

Generare valore con acquisti e investimenti

di Veronica Vecchi, Niccolò Cusumano, Angelo Tanese*

Dopo il Covid-19, e alla luce del PNRR, appare evidente come la riqualificazione e il governo strategico dei processi di acquisto e di investimento in Sanità siano una priorità assoluta e un fattore determinante per generare cambiamento, innovazione, valore nel Servizio Sanitario Nazionale-SSN. Questo richiede nuove competenze e un nuovo approccio, sia nel pubblico sia nel privato, per lo sviluppo di modelli e soluzioni collaborative pubblico-privato orientati alla creazione di valore, misurabile, per la Sanità pubblica.

Le funzioni acquisti e investimenti hanno ricoperto un ruolo residuale nel processo di aziendalizzazione della Sanità pubblica italiana. I primi sono stati tradizionalmente considerati una mera funzione operativa, volta all'applicazione delle procedure di selezione dei fornitori. Funzione che, negli ultimi anni, ha subito un forte, ed erroneo, ridimensionamento a livello aziendale, come conseguenza dei processi di centralizzazione (nazionali e regionali). La centralizzazione degli acquisti, infatti, più che un processo strategico per conseguire economie di specializzazione, è stata fin qui considerata soprattutto come una politica di contenimento della spesa e di contrasto alla corruzione. I secondi negli ultimi dieci anni hanno riguardato, prevalentemente, processi di adeguamento e messa a norma dell'esistente, senza una particolare connotazione strategica, anche a seguito del contingentamento delle risorse economiche e di competenze, oltre che della breve durata dei mandati dei direttori generali, che mediamente rimangono in carica 3,6 anni¹. Tutto ciò ha eroso, progressivamente, le competenze manageriali in queste funzioni, in cui è stato dominante un ripiegamento sul fare l'essenziale, se non addirittura sul non fare.

Approvvigionamenti e potenziamento delle strutture sanitarie, quindi investimenti, hanno, invece, acquisito nuova rilevanza durante la pandemia, che ha

messo in evidenza due aspetti da sempre considerati come particolarmente critici: il ruolo cruciale delle logiche collaborative e negoziali con il mercato e la straordinaria capacità delle aziende sanitarie di gestire gli acquisti d'emergenza, in aggiunta o in sostituzione agli interventi della struttura commissariale.

NUOVE LOGICHE DI INVESTIMENTO

Si tratta di due elementi che appaiono oggi salienti per assicurare un impiego efficace delle risorse del PNRR. Acquisti e investimenti in Sanità (si vedano a riguardo i due approfondimenti «Gli acquisti sanitari» e «Gli investimenti sanitari»), che rappresentano circa il 2,2 per cento del PIL del Paese, sono due aree cruciali per gli attori del SSN, sia sotto il profilo manageriale sia di policy, per agire come buyer sofisticati, in grado di dialogare con il mercato per chiedere soluzioni a problemi di natura strategica, assumendo il ruolo di investitori di lungo termine. Le risorse che saranno immesse nel sistema, *in primis* quelle del PNRR, ma anche dei fondi strutturali e investimento (SIE), potranno generare un impatto significativo, che dovrà servire per stimolare l'innovazione e la produttività nel mercato, migliorare la qualità e l'accesso ai servizi sanitari e rendere il patrimonio sanitario più sostenibile. Proprio per la sua vetustà, questo patrimonio risulta essere tra i più energivori (e quindi a forte intensità

* *Veronica Vecchi* è Professor of Practice of Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi, dove è Direttore Scientifico dell'Osservatorio Masan su acquisti e contratti in Sanità e dell'INVESTinIT Lab sugli investimenti di lungo termine; è inoltre Professore a contratto di Long Term Investment&PPP presso l'Università Bocconi. *Niccolò Cusumano* è Associate Professor of Practice di Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi e Direttore del programma di perfezionamento MASAN. *Angelo Tanese* è Direttore Generale ASL Roma 1 e responsabile della formazione per FLASO, Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Gli acquisti sanitari

