un *Total Solution Provider* esterno che gestisce la fornitura dei consumabili e delle apparecchiature, nonché la loro manutenzione, all'interno del laboratorio analisi. La fornitura va oltre il *core business* dell'interlocutore privato (il cosiddetto "*Corelab*") provvedendo, attraverso terze parti, alla fornitura di aree laboratoristiche quali, a titolo di esempi, la biologia molecolare e la microbiologia. A questi si aggiungono servizi accessori come la messa a disposizione di una segreteria tecnico-amministrativa con otto addetti, la gestione con personale proprio dei magazzini, la fornitura del materiale di prelievo (solitamente reperito con gare dedicate e distinte rispetto al "*Corelab*") e la fornitura del

sistema informativo del laboratorio. L'esternalizzazione delle attività del laboratorio non include, invece, i professionisti e la direzione gestionale che restano in capo all'azienda sanitaria. Con questo modello di servizio i professionisti vengono sgravati dalla programmazione o definizione del fabbisogno tecnologico e dall'approvvigionamento logistico, nonché da attività di manutenzione ordinaria e straordinaria, di cui l'attività di laboratorio necessita per svolgere le sue routinarie attività. Il laboratorio così configurato ha consentito l'accentramento di diverse "omiche" dislocate e duplicate in altre aziende sanitarie del territorio. Il laboratorio dota inoltre l'azienda di nuovi servizi su scala provinciale per mezzo di una nuova area di chimica clinica, realizzando così un modello "unico" di accentramento trasversale di più discipline in un laboratorio ad alta tecnologia, che sulla base di un modello *Hub & Spoke* garantisce alle aziende *Spoke* di svolgere approfondimenti a maggior complessità nel laboratorio *Hub*.

La seconda realtà considerata è l'AUSL di Modena, caratterizzata dall'affidamento dei servizi a una ATI per l'automazione dell'area chimico-clinica e immunometria, che prevede un percorso di approvvigionamento nel quale i servizi sono parte fondante, e non solo integrante, del capitolato: in esso è presente una base d'asta differente tra attrezzature e servizi e, inoltre, sono presenti tra i servizi appaltati anche i trasporti. Per le ulteriori specializzazioni, invece, l'Azienda ha optato per gare singole. Il laboratorio opera all'interno del network dei laboratori del sistema di diagnostica provinciale, garantendo ai cittadini l'accesso anche a tutti gli esami più com-

plexi raccogliendo i risultati in un unico percorso diagnostico fino alla consegna del referto, anche per via informatica, al paziente.

Il modello dell'AUSL di Bologna è la terza soluzione analizzata che si caratterizza per procedure di acquisto di tecnologie innovative tramite il meccanismo "classico" dei bandi di gara. Nell'azienda bolognese è presente il Laboratorio Unico Metropolitan (LUM) su modello *Hub & Spoke*. Il laboratorio offre punti di prelievo multipli sul territorio per facilitare l'accesso diretto quali Case della Salute e di Comunità, Ospedali, e strutture accreditate, con oltre 1.500 diverse tipologie di esami. Nella sua sede principale presso l'Ospedale Maggiore effettua analisi, oltre agli esami per i ricoverati, per la diagnostica specialistica di secondo livello per i degenti degli altri ospedali e per i campioni biologici provenienti dai Punti di Prelievo ambulatoriali, mentre negli altri 11 ospedali cittadini vengono invece eseguiti gli esami di primo livello per i degenti.

3. I risultati

La Tab. 1 riporta una sintesi comparativa dei tra casi analizzati rispetto alle cinque macroaree di indagine.

3.1. Le attività di gara

Il processo amministrativo per l'acquisizione di beni e servizi prende avvio con la raccolta del fabbisogno all'interno dell'Unità Organizzativa del laboratorio mediante gruppi multidisciplinari guidati dal Provveditorato. Si riscontrano differenze tra i tre modelli di servizio poiché differente è l'oggetto della programmazione: nel caso del modello "classico" si tratta spesso di forniture semplici (esempio, consumabili) che sono programmate

Tab. 1 – Elementi distintivi dei tre modelli di partecipazione e affidamento

		Total Solution Provider	ATI	Modello "classico"
Le attività di gara	Raccolta del fabbisogno	Coinvolgimento di gruppi multidisciplinari allargati (medici e tecnici di laboratorio, Provveditorato, logistica/gestione operativa, IT)	Coinvolgimento di gruppi multidisciplinari (medici e tecnici di laboratorio, Provveditorato, logistica/gestione operativa, IT)	Coinvolgimento di gruppi multidisciplinari (medici e tecnici di laboratorio, Provveditorato, IT)
	Oggetto di gara	Beni sanitari di largo consumo, servizi non sanitari (es. gestione logistica, magazzino), tecnologie diagnostiche, sistemi informativi e supporto amministrativo	Beni sanitari di largo consumo, servizi non sanitari (es. gestione logistica), tecnologie diagnostiche e sistemi informativi	Beni sanitari di largo consumo, tecnologie diagnostiche e sistemi informativi
	Coinvolgimento fornitori	Fornitore principale proattivo	Fornitore principale proattivo	Fornitori reattivi al bando di gara
	Tempo impiegato per le attività di aggiudicazione e implementazione	Responsabilità di rispetto di tempi e criteri qualitativi in capo al fornitore principale	Responsabilità di rispetto di tempi e criteri qualitativi in capo al fornitore principale	Relazioni <i>one-to-one</i> tra azienda e singoli fornitori
	Litigiosità e ricorsi	Fornitore principale proattivo nei confronti degli altri fornitori	Fornitore principale proattivo nei confronti degli altri fornitori	Gestione <i>one-to-one</i> tra azienda e singoli fornitori
La gestione degli ordini	Gestione approvvigionamento	In capo al fornitore	Parzialmente in capo ATI	In capo all'Azienda Sanitaria
	Gestione operativa del magazzino	In capo al fornitore	In capo all'Azienda Sanitaria	In capo all'Azienda Sanitaria
La manutenzione delle attrezzature	Gestione del parco tecnologico	Fornitore principale responsabile della gestione e manutenzione ordinaria	Fornitore principale responsabile della gestione e manutenzione ordinaria	In base al capitolato
	Risoluzione delle criticità (manutenzione straordinaria)	Fornitore principale responsabile manutenzione straordinaria	Fornitore principale responsabile manutenzione straordinaria	In base al capitolato
La performance	Monitoraggio dei risultati	Sì, senza effetti sul contratto	No	No
	Rendicontazione della spesa	Effettuato in itinere dal Concessionario e a consuntivo dall'Azienda Sanitaria	In capo all'Azienda Sanitaria	In capo all'Azienda Sanitaria
Le influenze culturali	Orientamento alla performance dei dipendenti	Alto ma legato prevalentemente alla scelta di pagamento a referto del fornitore	Alto ma legato prevalentemente alla cultura organizzativa aziendale	Non riconducibile al modello di servizio quanto a sistemi di <i>management by objective</i> indipendenti
	Definizione dei confini tra attività amministrative e cliniche	Alto	Medio	Basso

