



L'analisi della spesa come fondamento **delle migliori pratiche**

ROBERTO CARMINATI

Il Network italiano sanitario per la condivisione dei costi standard, degli indicatori e dei risultati (Nisan) ha presentato di recente una serie di indagini e riflessioni tese a sviscerare gli squilibri del sistema della sanità tricolore, partendo dal peso economico dei ricoveri e da quelli delle strutture.

Secondo stime ufficializzate solamente quest'anno ma riferite al biennio 2011-2012 la spesa per il ricovero dei pazienti acuti è cresciuta del 5,5% rispetto al 2010 men-

tre sui bilanci della sanità italiana impattano enormemente (32%) le risorse indirizzate alla gestione delle strutture. Quest'ultima include i budget dedicati all'erogazione dei pasti, alle opere di pulizia, ai servizi di ordine amministrativo e gestionale. È questa la prima eclatante evidenza mostrata dal Nisan, Network italiano sanitario per la condivisione dei costi standard, degli indicatori e dei risultati, durante l'evento concentrato appunto sul tema dei costi standard recentemente organizzato a Como. Per affrontare la problematica Adriano Lagostena, direttore generale dell'Ente ospedaliero Ospedali Galliera di Genova, capofila della rete che

coinvolge oltre venti aziende sul territorio nazionale, è partito quanto mai opportunamente dai fondamentali. E ha sgombrato il campo da ogni possibile equivoco parlando di prezzi, ovvero dei valori monetari con cui si acquistano beni o servizi; di spesa (il valore di un prodotto moltiplicato per il numero di prodotti che s'intende comprare); infine di costo. Questo è il nodo essenziale - specie se declinato in ambito healthcare - poiché è il valore che esprime il modo preciso in cui beni e servizi vengono realmente utilizzati. In questa prospettiva perciò l'idea di costo standard va a identificare la maniera in cui si debbano usare o siano stati usati determinati prodotti o beni al fine di svolgere attività particolari. Ed è chiaro che da questo punto di vista proprio la destinazione e le modalità d'uso di beni e servizi rappresentino altrettanti nervi scoperti del bilancio di buona parte dell'architettura della sanità in Italia. Per condurre la sua indagine il Nisan ha potuto far leva sulle banche dati di 32 ospedali concentrati per lo più nel Nord del Paese con significativi presidi però anche nella restante parte dello Stivale. E nel dettaglio su una spesa complessiva da quasi 6,620 miliardi di euro per 1.217 unità di diagnosi e di cura. Tra le voci sottoposte a osservazione, 637 mila e 190 dimissioni per acuti per oltre 4,5 milioni di giornate di ricovero. E ancora, 59 mila e 500 osservazioni brevi intensive e 326 mila e 908 giornate di riabilitazione o lungodegenza, cui vanno sommate infine 620 mila e 670 giornate di accesso per day hospital, day surgery, prestazioni ambulatoriali complesse Pac e Mac. Con un totale allocato di 1,384 miliardi circa, come si è avuto modo di accennare in precedenza, gli oneri di struttura sono risultati la voce in uscita più rilevante nel conto economico degli ospedali, seguiti a lunga distanza da quelli per gli infermieri, al 21% con 902 mila e 900 milioni. Alle spalle, i costi per il personale medico, che valgono il 19% della torta con 850 milioni circa; e per i dispositivi sanitari, al 13% con poco meno di 560 milioni. Ai farmaci sono invece destinati 280 milioni e 581 euro, cioè solo il 6%.