Dai dati elaborati dall'Osservatorio Masan risulta che gli appalti di beni e servizi ammontano a circa 66 miliardi di euro all'anno (media delle gare bandite 2017-2020) e la spesa per beni e servizi rappresenta circa il 35 per cento del budget totale del SSN. A distanza ormai di circa 5 anni dal consolidamento dei processi di centralizzazione, l'intensità del processo presenta significative differenze, sia regionali, sia per categoria merceologica. Infatti, le regioni del Nord sono quelle che hanno centralizzato maggiormente (78 per cento contro il 63 per cento del Sud). Le categorie merceologiche per cui è dominante la centralizzazione sono farmaci e vaccini (in quanto beni più standard), che rappresentano il 78 per cento delle gare aggiudicate, seguiti dai dispositivi medici. In questo contesto, le aziende sanitarie continuano ad acquistare, sia perché non sono disponibili gare centralizzate, sia perché, spesso, i tempi di aggiudicazione delle maxi gare regionali sono molto lunghi, mediamente 177 giorni, con punte tra i 250 e i 400 giorni.

Fonte: Osservatorio Masan, CERGAS-SDA Bocconi

Gli investimenti sanitari

Con la crisi finanziaria globale del 2008 e le successive misure di spending review gli investimenti nella Sanità pubblica hanno iniziato a contrarsi in modo sostenuto, fino a stabilizzarsi intorno al 2,6 per cento del totale della spesa. Nel 2018 si è toccato, in valori assoluti, il minimo ventennale, raggiungendo 1,177 miliardi di euro, pari al 41 per cento della media degli investimenti annui nel periodo 1998-2018 (fonte Eurostat). Nell'ultimo decennio sono stati realizzati investimenti edili di valore superiore a 50 milioni di euro per un totale di soli 2,5 miliardi e, guardando alle manutenzioni, la spesa per investimenti è stata superata dalla spesa corrente; in altre parole, si tende a tamponare la vetustà del patrimonio con interventi di natura ordinaria in virtù del cronico sottofinanziamento della spesa per investimenti. Il gap di investimenti è quantificato in circa 32 miliardi di euro (fonte SDA Bocconi, INVESTinIT Lab), infatti, circa il 58 per cento del patrimonio immobiliare del SSN è stato realizzato prima del 1970 e proprio per questo si tratta di un patrimonio tra i più energivori a livello comunitario. Sul fronte delle tecnologie, i dati di Confindustria Dispositivi Medici mostrano come oltre il 50 per cento delle apparecchiature per la diagnostica per immagini abbia ormai superato la vita utile.

Fonte: F. Amatucci, N. Cusumano, A. Furnari, V. Vecchi, «Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN», CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, pp. 743-769.

di emissioni di CO₂) d'Europa; senza contare le conseguenze in termini di bolletta energetica che nel 2021 ha superato 1 miliardo di euro.

Viviamo in un momento storico unico, in cui imprese e investitori possono diventare parte sempre più attiva nella generazione di valore pubblico, attraverso logiche di investimento ESG (*environmental, social and governance*) e a impatto; in altre parole, la società e le sfide sociali stanno diventando un ambito fondante per le nuove strategie competitive d'impresa verso cui allocare capitali e capacità di innovazione. Sembra quindi esserci un chiaro allineamento tra l'esigenza del SSN di individuare soluzioni più sostenibili, innovative ed efficaci e la disponibilità del mercato a investire in questa direzione.

Questo impone un forte cambio di paradigma nelle logiche decisionali, ma anche nelle metriche di rendicontazione, al fine di tenere assieme dimensione clinica, ambientale, finanziaria ed economica. Si tratta di passare da un concetto di procurement operativo, basato sul paradigma del *value for money*, che considera prevalentemente la dimensione dell'efficienza e del controllo della spesa, a un procurement strategico, basato su un nuovo e più ampio *framework*, il *value for society*, che risponda a logiche di *collaborative governance*, facendo leva sulle competenze e sulle risorse del mercato con modelli di co-progettazione e co-gestione².

GLI INSEGNAMENTI DELLA PANDEMIA

Nonostante un'impostazione dell'attività di acquisto molto centrata sull'operatività e su una inevitabile formalizzazione amministrativa, anche a causa della scarsità di risorse di personale dedicate con competenze manageriali, si è assistito a una straordinaria

Le risorse aggiuntive disponibili

Fondi PNRR:

15,63 miliardi di euro, missione 6 (Salute);

€ 500 milioni di euro, missione 1 (Digitalizzazione);

€ 100 milioni di euro missione 5 (Inclusione e Coesione).