MEGOSAN – ISSN 2384-8804, 2025, 134 DOI: 10.3280/mesa2025-134ca22002

sulla base dei consumi storici, mentre soluzioni di collaborazioni più strategiche con partner esterni prevedono la necessità di visioni di sistema rispetto al posizionamento dell'attività di laboratorio nella filiera dei servizi sanitari e, dunque, competenze e conoscenze sulla domanda più complessa, nonché un coinvolgimento multidisciplinare allargato.

Ulteriori differenze tra i tre modelli proposti si rilevano nel momento di coinvolgimento dei fornitori. Nel modello con *Total Solution Provider* è quest'ultimo a contattare i singoli fornitori, suggeriti spesso dal laboratorio stesso sulla base di specifiche tecniche o di obiettivi da quest'ultimo definiti. La criticità evidenziata dai clinici, di natura culturale, è data dal gap di conoscenza dei contratti che sussistono tra l'interlocutore unico e i fornitori. Questo rischia di ingenerare, nei "non addetti ai lavori", la sensazione di una riduzione di spazio d'azione nella scelta dei fornitori. Lo stesso accade in presenza di ATI, ove la fornitura è vincolata all'associazione che l'azienda principale ha stabilito restando sempre all'interno dei criteri di qualità analitica e organizzativa definiti dal capitolato. Osservando invece il modello classico "a gare singole", la criticità evidenziata è legata alle maggiori risorse impiegate, in termini sia di tempo che di capitale, in tutto il percorso di gara (dall'analisi del fabbisogno all'aggiudicazione). Tale criticità si contrappone, però, a un maggior controllo nei confronti del fornitore e dei beni/servizi acquistati.

Il tempo che intercorre tra analisi del fabbisogno e implementazione del servizio a fronte dell'aggiudicazione della gara non risulta invece essere un elemento percepito come differenzia-

le tra modelli di servizio e, dunque, dirimente nella scelta dello stesso. Anche il livello di litigiosità o ricorso non appare essere un elemento differenziale tra i modelli di servizio indagati sebbene la presenza di un'azienda "coordinatrice", oltre che *provider*, permetta una più snella gestione dei rapporti tra le numerose parti coinvolte.

3.2. La gestione degli ordini

La gestione del magazzino nella ULSS di Mestre e nella AUSL di Modena è ormai interamente digitalizzata e *customizzata* alle esigenze dell'azienda. Nella AUSL di Bologna sussiste invece una duplice gestione: per le piccole forniture la gestione rimane "umano-dipendente", ove gli ordini partono direttamente dai tecnici di laboratorio, i quali gestiscono anche un magazzino indipendente; per le grandi forniture, invece, viene inserita all'interno della gara la fornitura di servizio di magazzino (gestione *in service* con approvvigionamento a referto).

Rilevante, invece, appare lo sgravio di lavoro per le amministrazioni delle aziende sanitarie rispetto al numero di fatture da processare. Nel modello con *Total Solution Provider* grazie alla presenza di un unico interlocutore è quest'ultimo a inviare in un'unica soluzione la fattura mensile per il pagamento del dovuto.

3.3. La manutenzione delle attrezzature

La partnership strategica, tramite il supporto analitico-decisionale del privato, si traduce in una pianificazione tecnologica di medio-lungo periodo che ben si presta all'assolvimento del fabbisogno tecnologico delle realtà sanitarie complesse. Le competenze tecniche specifiche del *provider* con-

sentono una precisa valutazione delle esigenze strettamente legate alla complessità della casistica trattata in chiave dinamica nel corso degli anni. Viene così contrattualizzato un piano di investimento tecnologico che pragmaticamente consiste nella gestione attiva da parte del soggetto privato dell'intero parco tecnologico (e non nel solo acquisto della tecnologia), mantenendo lo stesso in perdurata efficienza lungo la scala temporale progettuale. In tal senso resta fondamentale la puntuale definizione contrattuale, in fase di definizione del capitolato, degli obiettivi contrattuali che si intende perseguire e dei requisiti prestazionali delle tecnologie in oggetto. Possono essere incluse in esso anche esigenze di rinnovamento tecnologico per far fronte al dinamismo e mutevolezza dell'ambiente esterno, mantenendo e perfezionando le capacità dell'ente di fronteggiare in modo efficiente ed efficace l'evoluzione dei bisogni clinici.

La presenza di un *Total Solution Provider*, attraverso la centralizzazione dei processi tecnologici, consente il raggiungimento dell'ottimo gestionale in merito alle tempistiche di risposta a manutenzioni ordinarie e straordinarie, traducendosi nella possibilità da parte dell'ente di contrattualizzare le tempistiche di intervento, con la finalità di ottenere una maggiore rapidità rispetto a quanto accadrebbe attenendosi alle tempistiche di una pletera più ampia di singoli fornitori. Da contratto, il *Total Solution Provider* provvede al rinnovamento tecnologico delle attrezzature del laboratorio a scadenze concordate (e secondo il tempo di obsolescenza delle stesse) mantenendo il vincolo sui macchinari "core lab" come da capitolato. Invece, il rin-

novamento tecnologico negli altri modelli in analisi rimane vincolato ai capitolati di gara redatti dai singoli gruppi multidisciplinari aziendali allo scadere degli appalti precedenti.

