

Costo standard e qualità delle prescrizioni

La definizione di costo standard andrebbe inquadrata rispetto allo scopo per cui la stessa è stata formulata. Il concetto di costo standard ha, in genere, due diversi significati: valore obiettivo e parametro con cui confrontare i costi effettivi. I due significati non sono antitetici, ma il secondo è contenuto nel primo; infatti, un valore che rappresenta un obiettivo può anche essere considerato come parametro per giudicare gli effettivi risultati. Nel processo di determinazione dei costi standard assume, dunque, notevole importanza il significato che è dato al termine “obiettivo”. Con tale termine, infatti, ci si può riferire a:

- valori a cui tendere perché rappresentano i costi che si sosterebbero in condizioni di, teorico, utilizzo delle risorse raggiungibile solo in condizioni ideali di svolgimento del processo produttivo e/o di erogazione;
- valori economici rilevati in condizioni di normale, abituale funzionamento e che, dunque, risultano dalle modalità attuali di utilizzo delle risorse. Tali valori rappresentano, in altre parole, i costi che l'organizzazione sostiene date le sue attuali condizioni di efficienza (che potrebbero non essere quelle massime raggiungibili);
- valori economici che si originerebbero se, effettuata un'analisi approfondita, l'organizzazione riuscisse ad eliminare, in tutto o in parte, eventuali elementi critici (vincoli normativi, istituzionali, gestionali, organizzativi, infrastrutturali, ecc.) che limitano il raggiungimento di condizioni di efficienza più elevate rispetto a quelle attuali. In tale situazione, quindi, la definizione di costi non si riferisce ad uno standard teorico, piuttosto a quello potenzialmente ottenibile a seguito di interventi sul processo produttivo e/o di erogazione.

Il significato assunto dalla definizione di costo standard, influenza, di conseguenza la modalità e il processo di determinazione dello stesso.

Considerando il caso specifico e, dunque, come il costo standard è declinato e determinato nel decreto, la sua determinazione dovrebbe scaturire dall'analisi dei dati di bilancio delle aziende sanitarie e, di conseguenza, essere ovviamente basata su valori economici rappresentativi del passato e rappresentanti la pratica aziendale in normali condizioni di funzionamento'.

Qui si potrebbe aprire un ulteriore dibattito su cosa si intenda per 'normali condizioni di funzionamento aziendale', dato che la dotazione delle risorse aziendali non è uguale in tutte le realtà e ne condiziona sensibilmente le modalità di svolgimento dei processi produttivi/ di erogazione delle prestazioni.

Ma ritornando al significato e utilizzo dei costi standard, è opportuno sottolineare che le regioni prese come benchmark per la definizione del costo standard hanno vissuto un trascorso sostanzialmente diverso e hanno adottato anche dei modelli di sanità regionale differenti. Una per tutte la Lombardia che sicuramente nell'organizzazione delle cure territoriali e dell'assistenza ospedaliera ha trovato il suo modello di riferimento, interpretando il concetto di '*governance* della salute' nel sistema delle responsabilità e di definizione degli obiettivi.

Si pensi poi, però, anche a regioni come la Calabria, che soffre di problematiche che sono sostanzialmente molto diverse da quelle della Lombardia, una fra tutte le infrastrutture che impattano sull'accessibilità ai servizi, condizionando, quindi, l'articolazione del sistema di offerta sanitaria: la fascia ionica della regione Calabria è probabilmente il miglior esempio di carenza infrastrutturale (unica via di comunicazione, la statale ionica 106) dove l'offerta sanitaria, soprattutto sul fronte ospedaliero, si caratterizza per capillarità e per una sostanziale copertura dell'assistenza 'primaria' (chiaramente con punte di eccellenza sulle alte specialità). La Calabria dunque ha una conformazione orogeografica differente da quella della Lombardia, e per questo anche l'assistenza sanitaria, e il modello di integrazione ospedale-territorio deve necessariamente differire. Ora, che questo sia un attenuante della situazione dei conti in Calabria, in realtà, nessuno lo può sapere. Rimane il fatto che, probabilmente, un'analisi più approfondita di quelle che sono le modalità di funzionamento di questi sistemi sanitari regionali andrebbe fatta ancor prima di prendere i dati di bilancio, che sono, di fatto, l'evidenza numerica di scelte organizzative e manageriali, talvolta 'obbligatorie' nell'ottica del rispetto dei LEA.

L'esemplificazione delle differenze di costo di alcuni fattori produttivi (es. siringhe) rischia, secondo me, di essere fuorviante e di spostare l'attenzione da quello che dovrebbe essere considerato e valutato il prodotto finale dei processi produttivi sanitari: la prestazione. Se di prestazione si parla allora la sua espressione di costo non la qualifica appieno, poiché l'elemento differenziante è l'aspetto qualitativo della stessa e il risultato in termini di outcome generato.

Materie prime disponibili, risorse professionali e tecnologie incidono sulle modalità di erogazione delle prestazioni, sulla qualità delle stesse e, non da ultimo, sui costi.

Occorre aggiungere, infine, un'ultima considerazione riguardante i sistemi di misurazione economica utilizzati in ambito sanitario: uno tra tutto il sistema di contabilità analitica che, nella teoria, dovrebbe alimentare i dati di bilancio. Oggi noi sappiamo quanto costa la chirurgia, non sappiamo quanto costa un intervento chirurgico e non sappiamo misurare il 'beneficio' generato sul paziente. Questa è, di fatto, la situazione attuale. È, quindi, il costo standard la spinta verso il miglioramento, complessivamente inteso, dell'assistenza sanitaria? Non potrebbe, il suo utilizzo, generare effetti negativi a scapito della qualità prestazionale?