Fondi SIE:

625 milioni di euro, istituzione del nuovo Programma Nazionale Salute;

3,3 miliardi di euro, potenzialmente attivabili per infrastrutture sociali.

Oltre a queste risorse vanno considerati gli stanziamenti relativi alla spesa storica (il cosiddetto investimento business as usual), indicati nella Figura 1.

Le procedure di acquisto nelle aziende sanitarie di fronte all'emergenza: il caso dell'ASL Roma 1

Dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31/1/2020, che ha dichiarato lo stato di emergenza per fronteggiare l'epidemia da Covid-19, si sono succeduti nei soli primi dodici mesi a livello normativo circa 52 tra leggi, atti aventi forza di legge e decreti attuativi di fonte statale, oltre a centinaia di ordinanze e circolari interpretative del Ministero della Salute, della Protezione Civile e del Commissario ad Acta per l'emergenza da Covid-19, tutti a vario titolo correlati alle esigenze connesse alla gestione dell'evento pandemico.

Nelle aziende sanitarie si è assistito al completo superamento degli atti di programmazione e allo stravolgimento delle consolidate modalità operative di acquisto, per l'emergere di nuovi fabbisogni (specifici dispositivi di protezione individuale e dispositivi medici per il personale sanitario e operante in settori a rischio, nuovi strumenti di misurazione della temperatura corporea, servizi e forniture aggiuntive per la gestione dei covid hospital, tamponi, test ecc.) e l'accelerazione delle tempistiche di approvvigionamento.

Questo ha comportato, da un lato, una completa rivisitazione di molti dei rapporti contrattuali già esistenti, attraverso l'emanazione di innumerevoli atti di estensione, variante, modifica contrattuale dovuta a sopravvenuta onerosità; dall'altro, ad approntare ogni utile strumento di azione per far fronte a fenomeni contingenti di determinati mercati, quali l'assenza delle materie prime e il rallentamento o il blocco delle consegne di prodotti da parte dei fornitori esistenti, la difficoltà o l'impossibilità nel reperimento di nuovi o alternativi prodotti sul mercato, l'aumento spropositato dei loro prezzi, con ricadute sia sui contratti in essere sia sul numero e tipologia delle procedure da avviare.

A tutto questo si è fatto fronte inizialmente con gli strumenti ordinari affiancati poi da regimi derogatori o di semplificazione.

A titolo di esempio, si fornisce qualche numero di un'azienda sanitaria di grandi dimensioni come la ASL Roma 1, riferito al solo anno 2020.

Gare aggiudicate per un importo totale di € 97 milioni così suddivise:

- gare in pianificazione: 79 milioni di euro;
- gare extra pianificazione: 15,6 milioni di euro;
- varianti/modifiche contrattuali: 2,4 milioni di euro;

Recepimenti di gare centralizzate espletate dalla centrale acquisti (farmaci-vaccini-ristorazione) per un importo complessivo di 330,5 milioni di euro.

Totale atti:

- 278 Deliberazioni, di cui n. 57 per la gestione dell'emergenza Covid-19;
- 289 Determinazioni Dirigenziali, di cui 96 per la gestione dell'emergenza Covid-19;
- 15 contratti estesi.

capacità nel reperire soluzioni da parte del management sanitario, specie a livello aziendale e regionale, dove sono stati gestiti circa il 40 per cento degli acquisti per far fronte alla pandemia, contro il 54 per cento gestito dalla struttura commissariale nazionale³. Centrali di committenza, soggetti aggregatori e aziende sanitarie (si veda a tal riguardo l'approfondimento «Le procedure di acquisto nelle aziende sanitarie di fronte all'emergenza») hanno svolto un ruolo fondamentale sia nel monitoraggio dei consumi e delle scorte di magazzino, sia nella fase di acquisto vero e proprio. Nei contesti in cui la governance degli acquisti è stata chiara, i processi anche in emergenza hanno funzionato meglio. La procedura negoziata è stata ampiamente utilizzata a livello di centri regionali ma anche dalle singole aziende sanitarie (per il 68 per cento delle gare e il 96 per cento delle aggiudicazioni), avallata anche da un'ordinanza del 3 febbraio 2020 della Protezione Civile.