3.4. Monitoraggio della performance dei fornitori

Nel modello di servizio "chiavi in mano" il *Total Solution Provider* gestisce i rapporti con i fornitori e ne verifica le attività in termini di volumi, tempestività e qualità rispetto ai requisiti minimi definiti nel capitolato. Secondo gli intervistati tale monitoraggio è maggiore di quanto l'Azienda pubblica potrebbe fare. Inoltre, il modello di servizio "chiavi in mano", prevedendo la presenza fissa in Azienda del fornitore e del Concessionario, permette di migliorare la qualità del servizio offerto dal *provider* stesso (e dai fornitori da lui individuati) grazie a una continua e rapida interazione tra le parti. Questo sembra garantire una maggiore velocità di intervento sulle criticità riscontrate dall'Azienda. Per contro, si evidenzia la difficoltà di mantenere i rapporti tra le parti pubbliche e quelle private ben distinte.

L'amministrazione centrale dell'Azienda Sanitaria svolge, nel caso del *general contractor*, solamente un controllo a consuntivo con il Controllo di Gestione aziendale che interviene periodicamente sul controllo della spesa. La rendicontazione di spesa e attività, difatti, passano in primo luogo dal Concessionario per poi arrivare all'Azienda. Tale triangolazione, permette anche di discutere offerte economiche *ad hoc* su nuove procedure non previste originariamente dal contratto.

Le Aziende con modelli di servizio "classico" segnalano l'utilizzo di stru-

menti di valutazione della performance dei fornitori ma questi ultimi non sono correlati a sistemi di *pay-per-performance*. Quest'ultimo non avviene neppure nella ULSS di Mestre. Si segnala inoltre che, eventuali elementi di attenzione nella valutazione del fornitore sono poi in carico per la loro risoluzione all'Ufficio del Provveditorato (che solitamente corrisponde al Responsabile Unico del Procedimento). In nessuna delle Aziende intervistate si è mai risolto un contratto per inadempimento del fornitore.

3.5. Le influenze culturali

Nelle singole aziende gli intervistati evidenziano una generale soddisfazione del personale rispetto al modello di servizio presente ma non vi sono dati quali-quantitativi a supporto. Inoltre, appare evidente come la scelta del prezzo a referto, utilizzato in tutte le Aziende in analisi, promuova una maggiore attenzione nelle scelte di approvvigionamento e gestione dei macchinari, nonché permetta la diffusione di una cultura organizzativa maggiormente orientata alla performance indipendentemente dal modello di servizio adottato.

Uno tra gli intervistati rileva come il mondo del laboratorio non sia ancora culturalmente pronto al passaggio da modello classico a *general contractor*, sebbene a livello dirigenziale quest'ultimo sia visto positivamente, stante la possibilità di alleggerire il carico di lavoro dell'azienda in determinate aree di lavoro (es. carico amministrativo) previa una netta distinzione delle aree di competenza. Si rileva inoltre che il dialogo competitivo possa essere la procedura di gara in grado di garantire una miglior riuscita per l'appaltatore pubblico e il contraente pri-

vato nella definizione del contratto con un unico fornitore.

4. Discussione

L'analisi dei casi aziendali ha permesso di individuare alcune caratteristiche distintive dei modelli di servizio della Medicina di Laboratorio presenti nel contesto italiano, così da rispondere all'obiettivo di ricerca dell'analisi. Ove quest'ultimo consiste nell'individuare le competenze manageriali per il ruolo di committenza sulla base delle quali le aziende sanitarie pubbliche possono valutare il modello di servizio più coerente alle proprie caratteristiche di partenza, nonché valutare l'impatto manageriale e le implicazioni sulla cultura aziendale.

La Medicina di Laboratorio sta evolvendo verso modalità di disegno ed erogazione dei servizi che spesso prevede il contributo di più soggetti in forma collaborativa e strategica andando a far leva su forme di quasi-mercato. Le scelte, da ponderare rispetto all'oggetto della gara stessa (Luzzini *et al.*, 2012), risultano essere:

- “*Make*” (internalizzazione). L'azienda sanitaria si occupa in toto del reperimento di tutti i fattori produttivi (personale, materiali, macchinari e attrezzature ecc.), dell'amministrazione e delle scelte erogative della Medicina di Laboratorio;
- “*Partnership di servizio*” (esternalizzazione parziale), caratterizzata da una forte integrazione operativa. Il *provider* privato fornisce all'azienda sanitaria, in qualità di *general contractor*, i beni e servizi per la produzione ed erogazione (materiali, macchinari, attrezzature ecc.), nonché la logistica di magazzino, lasciando all'azienda sanitaria la gestione

diretta del personale e delle scelte operative ed erogative;

- “Partnership istituzionale” (esternalizzazione completa), caratterizzata da un’integrazione operativa e strategica tra azienda e fornitore. Quest’ultimo scenario rappresenta un’evoluzione del precedente, dove sia la fornitura di beni e servizi che il personale tecnico e/o amministrativo passano in capo al fornitore privato. Il Direttore di Struttura e il personale medico restano, invece, dipendenti dell’Azienda Sanitaria.

Dalle interviste condotte emerge un equilibrio tra i benefici e rischi percepiti dagli intervistati per i differenti modelli di servizio, ciò non rende possibile affermare la superiorità in termini di efficienza ed efficacia di un modello rispetto all’altro, obiettivo per altro non parte del presente studio. D’altra parte, però, la presa di coscienza di alcune determinate caratteristiche e peculiarità portata alla luce dalle interviste permette una migliore comprensione delle dinamiche e caratteristiche che incidono sulla scelta del modello di servizio stesso (Fill & Visser, 2000).