Il peso degli outlier

Il confronto tra i costi medi unitari e il tariffato ha fatto emergere altre istanze di primaria importanza. Per esempio che l'incidenza economica effettiva degli outlier («ricoveri solitamente più lunghi e complessi e con il maggior numero di giornate di ricovero nelle terapie intensive») è di 15 mila e 755 euro contro un tariffato

da 5.636, per un conseguente disavanzo da 10 mila e 119 euro. Della cifra le tariffe arrivano a coprire circa un terzo (36%) laddove nel caso del day surgery le tariffe sono, invece, più elevate dei costi per il 33%. Globalmente, però, il tariffato riesce ad assorbire il 61% dei costi concretamente affrontati per erogare un determinato tipo di prestazione. Ancora, andando a scandagliare in profondità il peso dei ricoveri per acuti si è notato come gli outlier causino una perdita monetaria del 23% a fronte del 77% registrato per quelli ordinari, compresi tra 0 e 1 giorno. Per il coordinatore scientifico del Nisan Alberto Pasdera la natura dei costi standard è tale da farne «uno strumento strategico e di indirizzo operativo» e in grado cioè di suggerire ai decisori quali siano le leve sulle quali agire per migliorare l'efficienza delle strutture. La parola chiave è in questo senso unbundling, ossia spaccettamento, trasferibi-

I COSTI STANDARD E LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Di costi standard applicati alla gestione delle strutture sanitarie sul territorio ha argomentato Irmgard Prader, direttrice della ripartizione Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano. Prader ha riferito l'esperienza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, che include quattro comprensori - Bolzano, Bressanone, Merano, Brunico - per sette ospedali e un totale di 1.790 posti letto dei quali 190 in regime diurno. Il tasso di utilizzo per la degenza degli acuti è stato calcolato nel 2012 al 78% per i ricoveri ordinari e addirittura al 107% per quelli in regime di day hospital o day surgery. L'organizzazione sanitaria provinciale ha approntato un sistema di determinazione dei costi basato sulle attività, dunque sull'incidenza di ogni ricovero «in termini di personale medico, infermieristico, di farmaci e presidi, di prestazioni fornite da altre unità operative quali i laboratori e la radiologia o il pronto soccorso». Il metodo di Controllo strategico ospedaliero o Cso ha permesso di calcolare «il costo di ogni singolo episodio di ricovero per definire quello di tutti gli episodi di ricovero e il relativo standard per il periodo 2007-2012». L'Activity-based costing è stato così il presupposto per elaborare standard e benchmark relativi a quanto i prodotti e i servizi in esame dovrebbero costare, alla

luce del tariffario Drg elaborato nel 2011 dalla Giunta provinciale. E ha anche rappresentato il fondamento per una gestione strategica dei costi che tenesse conto dei possibili mutamenti di scenario. Bolzano è così passata da un paradigma di costi calcolati in base alle attività a un meccanismo di finanziamento mirato alle attività o Activity based funding. In quattro fasi: la determinazione dei volumi/mix per linea di macroattività; la determinazione o personalizzazione degli standard per le attività stesse; la determinazione dei benchmark e infine la comparazione dei benchmark con i costi effettivi per l'attività. Attraverso una serie di simulazioni sui volumi, i dati di spesa e i driver per tipologia di ricovero; e tenendo in considerazione voci quali i benchmark e gli oneri relativi al ricorso a prestazioni esterne la ripartizione altoatesina ha potuto godere di risparmi che Prader ha descritto in 32 milioni e 600 mila euro per ciascuna delle prime due fasi; e in altri nove milioni per la terza. La chiosa, che ben si è adattata a una buona parte dei contenuti proposti nel corso dell'evento comasco del Nisan, è stata inevitabile e calzante: «Quel che non si può misurare non si può né gestire né migliorare», ha concluso la dottoressa Irmgard Prader.