Durante la prima ondata della pandemia, quando il Paese non aveva mascherine e ventilatori, abbiamo as-

sistito anche a una straordinaria capacità di fare partnership tra organizzazioni pubbliche e il mercato, le cosiddette *hastily-generated partnership*, ovvero nate in fretta e furia, senza preconcetti ma con il solo obiettivo di dare risposte immediate alla crisi sanitaria⁴. L'Intersurgical di Mirandola (Modena) ha prodotto un doppio ventilatore polmonare in grado di supportare contemporaneamente due pazienti con lo stesso sistema. Questo è solo uno dei tanti esempi della straordinaria capacità dell'imprenditoria italiana di far fronte alle emergenze, che evidenziano anche come la relazione tra l'utilizzatore finale (il medico) e le aziende di produzione porti a situazioni di co-innovation, che dovrebbero essere il volano propulsivo di un buyer pubblico sofisticato, non solo in momenti di crisi.

IL RUOLO DELLE PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO

Fuori dal tunnel dell'emergenza Covid-19 e soprattutto in un contesto di politica di spesa espansiva, alimentata sia dal PNRR sia dai fondi SIE, che hanno

chiari obiettivi di sviluppo di lungo termine, la Sanità pubblica non può non interrogarsi sulle modalità con cui gestire acquisti e investimenti per assicurare innovazione, efficienza, efficacia e resilienza del SSN.

Appare dunque fondamentale una seria riflessione, seguita da azioni concrete, su come rendere possibile il passaggio da un procurement (di beni, servizi e investimenti) operativo verso una dimensione strategica, fondata su un rinnovato rapporto pubblico-privato. Sebbene si tratti di un obiettivo che non può non trovare ampio consenso a tutti i livelli istituzionali, nella pratica corrente, tuttavia, continua a prevalere un focus eccessivo sulla procedura di gara in sé e un rapporto di tipo transazionale cliente-fornitore orientato all'acquisto di singoli elementi piuttosto che di soluzioni più flessibili e create *ad hoc*. Tra l'altro questo approccio rischia di essere acuito dal cronoprogramma serrato di spesa del PNRR, che potrebbe portare a replicare vecchi schemi per la paura di non spendere.

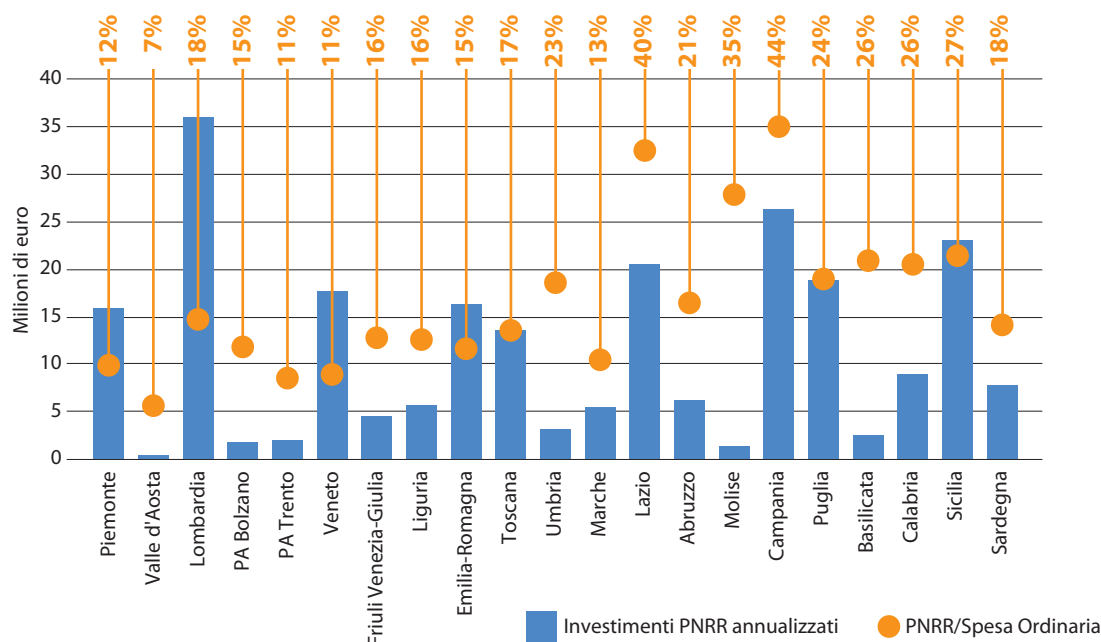
L'obiettivo di questo momento, invece, è spendere bene, vale a dire orientare gli investimenti del PNRR verso la ridefinizione delle logiche di funzionamento e il design della rete dei servizi sanitari sul territorio, e più in generale a un potenziamento significativo degli asset delle aziende sanitarie, in termini di infrastrutture, tecnologie e capitale umano.