Nell’internalizzazione le relazioni che intercorrono tra acquirente e fornitore sono prevalentemente di tipo transazionale, sacrificando gli aspetti strategici della collaborazione. Tale scelta comporta una notevole attività gestionale e amministrativa da parte della struttura e del laboratorio stesso in termini di analisi del fabbisogno, volta alla pianificazione delle attività di *procurement*, di ricerca e reperimento dell’innovazione, nonché di programmazione e controllo delle attività. Stante il beneficio in termini gestionali e programmatori diretti che ne deri-

va, tale dinamica tende a sottrarre tempo destinato all’attività clinica, alla ricerca e alla formazione dei professionisti, impiegandoli troppo spesso sul fronte burocratico-amministrativo.

Gli scenari di partnership, invece, sono caratterizzati dalla delega al *provider* delle attività tecnico-operative, ossia *asset/technology management*, e (talvolta) delle attività amministrative a supporto tramite accordi di mutua collaborazione e relazioni di lunga durata. Questo comporta diversi benefici per l’azienda sanitaria, tra i quali:

- l’alleggerimento del carico di attività di *procurement* oggi in capo ai professionisti, permettendogli così di dedicare maggior tempo ad attività dall’elevato valore aggiunto in termini di competenze distintive e impatto sugli outcome di salute;
- l’aumento della capacità e velocità di risposta agli stimoli del sistema, favorendo l’adozione tempestiva di tecnologie innovative (opzione contrattualizzabile *ex ante*), al fine di garantire una costante innovazione tecnologica e, in parallelo, di sviluppo delle competenze professionali (riducendo il *gap* di introduzione e adozione dell’innovazione che, spesso, separa le aziende pubbliche da quelle private);
- una maggiore efficacia ed efficienza del servizio conseguita mediante la standardizzazione delle prassi e dei processi da parte del *provider* tramite maggiore coordinamento e integrazione delle attività programmatiche dei fabbisogni;
- un aumento del *risk sharing* tra Azienda e *provider* accompagnato dalla necessità di una governance unitaria del Laboratorio.

Consapevoli, dunque, dei punti di forza e di debolezza dei singoli modelli di servizio indagati tramite i tre casi studio, è possibile intuire come la loro applicabilità dipenda da differenti variabili. Un primo filtro decisionale è legato alla capacità dell'Azienda Sanitaria e della struttura della Medicina di Laboratorio di mappare le proprie necessità, dunque di compiere analisi del fabbisogno e di definizione delle priorità per supportare un efficiente ed efficace funzionamento del laboratorio anche alla luce dell'agenda strategica aziendale. Quindi il primo filtro è legato alla funzione di programmazione per la definizione quali-quantitativa degli obiettivi e delle attività dei laboratori, attività che risulta funzionale anche a specificare l'oggetto d'acquisto e le caratteristiche dei contratti di fornitura (Jones, 1995; Mays & Hand, 2000; Amatucci *et al.*, 2018).

La capacità programmatoria, o previsionale, assicura un efficace controllo della messa in atto delle strategie, strutturandosi in processi di traduzione degli obiettivi strategici in operativi, individuando le modalità tecnico-organizzative per garantirne il raggiungimento. Dalla capacità previsionale scaturiscono le attività da realizzare per attuare le strategie definite. Risulta imprescindibile per tale attività disporre di solide basi informative nonché di capacità di elaborazione e analisi delle stesse, congiuntamente ad abilità di lettura e comprensione del contesto mutevole in cui l'azienda opera. Concretamente, tale capacità si traduce nella possibilità del laboratorio di stimare correttamente i propri fabbisogni a partire dallo storico ma, al contempo, essere reattivi alla valutazione degli stessi nel caso di innovazioni tecnologiche, cliniche e/o modi-

fiche al modello di servizio (es. modifica nella richiesta di accertamenti diagnostici pre-operatori).

Il processo di programmazione non può prescindere dalle strettamente interconnesse competenze di monitoraggio. La capacità di monitoraggio si traduce nella verifica del raggiungimento di obiettivi spesso identificati in termini di qualità analitica e organizzativa definiti in fase di programmazione ed espressi talvolta all'interno del capitolato per orientare il comportamento dei fornitori. Il monitoraggio trova le sue fondamenta nel sistema di indicatori e strumenti configurato in fase di programmazione. Le due funzioni, quindi, operano sinergicamente e richiedono uguali investimenti in termini professionisti incaricati e risorse dedicate. La gestione per obiettivi è sicuramente una dimensione che, se ben presidiata, permette all'Azienda Sanitaria di creare una tensione positiva sia verso l'interno, per l'attività su cui sono responsabilizzati i professionisti/operatori del laboratorio, sia nei confronti dei propri fornitori (Bennett & Ferlie, 1996; Zangrandi, 1998; Cantù *et al.*, 2010; Flynn & Williams, 2023). Soprattutto laddove i contratti sono costruiti sul modello di *performance contracting* (Behn & Kant, 1999; Amatucci & Brusoni, 2024) stressando le logiche della gestione per obiettivi nei confronti del fornitore e permettendo un monitoraggio quali-quantitativo, si ravvede la necessità di competenze da parte del committente per la definizione e l'articolazione degli obiettivi stessi e la capacità di controllo per verificare la corrispondenza con quanto negoziato nel contratto, nonché di attivazione di penalità o sanzioni e di riprogettazione della fornitura (se ricorrente).