Adriano Lagostena



Alberto Pasdera



Domenico Francesco Crupi

le al quotidiano come un esercizio di valutazione delle uscite basato su costi standard analitici e non già generici. Questo implica che una rilevazione fondata sul puro gross costing può dirci sì quale sia il divario tra costi standard e costi effettivi rispetto al totale degli oneri di una struttura, ma non indica il luogo esatto in cui si concentrano gli sprechi più evidenti o dove si ritrovino le aree più virtuose. Spacchettare vuol dire, per esempio, distinguere fra le voci di spesa relative a personale, dispositivi e altre, per scoprire che magari una di esse è pienamente in attivo mentre le altre sono in perdita. Per evitare allora di incorrere nella stortura dei tagli lineari questo è un dato fondamentale, poiché consente di evidenziare quali siano le autentiche sorgenti di spreco e di riequilibrarne l'andamento. Oltre a ciò un approccio nel segno dello unbundling è per Pasdera «garanzia di trasparenza» visto che la mancata evidenziazione degli importi di tutti i fattori che compongono lo standard totale «non permette di sapere se il dato complessivo, per tariffa o per peso, sia formulato correttamente». E fa sì che si possa tenere conto del valore del cambiamento e dell'innovazione. «L'introduzione di nuovi dispositivi sanitari», ha osservato Alberto Pasdera, «può essere adeguatamente computata con una strategia di unbundling mentre, in caso contrario, gli aggiustamenti saranno compiuti a vista».

Dall'apertura di nuove strutture...

Nell'opinione di Pasdera contribuiscono perciò a comporre il costo standard complessivo dei ricoveri ordinati per Diagnosis related group (Drg) una varietà di

differenti istanze. Le attività interessate (degenza di primo e secondo livello, sala operatoria, laboratorio, radiologia, servizi da altre unità ospedaliere, costi comuni). Poi i fattori produttivi: medici, infermieri, altro personale, farmaci, dispositivi sanitari, altri costi; e le discipline, dalla cardiocirurgia all'ematologia, dalla lungodegenza alla neurochirurgia, passando poi per nefrologia, psichiatria, riabilitazione, oncologia. Il processo di determinazione dei costi seguito dal Nisan sulla base dei criteri internazionalmente accettati dello Hospital patient costing prevede che i dati sulle attività e quelli sulle risorse confluiscono nei due rispettivi canali della Hospital patient analysis e dello Activity costing, infine per sfociare nel dato unitario complessivo del Clinical care costing, ovvero il calcolo di ogni uscita squisitamente riconducibile all'assistenza ai pazienti. Non da ultimo, il

«L'analisi costi-benefici, se portata alle estreme conseguenze, potrebbe rivelarsi ostacolo all'innovazione»

paradigma dello Hospital patient costing o Hpc è stato suddiviso nei passaggi successivi dell'analisi della produzione o degli oggetti di costo; della contabilità dei costi intesa come censimento delle risorse assegnate a ogni unità di diagnosi e cura; del calcolo dei costi per attività e della definizione dei costi per ogni ricovero, correlando risorse e attività (activity costing) ai risultati (tipici dell'analisi di produzione). Nel corso della due giorni che in collaborazione con l'Ospedale Sant'Anna di Como il Nisan ha allestito per presentare il suo studio, nel capoluogo lariano, è spettato poi nuovamente ad Adriano Lagostena il compito di fare il punto sull'applicazione degli standard all'apertura di nuove strutture. Alcune «indispensabili domande» hanno fatto da preludio alla sua trattazione, inerenti numero e tipolo-



Irmgard Prader



Luciano Grasso



Marco Claus

gia delle attività che in una «nuova struttura» si intendono svolgere; le risorse a esse necessarie in termini di personale, beni strumentali e consumabili, gli spazi e l'impatto che rispetto alle organizzazioni preesistenti la struttura andrà a esercitare. Si tratta quindi di elaborare «un modello» coerente che non serva solo all'edificazione di un polo inedito, bensì a farlo funzionare.

... alla chiusura di quelle preesistenti

Lagostena ha preso a esempio un reparto di neurochirurgia per valutare i costi nascenti legati al suo avviamento, in base al numero e alla tipologia degli interventi previsti, suggerendo poi che per conteggiare le risorse necessarie e la sua influenza su una struttura già in funzione possano, o anzi debbano essere prese in considerazione le informazioni provenienti da una banca dati, qual è quella del Nisan, di oltre venti aziende per milioni di schede di dimissione, prestazioni specialistiche, utilizzi delle sale operatorie, scarichi di magazzino e altro ancora. Dal database possono essere ricavati i costi standard per Drg, tipo di ricovero e disciplina di dimissione per ciascuno degli interventi preventivati. Ma non solo. Esso consente di ottenere una sintesi dei costi standard espressi in ore di lavoro per Drg, tipo di ricovero e, ancora, disciplina di dimissione. Ulteriore passo in avanti è la definizione del fabbisogno di personale neurochirurgico per costo orario, numero dei casi ipotizzato per genere di operazione, ore e standard di ore necessari per il totale degli interventi. «Questo ragionamento», ha detto Adriano Lagostena, «si dovrà estendere ai restanti fattori produttivi come infermieri, altro personale, farmaci e presidi. E soprattutto alle attività - degenza,