Orientare il procurement verso un approccio strate-

gico non significa abbandonare il concetto di economicità ed efficienza (sintetizzabili nel paradigma del *value for money*) e di trasparenza, che devono necessariamente permanere. Al contrario, esso consente di espandere queste logiche verso il paradigma più ampio del *value for society*, esplicitando la visione e l'impatto degli investimenti e degli acquisti sulla capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute dei cittadini e interiorizzando nei processi di programmazione e di gestione delle gare i concetti di costo totale di acquisto, di costo del ciclo di vita, di flessibilità e capacità di risposta ai bisogni in chiave evolutiva, consentendo quindi di acquistare secondo logiche di sostenibilità ambientale, sociale e di risk management.

La sfida è dunque quella di utilizzare i fondi del PNRR non per finanziare singoli progetti e interventi come investimenti di per sé utili, ma all'interno di una visione e di una strategia di realizzazione di una Sanità più vicina e digitale, che coniuga il rinnovo delle strutture fisiche con l'implementazione di nuove piattaforme tecnologiche e nuove modalità di relazione e presa in carico dei cittadini. Stimolare il mercato a individuare soluzioni innovative per raggiungere questi obiettivi ambiziosi rappresenta, oltre a una sfida comune per produrre valore pubblico, anche un potente volano di politica economica e di stimolo alla competitività e alla produttività delle imprese.

Figura 1 - Raffronto tra allocazioni PNRR e spesa ordinaria per investimenti in tecnologie

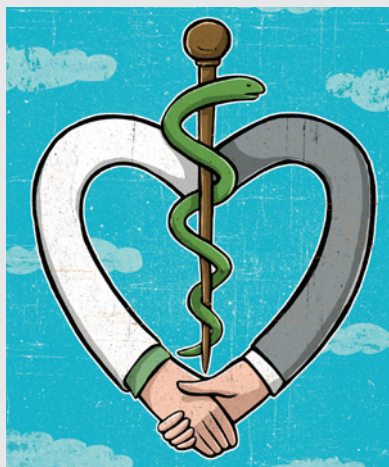


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Masan, la percentuale è calcolata rapportando l'allocazione media annuale del PNRR per l'acquisto di grandi apparecchiature così come risultante dalla bozza di decreto di riparto delle risorse della mission 6 e la media annua per acquisto di attrezzature sanitarie e noleggi 2017-2020 SIOPE.

Il procurement strategico si basa quindi su un rinnovato rapporto pubblico-privato, che supera la paura e lo scetticismo verso forme più sofisticate di acquisto che hanno impedito pre-pandemia di sviluppare modelli che oggi sarebbero stati maturi e quindi più rapidamente riadattabili all'implementazione del PNRR. Le criticità emerse in alcune operazioni di concessione per la realizzazione di nuovi ospedali, insieme alla percezione negativa derivante da eventi drammatici, come il crollo del ponte di Genova, hanno deteriorato e politicizzato la relazione pubblico-privato. Alcuni timidi tentativi sono stati portati avanti per il potenziamento delle tecnologie sanitarie, ma con percorsi frammentati o interrotti per veti politici e una maggiore avversione al rischio da parte dello stesso management sanitario.