Queste competenze, a seconda del contesto e del Sistema Sanitario Regionale d'appartenenza, sono da ricercare all'interno della singola Azienda Sanitaria (nelle sue funzioni di *procurement*, e programmazione e controllo) o negli Enti centralizzati quali le Aziende Zero o, ove non coincidono, le Centrali di Committenza. Nel caso in cui queste strutture abbiano elevate capacità di programmazione e lettura del contesto, l'Azienda sarà propensa ad adottare un modello di "partnership" (Ruggero & Barretta, 2009). Al contrario, nel caso di una scarsa capacità programmatrice e di monitoraggio delle prestazioni erogate, il modello di servizio verso il quale l'Azienda sarà maggiormente proiettata è quella dell'internalizzazione (Fig. 2). Una volta intrapresa la scelta di un modello esternalizzato, però, la Direzione Aziendale dovrà inevitabilmente definire la tipologia contrattuale migliore. Tale scelta deve in considerazione differenti variabili rispetto alla scelta primaria: i volumi di attività, il

case-mix produttivo e le capacità produttive dell'azienda in termini di personale clinico e amministrativo (Fig. 3).

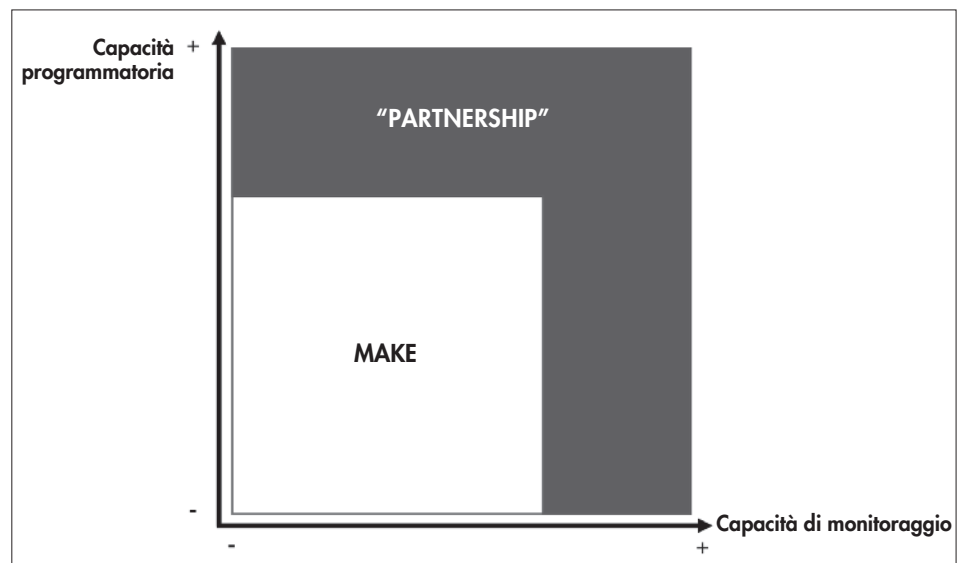
La scelta del modello di servizio può essere definita in base alla capacità produttiva presente all'interno della struttura e di volumi di attività e *case-mix*. Questi ultimi sono considerati linearmente correlati, ovvero nei tre casi analizzati si presuppone che a fronte di alti volumi si riscontrino anche elevati livelli di eterogeneità data la natura generalista dei laboratori *Hub* considerati. Per questo motivo le due variabili sono considerate in maniera congiunta (Amato *et al.*, 2017).

La capacità produttiva del modello proposto tiene invece in considerazione sia la capacità amministrativa che tecnico-clinica del laboratorio.

A favore di una scelta di "partnership", sia esso "di servizio" che "istituzionale", in prima battuta, vi è la necessità di sopperire a una scarsa capacità produttiva sebbene, come emerso dalle interviste svolte e soprat-

Fig. 2

Matrice per la scelta di internalizzazione vs esternalizzazione dal punto di vista delle capacità interne aziendali nei confronti dei fornitori



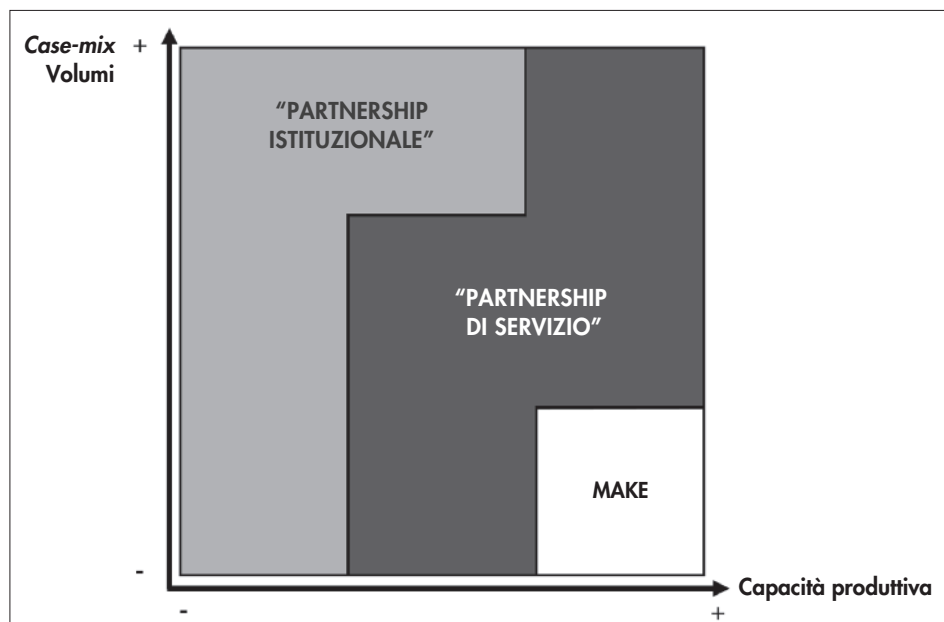


Fig. 3
Matrice per l'adozione
del modello di servizio

tutto nel caso della completa esternalizzazione, sarà necessario un preliminare forte allineamento valoriale tra Azienda Pubblica e impresa privata fornitrice del servizio. D'altra parte, per le aziende che si trovano a rivestire a livello di laboratorio analisi il ruolo di *Hub*, la scelta di esternalizzazione per far fronte a un *case-mix* elevato e sempre crescente potrebbe divenire strategica. Difatti, negli appalti "classici" un elevato numero di differenti prestazioni erogate comporta inevitabilmente un ampio numero di fornitori la cui gestione rimane in capo alla sola Azienda Sanitaria. Una gestione in service in tal senso può garantire maggiore flessibilità in presenza di una mole di lavoro elevata, mettendo il laboratorio nelle condizioni di garantire una tempestiva risposta grazie all'eventuale estensione delle fasce operative e del pacchetto di prestazioni standard e aggiuntive erogate.

