

1. I presupposti del sistema di gestione strategica dei costi

I presupposti del sistema di gestione strategica dei costi

Il sistema proposto per la realizzazione di un pool di indicatori gestionali finalizzati all'attività di ricovero ospedaliero è un sistema di gestione strategica dei costi progettato e realizzato appositamente per essere applicato nelle aziende ospedaliere, siano esse pubbliche o private, e nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie locali.

Innanzitutto è importante sottolineare il fatto che il sistema degli indicatori gestionali qui presentato rientra nel novero delle applicazioni che si rifanno al metodo analitico - strategico o analitico "tout court". Il metodo analitico o Microcosting rappresenta un approccio all'analisi gestionale degli ospedali: la caratteristica fondamentale e distintiva di tale approccio risiede nell'"orientamento all'utente": ciò si traduce nel fatto che nel metodo analitico viene posto al centro dell'attenzione il singolo e specifico assistito in regime di ricovero; questi dunque rappresenta il "mattoncino informativo fondamentale" del sistema gestionale di tipo analitico. Perciò, ogni sistema di indicatori gestionali che pone al centro dell'attenzione il singolo episodio di ricovero (oggetto di costo) e lo pone in relazione con le risorse effettivamente utilizzate specificatamente per esso (aggregati di costo) è un'applicazione del metodo analitico.

Il metodo analitico fornisce informazioni circa il costo del singolo episodio di ricovero e dei relativi aggregati di costo (per esempio, quanto costa un dato episodio di ricovero in termini di personale medico, infermieristico, farmaci, presidi chirurgici e sanitari, laboratorio ecc.); in particolare, il metodo analitico:

- rappresenta un'applicazione dell'approccio al calcolo del costo effettivo unitario individualizzato (ovvero per specifico, reale e distinto episodio di ricovero) e non una mera determinazione di un valore di riferimento fissato a "tavolino";
- punta a dare "visibilità" tecnica (per esempio: numero e tipo di analisi di laboratorio richieste, grado di assistenza infermieristica prestata ecc.) prima ed economica poi (il costo per attività deriva dalle variabili tecniche), al piano di trattamento di ogni paziente, poiché applicando il metodo analitico si viene a conoscere il costo delle attività realmente erogate all'assistito in regime di ricovero. Di conseguenza, il metodo analitico rappresenta una tecnica essenziale per riuscire a individuare e a quantificare in termini economici il piano effettivo di trattamento per gli episodi di ricovero in termini per esempio, di assistenza infermieristica, di farmaci, di servizi di laboratorio e radiologia ecc.;
- determina, sulla base dei costi effettivi e dei relativi piani di trattamento, dei valori di riferimento per tipologia di ricovero (la "domanda" come definita nel paragrafo precedente) sia complessivi che analitici (valori di riferimento per l'assistenza medica, per la sala operatoria, per la terapia intensiva ecc.);
- permette di arrivare a formulare dei giudizi di convenienza economica che tengano conto delle diversità esistenti nella casistica ospedaliera, attraverso il confronto tra i valori di riferimento per tipologia di ricovero e i relativi costi effettivi.

Dalle considerazioni testé fatte relativamente alla definizione del metodo analitico ne deriva che tale metodo permette di individuare non solo i valori di riferimento (per esempio, i costi standard, i benchmark ecc.), ovvero gli indicatori "ex ante", che consentono di evincere quanto "dovrebbe costare" (o ci si prefigge "quanto debba costare") un dato episodio di ricovero, ma soprattutto punta a far conoscere "quanto concretamente esso è costato" (costo effettivo o indicatore "ex post"). Ne consegue che i metodi analitici, per essere tali, devono indagare tutti i pazienti ricoverati in una data struttura analizzata (divisione ospedaliera, presidio, Azienda, Regione) e non devono mirare a definire semplicemente uno o più protocolli o piani di trattamento validi per un'unica categoria di pazienti o solo per alcune categorie di essi. Infatti risulta errato nella pratica determinare il costo effettivo di un dato ricovero (ossia il reale consumo delle risorse relative) in modo avulso dai costi effettivi degli altri pazienti per i quali, per esempio, come si ha già avuto modo di sottolineare in precedenza, si impiegano le medesime risorse in termini di personale; è evidente che operando in tal modo, la sommatoria dei costi dei singoli pazienti non può mai (se non casualmente) essere pari al valore economico totale delle risorse effettivamente impiegate, con la conseguenza che verrebbe meno la possibilità di conoscere "dove e quanto" è lo "spreco" o l'insufficiente consumo delle risorse effettivamente impiegate per il raggiungimento di un dato risultato (ovvero per la cura di un determinato paziente e/o per il ricovero di una data categoria di assistiti).

Non si vuole certo qui sostenere che la determinazione dei valori di riferimento non sia importante. Al contrario, si vuole sottolineare che il costo effettivo riveste una particolare rilevanza in quanto è “funzionale” alla determinazione del valore di riferimento, in quanto solo attraverso la determinazione dei costi effettivi il valore di riferimento è:

- “possibile e credibile”, in quanto la rilevazione dei costi effettivi costituisce un momento indispensabile e una base fondamentale, anche se non l’unica, per una corretta determinazione dei piani di trattamento e, di conseguenza, dei valori di riferimento;
- “utile”, poiché i valori di riferimento “servono” solo se è possibile confrontarli con i relativi costi effettivi al fine di poter verificare lo scostamento tra i due valori relativi; di conseguenza, se non si rilevano i costi effettivi, la determinazione dei valori di riferimento risulta essere un inutile esercizio economicistico.