Gli investimenti

La necessità di un maggior coinvolgimento del settore privato negli investimenti attraverso schemi di Partnership Pubblico Privato (PPP) non dovrebbe derivare, come in passato, solo da considerazioni di tipo macroeconomico, ovvero dalla mera possibilità di generare addizionalità finanziaria e realizzare investimenti che non configurano debito pubblico, ma anche da fattori di tipo microeconomico, legati alla potenziale maggior efficienza e produttività del settore privato, grazie anche a meccanismi di incentivazione contrattuale, che oggi trovano fondamento anche nell'istituto giuridico della concessione, a cui nel 2014 è stata dedicata una direttiva *ad hoc*, a fianco di quella per gli appalti. Infatti, tra i principali vantaggi documentati del PPP⁵ vi è la possibilità di trasferire in modo efficiente il rischio legato alla realizzazione dell'investimento in tempi e costi certi, che rappresenta un elemento imprescindibile per l'attuazione del PNRR, ma anche per offrire risposte adeguate in modo tempestivo ai territori. Sul fronte della gestione, il PPP consente il mantenimento nel tempo dei target di efficienza energetica e una disponibilità flessibile degli spazi. Inoltre, assicura un perimetro contrattuale flessibile in grado di catturare le risorse PNRR a rischio di *de-commitment* perché non spese nei tempi previsti. Tra gli ambiti più rilevanti di applicazione del PPP agli investimenti nelle aziende sanitarie troviamo la realizzazione della rete delle case della comunità, integrate con le centrali operative territoriali, la realizzazione degli ospedali di comunità, e il piano di rinnovamento e efficientamento energetico degli ospedali.



I servizi

Quanto più l'applicazione del PPP si sposta da investimenti materiali a investimenti *digital* o tecnologici o ai servizi, tanto più sarà possibile sfruttare le sue potenzialità, responsabilizzando l'operatore economico su risultati diversamente non possibili con logiche tradizionali di acquisto. Il PNRR per la prima volta stabilisce come obiettivi non tanto la spesa di risorse ma il conseguimento di risultati in termini di equità, accesso alle cure, innovazione nelle modalità di erogazione dei servizi. Il PPP, quando ben strutturato, consente di raggiungere risultati: è proprio da una concettualizzazione più strategica e ambiziosa del PPP che ne deriva la sua convenienza. Da questo punto di vista, i nuovi contratti di PPP dovrebbero essere impostati su logiche di co-progettazione e co-responsabilizzazione. Infatti, il PPP non deve essere inteso come uno strumento di *outsourcing*, ma piuttosto di *insourcing*, a complemento della capacità della Sanità pubblica di offrire risposte.

Gli obiettivi strategici che possono essere conseguiti con queste soluzioni applicate alle tecnologie derivano da una miglior performance gestionale e organizzativa e vanno dalla riduzione delle liste d'attesa e mobilità passiva alla gestione in ottica di *system integration* delle apparecchiature di una azienda sanitaria. Spostando l'attenzione dalla tecnologia ai servizi (anche *technology-based*), come per esempio la logistica, la teleassistenza/telemedicina, la prevenzione oncologica, la presa in carico di determinate cronicità, l'operatore economico potrebbe essere responsabilizzato rispetto a obiettivi non solo di performance gestionale, come nei casi analizzati sopra, ma anche rispetto a obiettivi di risparmio/ottimizzazione della spesa (nel caso per esempio della logistica) o di raggiungimento di risultati di tipo sanitario. Si pensi per esempio al caso dell'incremento degli screening oncologici o della riduzione del numero di accessi alle strutture sanitarie. Proprio in questi casi, tuttavia, il PPP deve nascere da uno sforzo congiunto di co-progettazione, dove il pubblico definisce i fabbisogni e gli obiettivi all'interno di un *framework* di appropriatezza e corretto approccio metodologico al tema, mentre il privato individua le possibili soluzioni, che necessariamente richiedono una collaborazione gestionale (co-produzione), con una condivisione del rischio, che si deve reggere su fiducia reciproca, flessibilità e co-evoluzione, *commitment*.

L'acquisto dei beni

La collaborazione assume forme differenti in relazione ai beni, come per esempio ai *medical device*, ai farmaci o alle singole tecnologie. In questi ambiti, il dibattito riguarda soprattutto la possibilità di applicare logiche di *value-based procurement* (VBP), anche basate sulla combinazione di bene e servizio. Sebbene l'applicazione del VBP possa trovare (e abbia già trovato) applicazione ai farmaci, la sua sperimentazione su altre categorie merceologiche può apparire più articolata, per la complessa raccolta di dati clinici su cui impostare le gare e pagare i fornitori e per la forte dipendenza dell'outcome dall'utilizzatore. Questo impone necessariamente una rivisitazione del concetto di valore, da outcome clinico in sé e per sé a valore conseguibile attraverso l'applicazione dei principi del procurement strategico come sopra illustrati. Infatti, la creazione di valore non dipende solo da un acquisto o da una gara specifica, ma, piuttosto, da un processo complessivo che parte dalla programmazione e arriva fino alla gestione e monitoraggio del contratto. In questo contesto, appare dunque più appropriato parlare di *value-based procurement process*. Infatti, il valore può essere generato anche senza trasferire all'operatore economico la responsabilità del valore generato, ma strutturando un processo di acquisto definito sulla base dei fabbisogni e verificando che quanto acquistato sia correttamente erogato e impiegato.