rianimazione, sala operatoria, diagnostica e laboratori - che, articolate a loro volta per fattori produttivi permettono d'individuare le risorse totali per produrre un caso di ricovero determinato». In modo non dissimile e dunque facendo leva sulle evidenze della banca dati si può ricavare il numero dei necessari posti letto; e la validità delle considerazioni di Lagostena non diminuisce al momento di affrontare la possibile chiusura, anziché l'inaugurazione, di una struttura. In tal caso, ripercorrendo il cammino a ritroso, ma sempre sulla base delle evidenze fornite tanto dagli standard per Drg, tipo di ricovero e scheda di dimissione, quanto dai calcoli sintetizzati più su, ci si troverà di fronte a un quadro completo delle risorse e spazi diagnostici diversamente fruibili da un ospedale.

Il governo dell'innovazione

Un esempio concreto di come coniugare un'analisi oggettiva di costi e benefici per le strutture e i pazienti con la necessità di adottare tecnologie e metodologie operative innovative è stato presentato a Como da Domenico Francesco Crupi, vicepresidente e direttore generale dell'Irccs Casa Sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo, che è tra gli ospedali della rete del Nisan. Tema portante del suo intervento la possibilità di governare l'innovazione come «problema fondamentale che i sistemi sanitari moderni si trovano ad affrontare», specie dal momento che «le innovazioni tecnologiche chiedono un surplus di risorse» e diversi modelli organizzativi dei servizi. Posta la rarefazione delle risorse, le loro possibili destinazioni alternative, la varietà di bisogni e desideri da un individuo all'altro il nodo essenziale da sciogliere è, dal punto di vi-

sta economico, come allocarle in maniera consona alla soddisfazione delle esigenze dell'uomo. L'innovazione si è presentata a San Giovanni Rotondo sotto forma di un sistema per la chirurgia robotica prima di investire nel quale i vertici dell'Ircs hanno eseguito valutazioni tecnico-cliniche e d'altro tenore. Hanno cioè esaminato fra gli altri i costi di degenza e d'intervento chirurgico e li hanno sommati a quelli di ciascun Drg per ricavarne un costo medio per Diagnosis related group. Esso è stato quindi confrontato con la tariffa rimborsata in modo da poter definire con precisione il margine operativo. Oltre a ciò sono stati stimati i volumi di attività da eseguire nel 2010 in robotica suddivisi per tipologia di procedura chirurgica (155); è stata calcolata una tariffa media rimborsata pari a 5.424 euro ed è stato calcolato in 840 mila euro il totale importo rimborsato per le 155 procedure previste. Al costo medio Drg è stato aggiunto il costo del kit robotico differenziato per tipo di procedura: è stato dunque calcolato il costo medio Drg comprensivo del kit robot, 8.143 euro complessivi; e infine quello totale Drg con robot stimato in 1,262 milioni di euro. Il ritorno monetario dell'intera operazione è stato inferiore per 421 mila euro al budget iniziale, ma questo non inficia la bontà dell'investimento poiché, secondo Crupi, «l'analisi costi-benefici, se portata alle estreme conseguenze, potrebbe rivelarsi ostacolo all'innovazione». E «se il decisore rifiuta qualsiasi proposta in cui non sia dimostrata chiaramente una relazione causale tra i costi e i benefici, difficilmente potranno esserci programmi innovativi». D'altra parte politiche di razionalizzazione della spesa

applicate con criterio ad altri ambiti hanno consentito presso il polo pugliese risparmi ampi e documentabili. Nelle Unità Operative di Cardiologia il doppio traguardo della governance clinica dei ricoveri diurni o in day service e quello dell'efficienza economica nel campo dei presidi sono transitati, da un lato, per la revisione delle procedure d'acquisto e, dall'altro, per il consolidamento della gestione in conto-deposito. Il risultato, illustrato dallo stesso Crupi, è stato un decremento della spesa in device da 1,133 milioni di euro, il 17% rispetto alla gestione precedente.