Sulla scorta di quanto sopra scritto, ne consegue che anche nel caso si volesse determinare dei valori di riferimento basati non su costi effettivi ma su ipotesi stabilite “a tavolino”, si dovrebbe poi, per rendere operativi tali parametri, confrontarli con i costi effettivi relativi. Di conseguenza, la determinazione dei costi effettivi risulta essere indispensabile e di primaria importanza per avviare una corretta e concreta analisi gestionale.

Riveste grande importanza sottolineare il fatto che la corretta determinazione dei costi effettivi di ogni specifico episodio di ricovero non può avvenire attraverso una preventiva determinazione di protocolli definiti a “priori”.

L’utilizzo dei protocolli può rappresentare, al limite, un metodo per stabilire dei costi di riferimento ma non certo per determinare i costi effettivi, poiché ciò significherebbe che si sa “che cosa” e “quanto” si è dato concretamente a un determinato paziente (ovvero, in altri termini, quanto esso è costato) ancor prima del verificarsi degli effettivi accadimenti relativi al suo ricovero! Perciò, la scelta di non impiegare i protocolli per determinare i costi effettivi dei ricoveri non rappresenta una semplice opzione di tipo “filosofico”, ma un’ineliminabile necessità pratica per non cadere in un’errata definizione dei costi effettivi stessi: piuttosto, è la determinazione dei costi effettivi che può contribuire a una corretta definizione dei piani di trattamento, e non viceversa.

Purtroppo, spesso si incorre nell’errore di scambiare la definizione dei protocolli per una possibile metodologia per definire i costi effettivi e non solo per supportare la realizzazione dei valori di riferimento. Tale errore probabilmente deriva dal fatto che nell’impresa di produzione privata spesso si ricorre, nel caso di produzione ripetitiva di un dato bene mediante determinate risorse esclusivamente destinate alla realizzazione di tale bene, alla definizione del relativo costo attraverso una data “distinta base”.

Ora, però, tale metodica non può in alcun modo essere copiata “tout court” nella determinazione del costo effettivo per gli episodi di ricovero, poiché nell’ospedale:

- l’attività di ricovero non è una “catena di montaggio”, in quanto il “prodotto ospedaliero” è unico e non ripetitivo;
- medesime risorse (per esempio, il personale) sono utilizzate per più “prodotti” (per ricoveri di diversi pazienti);
- non è concretamente “credibile” pensare di poter puntualmente fissare a priori tutti i possibili percorsi dei pazienti ricoverati.

Di conseguenza, sostenere di poter determinare il costo effettivo per un dato ricoverato attraverso dei protocolli stabiliti “a priori” significa implicitamente:

- considerare il paziente alla stregua di un manufatto qualsiasi, come se l’ospedale e, per esempio, un’impresa metalmeccanica fossero sostanzialmente “la stessa cosa”;
- dimenticare che il personale (ovvero la risorsa più ingente utilizzata dagli ospedali) è una risorsa non esclusiva, ovvero è impiegata per diverse attività e non per “produrre” un unico tipo di risultato (per esempio, l’assistenza per la degenza di un solo paziente);
- credere di poter conoscere tutti i possibili percorsi di ogni tipo di paziente (si pensi, al riguardo, alle difficoltà per determinare i protocolli “a priori” per tutti i ricoverati con più patologie e a tutti i tipi di pazienti che “entrano” in urgenza);
- non reputare importante che cosa si dà effettivamente al paziente ma dare rilevanza solo a cosa si presume di dare alla persona ricoverata. In tal modo, l’assistito in ospedale non è più “il soggetto”, il centro dell’attenzione dell’analisi gestionale, ma ne diventa solo un oggetto, quasi fosse un pretesto per dar corso a mere analisi economiche. Di conseguenza, se si sceglie la strada di costruire dei protocolli non fondati sulla realtà dei pazienti effettivamente assistiti, non è possibile dare vita a un approccio informativo orientato all’utenza.

Quanto sinora esposto sottende un problema generale “di fondo”:

l’analisi gestionale in Sanità e in particolare negli ospedali deve essere identica a quella che viene adottata nelle imprese private di produzione? In altre parole è necessario individuare quale

approccio metodologico si deve scegliere per effettuare analisi di tipo gestionale negli ospedali. A tale riguardo, è essenziale ricordare che è possibile evidenziare sostanzialmente due tipi di approcci, mutualmente esclusivi tra loro:

- l'approccio che tende a considerare l'analisi gestionale per gli ospedali in modo "economicistico-contabile"; secondo tale approccio è sostanzialmente la medesima cosa formulare e applicare un sistema di indicatori negli ospedali e nelle imprese di produzione private; di conseguenza, è possibile e giusto "copiare" il sistema degli indicatori da quello tradizionalmente in vigore nelle imprese operanti in altri settori erogativi e/o produttivi;
- l'approccio "socio-economico" o "economico-sanitario" attraverso il quale l'aspetto socio-sanitario riveste un'importanza uguale, se non preminente, a quella relativa all'aspetto prettamente economico; perciò, è indispensabile costruire un sistema di indicatori gestionali "pensati ad hoc" per gli ospedali.

Tale sistema di indicatori gestionali utilizza l'approccio "socio-economico" poiché esso, a differenza di quello economicistico, consente di porre realmente l'utente quale punto fondamentale del sistema informativo sui costi.