Nel caso di esternalizzazione, a fronte dei potenziali benefici individuati, le aziende sanitarie dovranno confrontarsi (inevitabilmente) con fattori di contrasto prevalentemente legati alla resistenza culturale al cambiamento da parte dei dipendenti dell'azienda sia dal punto di vista amministrativo nella gestione della complessità correlata alla tipologia di affidamento, sia valoriale tra *provider* e dipendenti pubblici. D'altra parte, però, la presenza continuativa di un soggetto terzo che si muove con logiche differenti (ma affini) quale il soggetto privato nella "partnership istituzionale", permette all'Azienda Sanitaria di venire in contatto con una realtà dalla quale trarre interessanti spunti di formazione. Il "partner privato" può divenire, in quest'ottica, non solo un partner di beni e servizi bensì anche un catalizzatore di formazione prendendo diretti contatti con gli Enti maggiormente qualificati a seconda delle tematiche trattate (Università, Società Scientifiche ecc.).

Inoltre, un forte fattore di contrasto esterno all'azienda, afferente alla sfera politica e culturale, consiste in una forte resistenza a un sentimento di "privatizzazione" della sanità pubblica. Sarà necessario che le Direzioni Strategiche, una volta optato per l'esternalizzazione (sia essa "classica" o "completa") prevedano piani di comunicazione continuativi e completi nei confronti della popolazione (interna ed esterna l'Azienda) attraverso, per esempio, lo strumento del bilancio sociale.

Infine, in tale scenario resta in capo all'Ente pubblico la definizione e il monitoraggio degli standard e dei livelli di performance del servizio che il *provider* dovrà erogare, garantendo a quest'ultimo autonomia decisionale in merito all'organizzazione del servizio e alla componente tecnologica e professionale impiegata per conseguire i risultati definiti. L'azienda sanitaria, dunque, dovrà adottare misure di monitoraggio e valutazione delle performance tramite cruscotti direzionali.

Al fine di bilanciare, dunque, punti di forza e di debolezza sarà necessario instaurare una rete strutturata e stabile di attori interni ed esterni all'organizzazione che operino sia sul fronte decisionale che operativo, nonché posseggano gli strumenti adatti a monitorare costantemente l'attività fornita dal *provider* (Fig. 1).

5. Conclusioni e implicazioni

I moderni laboratori giocano sempre più una funzione pivotale per l'ottimizzazione delle prestazioni erogate sia interne alle strutture ospedaliere che a livello territoriale, nella progettazione dei percorsi di cura nonché nel disegno *tailor-made* degli stessi sulle specifiche esigenze e caratteristiche del paziente, permettendo di avvicinare la domanda

di salute dei cittadini e l'offerta del SSN. Una Medicina di Laboratorio così pensata necessita di una continua innovazione e rinnovamento dei processi, delle tecnologie e delle attività "core", ponendosi quindi per le direzioni aziendali come un'importante scelta organizzativo-strategica.

Investire nella Medicina di Laboratorio può rappresentare per le aziende sanitarie un fattore critico di successo nella gestione delle nuove traiettorie di sistema: maggiore proattività nei confronti della prevenzione e una crescente necessità di maggior appropriatezza dei percorsi di cura, in parallelo alle dinamiche demografiche, spingono il sistema a richiedere un numero crescente di prestazioni diagnostiche all'avanguardia.

Lo studio, sebbene di natura esplorativa e mancante dell'analisi dei documenti da gara, consente di porre in evidenza alcune questioni cruciali sui modelli di servizio e la funzioni di committenza legate al laboratorio. Innanzitutto, la scelta di modelli di servizio che rispondono alla struttura aziendale e ai bisogni della popolazione diviene una scelta strategica importante che può determinare le capacità di risposta del laboratorio e dei professionisti che vi operano. Tale scelta deve tener conto degli strumenti e competenze gestionali presenti all'interno delle aziende sanitarie, in ogni fase del processo di acquisizione o produzione dei servizi, dalla definizione del bisogno alla valutazione del servizio offerto. Dall'analisi dei casi si evince la necessità di un collegamento più stretto tra programmazione sanitaria e *procurement* e quindi adeguati modelli di governance, nonché di un posizionamento strategico della committenza pubblica capace di conoscere e stimolare il mercato a indi-

viduare soluzioni innovative per raggiungere obiettivi di valore per l'intero sistema. Allo stesso modo, risulta necessario investire nella formazione congiunta del personale pubblico e privato, riducendo le barriere culturali tra i due settori e favorendo un'integrazione più fluida delle procedure operative lungo tutta la filiera.

Allo stesso modo è cruciale dotare le aziende sanitarie di strumenti gestionali e competenze adeguate alla programmazione ma anche monitoraggio delle attività, investendo sulla cultura dell'utilizzo del dato sia per monitoraggio interno ma anche per attivare processi di *benchmarking* e *benchlearning*. Inoltre, la scelta del modello ottimale dovrebbe considerare anche la distribuzione dei volumi e del *case-mix* sostenuti dal laboratorio, nonché della rilevanza sistemica che il laboratorio riveste nell'erogazione delle cure e nella programmazione delle stesse per la popolazione di riferimento. In particolare, nei contesti caratterizzati dal progressivo passaggio da laboratori autonomi a reti organizzative, prevalentemente secondo il modello *Hub & Spoke* finalizzate a massimizzare i risultati attraverso l'ottimizzazione delle risorse. Difatti, se da un lato vi è l'incremento di volumi e complessità nei centri *Hub*, dall'altro i nodi *Spoke* si caratterizzano per esami di routine e la necessità di collegamento continuo con l'*Hub*. Si necessita quindi di un continuo flusso integrato di informazioni e risorse, così come un livello sempre più avanzato di sofisticazione tecnologica. I modelli di partnership permettono contemporaneamente di affidare ai fornitori privati alcuni fattori critici di successo standardizzabili (come la gestione della logisti-

ca dei campioni o la manutenzione delle apparecchiature) e mantenere il controllo diretto sulla qualità analitica e sui flussi operativi.

Si conferma dunque la necessità di individuare soluzioni coerenti con caratteristiche e fabbisogni specifici del livello locale, passando da soluzioni standardizzate a scelte che contemperano più fattori tra cui le competenze per gestire le soluzioni scelte. Da un punto di vista operativo, indipendentemente dalla forma di appalto ma con un focus particolare alle situazioni di partnership, le aziende dovranno incentivare la creazione di unità interne di audit dedicate alla supervisione delle performance permette di monitorare in tempo reale la conformità agli standard contrattuali e di intervenire rapidamente in caso di criticità.

Sebbene lo studio abbia considerato un numero limitato di aziende e di interlocutori, e dunque non possa essere rappresentativo della situazione a livello nazionale, gli elevati volumi di attività che caratterizzano i laboratori coinvolti li qualificano come significativi nel panorama italiano. Si auspica la possibilità di ampliare l'analisi su un numero di casi maggiori per indagare ulteriori modelli ibridi, studiare le caratteristiche dei servizi offerti, dei ruoli e competenze richieste per una gestione efficiente degli stessi, nonché dei risultati ottenuti sui processi clinici-assistenziali. Futuri studi potranno perfezionare il paradigma decisionale tenendo in considerazione i risultati prodotti in termini di outcome clinici (per esempio, sul livello di qualità e tempestività diagnostica) e di soddisfazione dei pazienti ma anche del personale del laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

- Allen P. (2002). A socio-legal and economic analysis of contracting in the NHS internal market using a case study of contracting for district nursing. *Social Science & Medicine*, 54(2): 255-266. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00025-9.
- Amato L., Fusco D., Acampora A., Bontempi K., Rosa A. C., Colais P., Cruciani F., D'Ovidio M., Mataloni F., Minozzi S., Mitrova Z., Pinnarelli L., Saulle R., Soldati S., Sorge C., Vecchi S., Ventura M., & Davoli M. (2017). Volumi di attività ed esiti delle cure: Prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione*, 41(5-6S2): 1-128. DOI: 10.19191/EP17.5-6S2.P001.100.
- Amatucci F., & Brusoni M. (2024). Acquistare innovazione in sanità: Condividere responsabilità e ruoli. Il caso degli acquisti dei servizi di diagnostica tumorale attraverso il Value-Based Procurement (VBP). *Mecosan*, 126: 71-93. DOI: 10.3280/ mesa2023-126oa17287.
- Amatucci F., Callea G., Cusumano N., Longo F., & Vecchi V. (2018). La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: Attori e strumenti. In *Rapporto OASI 2018*. Milano: Egea.
- Amirkhanyan A. A., Kim H. J., & Lambright K. T. (2010). Do Relationships Matter?: Assessing the Association Between Relationship Design and Contractor Performance. *Public Performance & Management Review*, 34(2): 189-220. DOI: 10.2753/PMR 1530-9576340203.
- Andrews R., & Entwistle T. (2010). Does Cross-Sectoral Partnership Deliver? An Empirical Exploration of Public Service Effectiveness, Efficiency, and Equity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(3): 679-701. DOI: 10.1093/jopart/mup045.
- AOU Bologna (2017). *Laboratorio unico Metropolitan (LUM). Le Carte Dei Servizi Delle Unità Operative*. – <https://www.ausl.bologna.it/cit/urc/le-car-te-dei-servizi-delle-unita-operative/laboratorio-unico-metropolitano-lum>.
- AOU Modena (2019). Laboratorio analisi “BLU” di Baggiovara: Visita dei Direttori generali AUSL e AOU Presto il suo rinnovo con tecnologie ancora più all'avanguardia per risultati d'eccellenza. *AOU News Letter*. – <https://www.aou.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/3405>.
- Barney J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1): 99-120. DOI: 10.1177/014920639101700 108.
- Behn R. D., & Kant P. A. (1999). Strategies for Avoiding the Pitfalls of Performance Contracting. *Public Productivity & Management Review*, 22(4): 470. DOI: 10.2307/3380931.
- Beinecke R. H., & DeFillippi R. (1999). The Value of the Relationship Model of Contracting in Social Services Reprocurments and Transitions: Lessons from Massachusetts. *Public Productivity & Management Review*, 22(4): 490. DOI: 10.23 07/3380932.
- Bennett C., & Ferlie E. (1996). Contracting in theory and in practice: some evidence from the NHS. *Public Administration*, 74(1): 49-66. DOI: 10.1111/j.1467-9299.1996.tb00857.x.
- Boldrini R., Basili F., Campo G., Di Cesare M., Moroni R., Rizzuto E., Romanelli M., & Trevisani V. (2022). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2020*. Ministero della Salute. – https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazio-ni_3245_allegato.pdf.
- Borgonovi E. (2005). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche* (5. ed). Milano: Egea.
- Campbell B., Campbell M., Dobson L., Higgins J., Dillon B., Marlow M., & Pomfrett C. J. D. (2018). Assessing the value of innovative medical devices and diagnostics: the importance of clear and relevant claims of benefit. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 34(4): 419-424. DOI: 10.1017/S0266462318000466.
- Cantù E., Ferrè F., & Mariafrancesca S. (2010). Regioni e aziende sanitarie private accreditate: Quali meccanismi di governo?. In: *Rapporto OASI 2010* (pp. 319-351). Milano: Egea.
- Cappelletti P. (2007). ArticlePDF Available La Medicina di Laboratorio ed il miglioramento delle cure: Un servizio essenziale, una prospettiva interdisciplinare, una visione olistica. *La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio – Italian Journal of Laboratory Medicine*, 3(Suppl): 19-24.
- Church D. L., & Naugler C. (2020). Essential role of laboratory physicians in transformation of laboratory practice and management to a value-based patient-centric model. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(5): 323-344. DOI: 10.10 80/10408363.2020.1720591.