UNA NUOVA PROSPETTIVA MANAGERIALE

Dopo il Covid-19, e alla luce del PNRR, appare evidente come la riqualificazione e il governo strategico dei processi di acquisto e di investimento in Sanità siano una priorità assoluta e un fattore determinante per generare cambiamento, innovazione, valore nel SSN.

Questo richiede una strategia, che dovrebbe riguardare non solo la traiettoria da seguire ma anche la definizione di un rinnovato rapporto con il mercato, superando la dicotomia cliente-fornitore attraverso lo sviluppo di collaborazioni e partnership che consentano di valorizzare le soluzioni e le capacità degli operatori economici nel solco definito dalla strategia stessa. Diversamente dal passato, la partnership non

deve essere un mero slogan, il nome di un contratto o una clausola, ma, piuttosto, un processo concreto di co-design e co-gestione per generare un reale valore, misurabile, per la Sanità pubblica. Questo significa:

- accettare che l'innovazione e il cambiamento sono un rischio che può essere mitigato investendo in solide competenze manageriali e nella diversificazione, lasciando spazio alla sperimentazione dal basso;
- mettere in secondo piano la dimensione giuridico-procedurale, in quanto ancillare all'implementazione della strategia, valorizzando le competenze di management che si sono sviluppate nel SSN, anche durante la pandemia;
- superare i pregiudizi, anche relativi al rapporto con il mercato, che ingessano i processi decisionali e ostacolano la sperimentazione;
- sperimentare logiche di convergenza pubblico-privato verso la generazione di valore, stimolando anche una maggior osmosi manageriale tra i due settori, che spesso, di fronte alle grandi sfide, è interpretata solo in modo monodirezionale, cioè da privato a pubblico.

Le policy comunitarie e la ricerca scientifica offrono diverse opportunità e una sponda solida per sostenere la transizione verso un procurement strategico. Ora serve la capacità, e per certi aspetti il coraggio, di sperimentare velocemente questo nuovo approccio agli acquisti e agli investimenti, sfruttando l'opportunità offerta dal PNRR. Questo potrebbe essere fatto affidando la programmazione strategica e la gestione di queste risorse a un pool di *value-manager*, che, posizionati nei diversi punti decisionali, lungo l'asse centro-periferia, condividano non solo lo stesso senso dell'urgenza, ma anche un DNA composto di leadership e solide competenze di management, per assicurare rapidità nelle scelte e innovazione nei modelli attuativi; che sappiano assumersi il rischio della creazione di valore e di interagire con il mercato per individuare e sperimentare percorsi di collaborazione nuovi, sostenibili e misurabili nei risultati. Solo in questo modo è possibile creare, dal basso, dei casi da scalare e da consolidare. Serve, poi, uno sforzo significativo nel management privato, affinché sappia individuare soluzioni in grado di contemperare sostenibilità finanziaria e valore pubblico.

¹ G. Cinelli, A. Gugiatti, F. Meda, «Struttura, attività e performance del SSN», *CERGAS (a cura di)*, Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, pp. 37-115.

² V. Vecchi, A. Tanese, S. Osborne, «Do Public-Private Partnerships Still Have a Future?», *Public Works Management & Policy*, 2022 (forthcoming).

³ Osservatorio Masan, 2021.

⁴ V. Vecchi, N. Cusumano, E. Boyer, «Medical Supply Acquisition in Italy and the United States in the Era of COVID-19: The Case for Strategic Procurement and Public-Private Partnerships», *American Review of Public Administration*, 50(6-7), 2020, pp. 642-649.

⁵ V. Vecchi, F. Casalini, N. Cusumano, «Investigating the Performance of PPP in Major Healthcare Infrastructure Projects: The Role of Policy, Institutions, and Contracts», *Oxford Review of Economic Policy*, 2022 (forthcoming).