La gestione efficace della funzione amministrativa

Dopo avere passato in rassegna i cambiamenti intercorsi nella gestione delle risorse umane negli ospedali italiani a partire dagli anni Cinquanta dello scorso secolo il direttore amministrativo del Galliera di Genova Luciano Grasso ha mostrato gli interventi effettuati entro la sua struttura. Partendo da una premessa: «Nel corso degli anni in sanità parlando di funzione amministrativa», ha detto Grasso, «è sempre emersa la difficoltà del rapporto tra servizi di supporto e produzione». Prendendo spunto dalle evoluzioni legislative e gestionali occorse nel tempo e in particolare poi dagli «strumenti utilizzati per governare il costo della risorsa umana negli ultimi cinque anni» con le loro «conseguenti carenze di intervento» Grasso è quindi entrato nel merito della questione. Presso il Galliera si è proceduto in primo luogo a un'analisi di «tutte le strutture dei dipartimenti amministrativi», delle «strutture in staff della direzione generale»; del-

DATI CSO VS. TARIFFE DRG

Per il responsabile dell'Unità operativa di controllo di gestione del Sant'Anna di Como Marco Claus l'uso «del controvalore Drg come punto di partenza per la determinazione della tariffa da esporre al paziente in regime libero professionale» non è sufficiente per una reale determinazione dei costi in sanità. Da un lato infatti il Drg «assume in sé la pluralità delle diagnosi e/o procedure che lo vanno a determinare»; e dall'altro però i pazienti «acquistano interventi chirurgici, non Drg». In questo contesto invece l'utilizzo dei costi standard ospedalieri permetterebbe, riguardo al regime della libera professione, di ottenere significativi progressi. Individuando «i costi reali concorrenti a un ricovero per un intervento»; definendo le «basi di partenza (cioè i costi) differenti da reparto

a reparto o da disciplina a disciplina» E infine determinando «quale possa essere il mark-up che un'azienda ospedaliera possa ritenere congruo rispetto ai costi che sostiene». Al contrario, l'attuale metodo di determinazione del Drg non consente un calcolo effettivo dei costi di produzione e l'esempio in tal senso viene dalla regione Lombardia. Qui, «per i pazienti ricoverati in regime di libera professione la quota a carico del Servizio sanitario regionale è pari al 70% del valore del Drg, mentre il restante 30% è a carico del paziente». E per esempio, come Claus ha illustrato, dalla tariffa del Drg 494 [Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza Cc] pari a 3.107 euro il Ssr contribuisce per 2.174,90 euro». La tariffa di libera professione equivale perciò a un 30% di valore Drg cui si

sommano 3.000 euro di compenso medico per un totale di 3.932,10 euro a carico del paziente. Ma le discrepanze di costo, che Claus ha illustrato sulla scorta della sua stessa esperienza al Sant'Anna, «e il relativo mark-up, determinano tariffe che possono diventare anti economiche e poco allettanti per il cliente privato, sebbene portino a margine sempre più alti». E per gli ospedali, segnatamente per quelli considerati più inefficienti dal punto di vista economico, si presentano a questo punto due alternative. L'una prevede la determinazione delle tariffe in base al costo più basso. L'altra, foriera di marginalità più significative, prevede invece la riduzione dei compensi e del mark-up mantenendo intatto il livello di costo già in essere.