- Cusumano N., Vecchi V., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., & Longo F. (2020). Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali. In: *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.
- D'Aria I. (2021). Medicina diagnostica: Il 70% delle scelte mediche si basa su informazioni di laboratorio. *La Repubblica*. – https://www.repubblica.it/salute/dossier/frontiere/2021/06/23/news/medicina_diagnostica_il_70_delle_decisioni_mediche_si_basa_sulle_informazioni_di_laboratorio-307285416/.
- Eisenhardt K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4): 532. DOI: 10.2307/258557.
- Fill C., & Visser E. (2000). The outsourcing dilemma: A composite approach to the make or buy decision. *Management Decision*, 38(1): 43-50. DOI: 10.1108/EUM0000000005315.
- Flynn R., & Williams G. (eds.) (2023). *Contracting for health: Quasi-markets and the National Health Service*. Oxford: Oxford University Press.
- Holcomb T. R., & Hitt M. A. (2007). Toward a model of strategic outsourcing. *Journal of Operations Management*, 25(2): 464-481. DOI: 10.1016/j.jom.2006.05.003.
- Hughes D., Allen P., Doheny S., Petsoulas C., & Vincent-Jones P. (2013). Co-operation and conflict under hard and soft contracting regimes: Case studies from England and Wales. *BMC Health Services Research*, 13(S1), S7. DOI: 10.1186/1472-6963-13-S1-S7.
- Hughes O. E. (2018). *Public management and administration: An introduction* (Fifth edition). London: Palgrave.
- Jones L. R. (1995). Health care need and contracts for health services. *Health Care Analysis*, 3(2): 91-98. DOI: 10.1007/BF02198209.
- Lega F. (2012). Oltre i pregiudizi e le mode: Natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale. In: *Rapporto OASI 2012* (pp. 319-351). Milano: Egea. – https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Capitolo15_2012.pdf?_gl=1*zcw3v7*_up*MQ.*_ga*NTc2MTM3NzUwLjE3NDQ4OTY0MDM.*_ga_SH2F98CFTM*MTc0NDg5NjQwMy4xLjAuMTc0NDg5NjQwMy4wLjAuMA.
- Levin J. (2003). Relational Incentive Contracts. *American Economic Review*, 93(3): 835-857. DOI: 10.1257/000282803322157115.
- Longo F. (2001). *Federalismo e decentramento: Proposte economico-aziendali per le riforme* (1. ed). Milano: Egea.
- Lusch R. F., & Vargo S. L. (2006). Service-dominant logic: Reactions, reflections and refinements. *Marketing Theory*, 6(3): 281-288. DOI: 10.1177/1470593106066781.
- Luzzini D., Caniato F., Ronchi S., & Spina G. (2012). A transaction costs approach to purchasing portfolio management. *International Journal of Operations & Production Management*, 32(9): 1015-1042. DOI: 10.1108/01443571211265684.
- Macneil I. (2000). Relational contract theory: challenges and queries. *Northwestern University Law Review*, 877-908.
- Mays N., & Hand K. (2000). *A Review of Options for Health and Disability Support Purchasing in New Zealand*, 00/20.
- Morandini M. (2012). Scenari e ruoli della Medicina di Laboratorio al tempo della crisi: Pianificazione, organizzazione e gestione. *La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio – Italian Journal of Laboratory Medicine*, 8(4): 196-207. DOI: 10.1007/s13631-012-0075-7.
- Morandini M. (2014). Innovazione organizzativa in Medicina di Laboratorio. *La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio – Italian Journal of Laboratory Medicine*, 10(1): 1-5. DOI: 10.1007/s13631-014-0049-z.
- OECD (2020). *Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD* (OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)) [OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)]. DOI: 10.1787/6ab740c0-en.
- Pennestri F., Lippi G., & Banfi G. (2019). Pay less and spend more – The real value in healthcare procurement. *Annals of Translational Medicine*, 7(22): 688-688. DOI: 10.21037/atm.2019.10.93.
- Porter A., Mays N., Shaw S. E., Rosen R., & Smith J. (2013). Commissioning healthcare for people with long term conditions: The persistence of relational contracting in England's NHS quasi-market. *BMC Health Services Research*, 13(S1), S2. DOI: 10.1186/1472-6963-13-S1-S2.
- Rossi M., & Civitillo R. (2014). Public Private Partnerships: A General Overview in Italy. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 109: 140-149. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.12.434.
- Ruggero P., & Barretta A. D. (2009). Ruolo della contabilità analitica nella gestione delle relazioni interorganizzative nella gestione dei modelli ibridi di governance. In: *L'innovazione della governance e delle strategie nei settori delle public utilities* (pp. 191-200). Bologna: il Mulino.
- Sanderson J., Lonsdale C., & Mannion R. (2018). What's Needed to Develop Strategic Purchasing in Healthcare? Policy Lessons from a Realist Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(1): 4-17. DOI: 10.15171/ijhpm.2018.93.

Sclar E. (2001). *You don't always get what you pay for: The economics of privatization* (1. print). Cornell Univ. Press.

ULSS 3 Serenissima (2023). *Medicina di Laboratorio. ULSS 3 Serenissima*. – <https://www.aulss3.veneto.it/dettaglio/contenuto/medicina-laboratorio-mestre>.

Walker G., & Weber D. (1984). A Transaction Cost Approach to Make-or-Buy Decisions. *Administrative Science Quarterly*, 29(3), 373. DOI: 10.2307/2393030.

Williamson O. E. (1983). *Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization* (1. Free Press paperback ed., [4. Dr.]). The Free Press [u.a.].

Yin R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2. ed., [14. Dr.]). Sage Publ.

Zangrandi A. (1998). I sistemi di contratti in sanità per la regolazione della produzione: Quali reali aspettative?. *Mecosan*, 26: 45-55.