IL COSTO STANDARD NELLA LEGISLAZIONE

La legge numero 133 del 6 agosto 2008 ha innovato i meccanismi di definizione dei costi standard in sanità identificando il costo standard come un parametro che individua il consumo di risorse per prodotto «calcolato sulla base di strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza o sulla base dei costi standard già disponibili presso le regioni e le province autonome» [articolo 79, comma 1-quinquies]. Caratteristiche fondamentali del costo standard sono il fatto che esso risulta calcolato sul campo (secondo un approccio bottom-up) e non a tavolino (cioè: top-down); e che si tratta di un costo-obiettivo medio unitario e non globale.



le «strutture complesse di macro-area amministrativa in staff alla direzione sanitaria». In via preliminare si è scisso il concetto di prodotto amministrativo da quello di processo amministrativo. Il primo è inteso come «risultato intermedio finale di un processo operativo». Il secondo «è un insieme di attività interrelate, interne all'azienda, che creano valore: trasformano le risorse (input del processo) in un prodotto, l'output del processo, destinato a un soggetto interno o esterno all'azienda, cioè il cliente». La definizione dei costi standard amministrativi si è espressa quindi nell'individuazione di «una tassonomia dei prodotti» e nella «rilevazione e pesatura del personale impiegato nella realizzazione del singolo prodotto» per oltre 300 diversi prodotti «espressi dalla funzione amministrativa». I successivi step sono l'identificazione precisa dei prodotti (e la misurazione degli elementi di costo a essi relativi) e degli operatori che vi sono coinvolti; e l'analisi dei processi che costituiscono il prodotto stesso. Le voci del personale, nella sua interezza; dei beni e dei servizi tra i quali quelli d'uso più comune come carta, biro e toner; infine gli altri costi quali le utenze. Sono state dunque esaminate la quantità dei prodotti identici erogati in un anno e la gestione delle convenzioni attive, per inquadrare «le risorse umane dedicate e i rispettivi profili professionali»; e «l'impiego in percentuale nell'anno sottoposto ad analisi di ogni operatore per un determinato prodotto». È stato così possibile «trasformare l'impegno percentuale nell'effettivo numero di ore di ciascun operatore dedicate a un prodotto rispetto al totale complessivo delle ore di lavoro». E «definire il costo complessivo del prodotto nell'anno di riferimento; quindi il costo unitario, sulla base del costo orario degli operatore/i coinvolti». Un enorme contribu-

to alla concretizzazione di questi sforzi è giunto dal software Agosas (Analisi gestionale organizzativa dei servizi amministrativi e di supporto) che ha elaborato in prima battuta i dati relativi all'attività nel 2010 ed è stato poi nutrito di quelli del 2011 e del 2012, con la possibilità di tenere in considerazione anche le eventuali variazioni di costo di prodotti e servizi nel tempo. Si è così dato vita a una strategia multi-funzione che consente la transizione dall'analisi del costo di un singolo prodotto a quella del costo di dipartimento; nonché il confronto con altre realtà ed esperienze. Lo strumento dà adito a una diversa distribuzione dei costi amministrativi entro le strutture ed è utile alle operazioni di rendicontazione e programmazione, oltre che alla valutazione qualitativa e quantitativa delle risorse umane. Può servire la causa della pianificazione dell'esternalizzazione di alcune attività e della contrattazione ai fini del budget annuale con gli enti regionali. Infine, ma non meno importante, può essere integrato con i sistemi di Bilancio delle competenze e con le tecniche Lean. Il primo è «una metodica fondata sul principio che in ogni contesto i risultati attesi si conseguono se il personale ha le competenze necessarie a realizzarle» e permette di rilevare «l'adeguatezza del personale al ruolo richiesto, sulla base dell'analisi dei processi, delle competenze attese e di quelle possedute dai singoli dipendenti, evidenziando le azioni conseguenti da sviluppare, nel segno della valorizzazione delle eccellenze». Le seconde coincidono invece con «un sistema gestionale volto alla reingegnerizzazione delle procedure, con l'obiettivo di pervenire a una drastica riduzione degli sprechi e al miglioramento dei flussi tipici dell'erogazione dei servizi, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA