

COSTI STANDARD

UN PO' DI CHIAREZZA FORSE È UTILE...

Il significato letterale dei termini

Costo: è il valore dell'insieme delle risorse necessarie per produrre o acquistare un bene o un servizio.

Fabbisogno: è l'insieme anche eterogeneo di beni, o comunque di utilità, dei quali sia avvertita la necessità e che ci si dovrà procurare o con la produzione diretta o con l'acquisizione attuabile, ad esempio, attraverso lo scambio.

Fabbisogno finanziario: è il valore in termini monetari del fabbisogno.

Standard: è un modello di riferimento a cui ci si uniforma affinché sia ripetuto successivamente.

I riferimenti legislativi (legge 42/2009)

Di costi standard in sanità non si era quasi mai parlato fin tanto che la legge sul federalismo non li ha portati prepotentemente alla ribalta. Infatti la legge usa ben 33 volte il termine standard, o l'aggettivo standardizzato, peraltro non definendone il significato. Non definiti, ma di significato meno ambiguo, sono i termini 'costo', utilizzato nella legge citata 13 volte, quello di 'fabbisogno', utilizzato 28 volte, e quello di 'spesa' utilizzato ben 80 volte.

Legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 103 del 6 maggio 2009.

Art. 2 - Oggetto e finalità

- 1) ... i decreti legislativi... [da emanare] sono informati ai seguenti principi e criteri direttivi generali:
- f) determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica...
- m) superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica a favore... del fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117...
- 6) ... Un altro decreto legislativo, da adottare ... contiene la

determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni.

Art. 5 - Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica

- 1) g) ...è istituita una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura e di qualità dei servizi, utilizzati per definire i costi e i fabbisogni standard e gli obiettivi di servizio, nonché per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di servizio.

Art. 8 - Principi e criteri direttivi sulle modalità di esercizio delle competenze legislative e sui mezzi di finanziamento

- 1) b) definizione delle modalità per cui le spese... sono determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni...

Art. 9 - Principi e criteri direttivi in ordine alla determinazione dell'entità e del riparto del fondo perequativo a favore delle Regioni

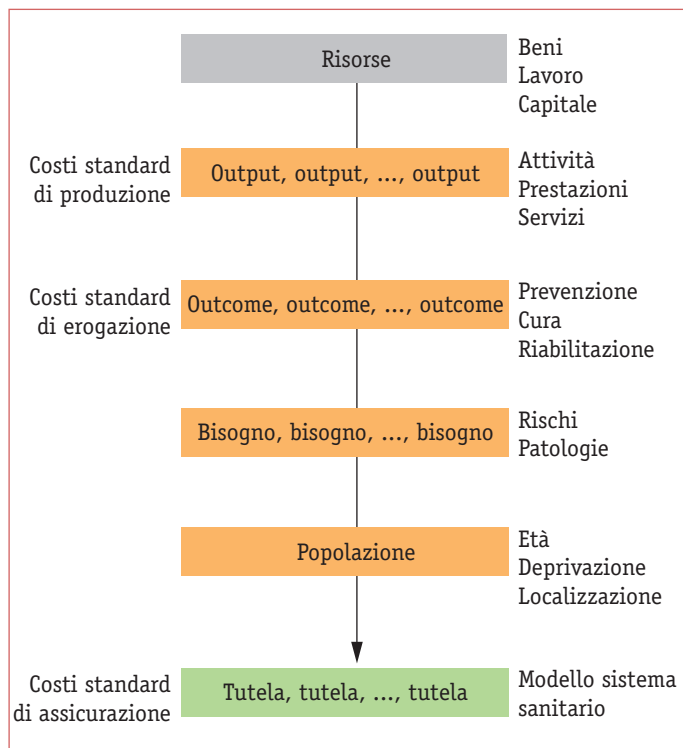
... in modo da assicurare l'integrale copertura delle spese corrispondenti al fabbisogno standard per i livelli essenziali delle prestazioni...

Leggendo la legge si ha un po' l'impressione che il legislatore avesse in mente situazioni relativamente semplici dove la definizione di fabbisogno e di costo fossero anche di contenuto agevolmente rilevabile, ma ciò di sicuro non è per la sanità.

I costi in sanità

In sanità è opportuno distinguere in modo molto netto l'output dall'outcome, cioè la produzione di semplici prestazioni dall'ottenimento dei risultati clinici attraverso il mix dei prodotti necessari per far fronte ad un bisogno assistenziale. In altri settori, come ad esempio quello dei trasporti, l'output (uso di un mezzo di trasporto) non si distingue per lo più dall'outcome (raggiungimento della meta) mentre in sanità la singola prestazione (per esempio, una TAC) è tutt'altra cosa rispetto all'insieme delle prestazioni necessarie per diagnosticare e curare una determinata patologia.

I tre livelli dei costi in sanità.



devono essere applicate in modo appropriato e personalizzato alla situazione specifica. Si pensi solo alla molteplicità e alla grossolanità di un sistema di classificazione come quello dei DRG, che si limita a identificare una fase specifica del percorso assistenziale, tanto che può ritenersi per lo più una prestazione complessa piuttosto che una classificazione di percorsi assistenziali completi.

Infine i costi di assicurazione sono funzione della distribuzione dei bisogni nella popolazione assistibile e non è così agevole, per non dire impossibile, classificare e quantificare la distribuzione dei bisogni in una specifica popolazione.

Tutto ciò spiega il perché in sanità, anche se si fosse capaci di definire cosa sono gli standard, sarebbe pressoché impossibile definire il fabbisogno come somma dei costi di produzione necessari per erogare i percorsi assistenziali necessari a soddisfare i bisogni della popolazione: questa operazione è del tutto utopistica e non sarebbe serio continuare a proporla ritenendola realizzabile.

Gli standard in sanità

Definito lo standard come modello di riferimento a cui ci si uniforma affinché sia ripetuto successivamente, si deve evidenziare come questo modello possa essere definito con criteri normativi o con criteri di normalità. Nel primo caso il modello è tale perché rispetta una norma, vuoi deontologica vuoi tecnologica, che definisce i contenuti del modello stesso; nel secondo invece il modello viene definito in base alla distribuzione dei comportamenti ad esso riferibili. Nel primo caso si dirà, ad esempio, che per produrre una certa prestazione ci vuole tanto di tempo macchina, tanto di beni di consumo, tanto di lavoro, etc. e queste affermazioni si basano su valutazioni di esperti; nel secondo caso invece si arriverà ad una conclusione dopo aver rilevato i costi effettivi sostenuti da vari operatori nella produzione della stessa prestazione e poi rispetto alla distribuzione si definirà lo standard come valore medio, come valore di un determinato percentile, o qualcosa del genere.

Vi è una terza modalità di definizione degli standard ed è quella dispositiva o programmatoria; in tal caso si preferisce sostituire al termine standard il termine target in quanto corrisponde all'obiettivo che il decisore pone rispetto ad un costo o ad una frequenza o ad una quantità. Il target è molte

È per questo che ragionando sui costi in sanità è utile distinguere almeno tre livelli di costi: il costo dell'output o costo di produzione, il costo dell'outcome o costo del percorso assistenziale ed il costo assicurativo, cioè l'insieme dei costi sanitari che ogni soggetto ha la probabilità di innesicare durante la durata di un esercizio economico.

E se questi sono i tre livelli di costi presenti in sanità, si deve osservare come le prestazioni siano pressoché infinite e non limitate come in altri settori quali i trasporti (costo per chilometri percorsi con autobus o con treno) o l'istruzione (costo per ora di lezione per livello scolastico), ed anche le condizioni di produzione diversificano più che in altri settori i costi di produzione.

I costi di erogazione, poi, sono i costi complessivi necessari per intervenire su uno specifico bisogno dell'assistito, e questi bisogni sono diversissimi e ciascuno di essi si presenta poi in forma diversa per intensità e tipicità. Può essere abbastanza facile definire le prestazioni necessarie per risolvere una cataratta in condizioni di assenza di complicazioni, ma certamente non è così facile dire cosa serve per un caso di tumore, per un diabete, per una psicosi, etc. In alcuni casi possono venire in aiuto le linee guida, ma anche queste poi

volte da preferire allo standard in quanto quest'ultimo avrebbe la pretesa di definire un valore 'giusto', mentre il target si limita a stabilire un valore 'opportuno' in funzione della realtà in cui si sta operando.

Ci sia permesso sottolineare comunque come spesso governare per standard evidenzi una debolezza programmatica rispetto all'alternativa del governare per obiettivi; è facile infatti che uno standard definito al di fuori di un contesto specifico non regga quando lo si cali in esso, mentre il governo per obiettivi procede da un'analisi della situazione e definisce i percorsi ed i risultati da ottenere.

Come determinare i 'costi standard di produzione'

Il concetto di 'costo standard di produzione' è legato al concetto di efficienza tecnica dell'unità produttiva. L'efficienza però non è l'unico fattore di variabilità dei costi, che dipendono anche da altri elementi spesso non agevoli da controllare e neppure da individuare. Se si fosse capaci di classificare le unità produttive non in base ai costi di produzione bensì ad altre caratteristiche inerenti la correttezza dei loro processi, allora si potrebbe definire che il costo standard è il costo di produzione che comprende almeno il 95% (o altra percentuale) delle unità che applicano processi efficienti (Figura 1).

Naturalmente così facendo si considera inefficiente il 5% delle unità efficienti, per le quali sono intervenuti altri fattori estranei all'efficienza che hanno fatto lievitare i costi. È altrettanto evidente dalla figura che può accadere che alcune unità inefficienti abbiano addirittura dei costi di produzione

Figura 1. Individuazione del costo standard di produzione per una specifica prestazione: unità efficienti e inefficienti.

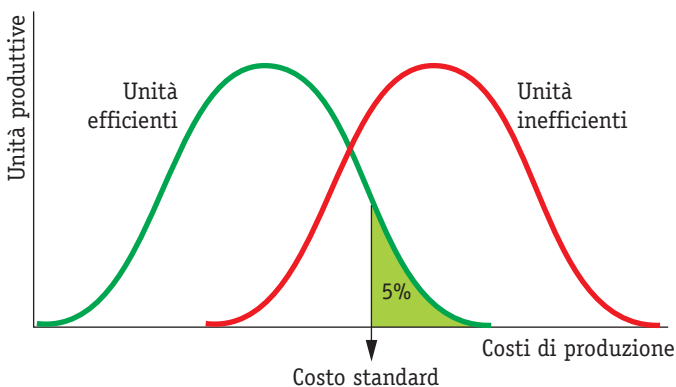


Figura 2. Individuazione del costo standard di produzione per una specifica prestazione: stima della proporzione tra unità efficienti e inefficienti.

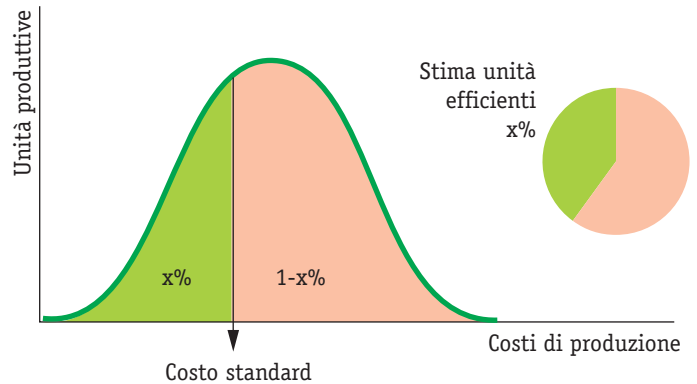
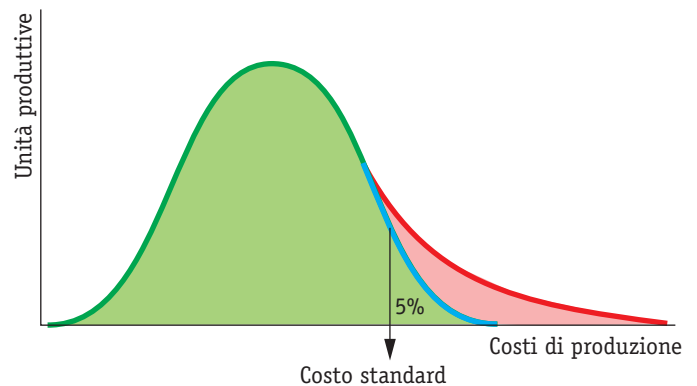


Figura 3. Individuazione del costo standard di produzione per una specifica prestazione: distribuzione dei costi.



inferiori al costo standard così definito: anche in tal caso vorrebbe dire che sono intervenuti altri fattori che hanno compensato sul piano dei costi l'inefficienza di queste unità. Va da sé che in tutto questo discorso si dà per scontato che l'oggetto della produzione sia il medesimo sia per tipologia, che per quantità che per qualità.

In mancanza di una possibilità di classificazione delle unità in efficienti e inefficienti, si potrebbe per lo meno fare una stima di quale proporzione esse siano ed utilizzare questa proporzione per individuare i costi standard stimati (Figura 2). Se invece non si può neppure fare una stima credibile della percentuale di unità efficienti, si potrebbe cercare di esaminare la distribuzione dei costi eliminando la coda dei costi più elevati (o eventualmente più bassi) e, ipotizzando che ci sia una variabilità 'normale' attorno alla media, individuare su questa ipotesi il 95% (o altra percentuale) dei soggetti in essa compresi (Figura 3).

Se poi non si conosce neppure la distribuzione dei costi nelle unità produttive, o in un campione affidabile di queste, ma si vuole a tutti i costi definire un costo standard di produzione, ci si può sempre affidare ad un panel di esperti o adottare altre metodologie per la condivisione delle decisioni.

A cosa possono servire i 'costi standard di produzione'

L'utilizzo più importante è sicuramente quello a livello di controllo di gestione; il responsabile di una unità produttiva dovrebbe sempre verificare se i propri costi di produzione siano compatibili con i costi standard o siano a questo superiori. Uno scostamento significativo dallo standard, anche come minor costo, dovrebbe essere sempre analizzato e spiegato; nel caso di costi maggiori per individuarne le cause al fine di poterle eventualmente evitare, nel caso di costi minori invece per capire se le ragioni della 'virtuosità' possano essere diffuse ad altre produzioni, ma anche per verificare che la qualità della produzione sia quella voluta e sia simile a quella cui si riferisce il costo standard.

A livello sovra-aziendale, ad esempio regionale, il costo standard di produzione potrebbe essere molto utile sia per valutare le performance aziendali sul versante dell'efficienza tecnica sia per decidere eventualmente se non sia necessario concentrare la produzione di prestazioni in alcuni punti qualora i costi siano più elevati a causa, ad esempio, di una subottimalità dell'ampiezza della produzione.

Le cause dell'inefficienza possono essere molteplici, alcune volontarie altre involontarie, ma di per sé non meno rilevanti delle prime. Tra le cause volontarie ci sono le distrazioni di beni o di denaro prodotte nelle forme più 'fantasiose'; talvolta sono piccole distrazioni consistenti in furti d'uso o nelle piccole creste fatte sugli acquisti, ma altre volte sono emerse anche operazioni in largo stile e non sempre facilmente individuabili perché ben studiate ed organizzate. Queste situazioni non si dovrebbero chiamare 'inefficienze', dato che non incidono sulle capacità tecniche, ma possono considerarsi tali se di fatto producono un peggioramento del rapporto tra produzione e costi; ed è tra queste che deve essere classificata anche l'inefficienza per volontaria riduzione della produzione. Questa può essere dovuta sia all'assenteismo 'classico', sia ad una volontaria riduzione dell'attività pur mantenendo la propria presenza, sia infine addirittura ad azioni di boicottaggio: tutte queste situazioni devono essere affrontate

con molta capacità gestionale affiancando controlli e sanzioni ad interventi motivanti e premianti.

Di altra natura sono le cause non volontarie dell'inefficienza, che possono derivare dalle incapacità degli operatori, dall'arretratezza dei processi produttivi, dall'obsolescenza degli impianti e delle attrezzature nonché da una errata organizzazione del lavoro. È evidente che non basta individuare una situazione di inefficienza, ma occorre anche individuarne le cause, e spesso ciò è possibile analizzando i dati analitici dei costi dei fattori produttivi impiegati nei processi produttivi, dati che però raramente sono disponibili a meno che si sia attivata una contabilità analitica avanzata e magari orientata alle attività specifiche.

A livello regionale e nazionale i costi standard possono risultare molto utili per determinare i valori tariffari delle prestazioni che non dovrebbero mai essere ad essi inferiori; si osservi però come siano rilevanti in questo caso le modalità con cui si sono individuati i costi standard: se, ad esempio, sono il valore che comprende il 95% dei costi delle unità produttive, allora significa che il 95% delle stesse avrà un utile incassando i valori tariffari e quindi se tutte le unità fossero efficienti le tariffe remunererebbero molto più dei costi di produzione. Sarebbe in tal caso allora molto meglio se i costi standard rappresentassero il costo medio di produzione delle unità efficienti, riconoscendo poi nelle tariffe un'eventuale maggiorazione qualora fosse presente un fattore strutturale di aumento dei costi, influente su tutte le prestazioni o su una parte rilevante delle stesse; per i fattori che incidono casualmente si può ritenere che la loro media sia nulla e quindi non comporti la necessità di un aumento del valore tariffario.

Come determinare gli 'standard di erogazione' ed i relativi 'costi standard di erogazione'

In questo caso la domanda è: "Cosa e quanto è giusto erogare per affrontare una determinata problematica di salute?" e se al cosa ed al quanto si associa il loro 'costo standard di produzione', si arriva a definire i 'costi standard di erogazione' relativi ad un determinato bisogno.

Se la variabilità dei costi dell'offerta, cioè delle produzioni e degli acquisti, è un elemento rilevante che deve essere controllato per intervenire sulle situazioni di inefficienza, la variabilità della domanda, cioè dei consumi relativi allo stesso

problema di salute, è un problema forse ancora maggiore e con un impatto economico più pesante ed è quindi indispensabile evidenziare e contrastare tutte le possibili cause di inappropriata.

Succede spesso che i manager, abituati a valutare positivamente nelle loro esperienze aziendali l'aumento della produzione e delle vendite, non colgano che in una realtà di tutela assicurativa com'è il nostro sistema sanitario pubblico, ogni consumo inutile è un aggravio netto della spesa. A dimostrazione di quanto appena detto basti osservare come in molti casi le direzioni generali delle ASL danno ai primari degli obiettivi quantitativi di produzione di prestazioni (per esempio, 'più di 3000 esami radiologici') per garantire il superamento del *break even point* senza però chiedersi se poi questi esami siano realmente necessari o servano solo a fingere una miglior efficienza dei reparti. Nel privato poi, che produce ma non ha a carico l'onere della erogazione delle prestazioni, è ancora più facile accada che, per aumentare i profitti, si aumenti la produzione e per assorbire quanto prodotto si inducano dei consumi anche inappropriati. Ma si può definire per ogni problema quale sia il trattamento appropriato e quali prestazioni debbano essere erogate? Questo è possibile solo parzialmente e difficilmente può avvenire estesamente in modo coercitivo; è difficile condizionare l'autonomia decisionale del clinico imponendogli dei comportamenti obbligatori. Ciò che è possibile fare è stilare 'linee guida' autorevoli e convincenti alle quali i clinici devono essere incentivati ad aderire; c'è da dire che anche nel pubblico possono innescarsi dinamiche molto simili a queste. Altri strumenti possono essere utilizzati come, ad esempio, l'obbligo da poco introdotto di specificare l'ipotesi diagnostica nelle prescrizioni specialistiche o ancora l'introduzione di strumenti di analisi della variabilità dei comportamenti dei medici o anche meccanismi come il *fundholding* che definiva un tetto di spesa nelle prescrizioni dei medici di base inglesi. Non c'è un sistema che risolva tutti i problemi di appropriatezza e probabilmente è possibile definire degli standard solo per una minima parte delle problematiche affrontate dai servizi sanitari. È certamente più efficace lavorare sulla preparazione e sulle motivazioni dei prescrittori e sulla consapevolezza degli assistiti a riguardo del fatto che una prestazione inappropriata costituisce per loro solo un rischio e spesso un danno e per il sistema uno sperpero che toglie risorse per erogare altre prestazioni appropriate. Come si può pensare di arrivare a definire il costo standard per

la cura di un diabete, di un tumore, di un infarto, etc.? Si possono certamente rilevare i costi sostenuti e, effettuando dove possibile un *risk adjustment*, evidenziare le differenze nei valori medi, differenze sulle quali sarebbe opportuno far riflettere i diversi decisori e prescrittori.

In conclusione si può ritenere che per alcune problematiche ben definite sia anche possibile arrivare a determinare un costo standard dell'erogazione di prestazioni, per altre è invece solo possibile produrre delle linee guida, per altri ancora ci si deve semplicemente affidare alle capacità ed onestà dei clinici cui sono affidate le decisioni da prendersi.

A cosa possono servire gli 'standard di erogazione' ed i relativi 'costi standard di erogazione'

Si stima che da un 10% ad un 30% delle attività sanitarie l'appropriatezza sia discutibile e quindi costituisca nel migliore dei casi uno spreco di risorse e nel peggiore un pericolo per gli utenti; ed allora devono essere intraprese delle azioni per raggiungere maggiori livelli di appropriatezza agendo sui fattori che la determinano.

Innanzitutto devono essere maggiormente controllate le situazioni in cui possono innescarsi effetti perversi di interessi privati, economici o di potere, valutando almeno a campione la correttezza delle prescrizioni che inducono, ad esempio, profitti particolari; il comparaggio è un classico esempio di inappropriata dolosa, e non è presente, ovviamente, solo in campo farmaceutico. Altri comportamenti potenzialmente dolosi possono essere individuati, quali ad esempio i parti cesarei del venerdì, la sovrapprescrizione di esami diagnostici indirizzata verso uno specifico erogatore, la provenienza di pazienti chirurgici da aree lontane puntuali, etc.

Normalmente questi fenomeni vengono drasticamente abbattuti dalla sola notizia che l'amministrazione sta eseguendo controlli; per questa ragione è importante avviare azioni dandone il massimo risalto informativo senza peraltro pretendere di valutarne l'efficacia attraverso la frequenza degli illeciti riscontrati; l'efficacia di queste azioni può essere evidenziata nella riduzione percentuale di prestazioni a rischio di inappropriata.

Ci sono poi cause colpose che creano ancor più inappropriata e che devono essere contrastate con ancora più energia, a partire dalla prima di queste che è l'ignoranza. L'arretratezza culturale di molti operatori è purtroppo una

realtà conosciuta; le Aziende Sanitarie e le Regioni devono cercare di favorire al massimo le azioni di aggiornamento e tra queste quelle che consistono nella discussione delle decisioni cliniche ed organizzative come risultano dai dati oggi sempre più a disposizione. Sarebbe fondamentale riuscire a portare i medici di medicina generale a discutere tra di loro e con gli ospedalieri sulla correttezza di certe prescrizioni; e naturalmente vi è inapproprietezza su quanto prescritto in modo non corretto, ma anche in quanto non prescritto quando invece lo doveva essere.

Un'altra fonte di inapproprietezza è il 'difensivismo', cioè tutte le prescrizioni fatte dagli operatori per non incorrere in 'grane' legali o anche semplicemente professionali. Si stima che il difensivismo sia la ragione del 10% della spesa sanitaria! Gli amministratori devono cercare di contenere il fenomeno allargando la protezione dei singoli operatori e stabilendo, dove si può, procedure prestabilite il cui rispetto annulli eventuali responsabilità individuali. La responsabilità penale ovviamente non può essere annullata, ma l'operatore si deve sentire protetto dalla sua istituzione se ha agito con scienza e coscienza. Più le procedure sono definite, meno rischi assume chi ne rispetta le indicazioni, per cui non incorrerà in tentazioni difensivistiche.

L'inerzia dei comportamenti è un'altra causa molto frequente di inapproprietezza: si "fa così" perché si "è sempre fatto così". La mancanza di revisione dei comportamenti operativi porta all'instaurarsi di prassi inutili e costose, ma che a loro volta possono assumere, seppur falsamente, valore di riferimento per cui, paradossalmente, diventa colpevole chi invece si astiene dall'eseguirle ritenendole appunto inappropriate. Molto spesso i giovani operatori, freschi di formazione, individuano queste inappropriatezze al loro inserimento nei posti di lavoro, ma poi, se non sorretti dai dirigenti, finiscono anch'essi per adeguarvisi. Dovrebbero essere introdotti incentivi per coloro che fanno emergere queste evidenze di pratiche inappropriate in modo che le unità operative ne possano discutere e, se del caso, far cambiare i comportamenti.

Anche la compiacenza dei pazienti molto spesso è una causa di inappropriatezza: spesso si giustificano certi comportamenti dicendo "lo vogliono i malati". Per ridurre questo aspetto si è ad esempio pensato di introdurre dei ticket, ma le valutazioni hanno mostrato come raramente il ticket 'modesto' inverta gli stimoli all'inappropriatezza. Sarebbe allora molto più importante aumentare la consapevolezza dei pazienti

sull'inutilità e sulla dannosità di certe terapie a loro non indicate. Dall'altra parte dovrebbe essere reso più stringente il vincolo prescrittivo obbligando il medico a segnalare per esteso l'ipotesi diagnostica terapeutica che ha portato ad effettuare quella determinata prescrizione. Controlli più frequenti dovrebbero anche evidenziare gli atteggiamenti prescrittivi scorretti spesso delegati al personale ausiliario. Infine la superficialità crea anch'essa molta inapproprietezza: l'esigenza di "smaltire l'attività" porta spesso a decisioni affrettate ed inutili, ma per l'operatore "più convenienti" per la gestione del suo tempo. L'unico modo per evitare questa superficialità sarebbe quella di renderla potenzialmente costosa attribuendo al prescrittore alcuni oneri per decisioni non appropriate. È difficile però ipotizzare indagini puntuali su singoli atti; più facile creare degli indicatori che evidenzino la probabilità di prescrizioni inappropriate. La sola evidenza di questi indicatori produrrebbe certamente un 'costo etico-deontologico' per gli operatori che ridurrebbero almeno parzialmente la loro superficialità.

Come si è detto, per combattere i costi eccessivi dovuti all'inapproprietezza non sembra che la soluzione principale sia quella di definire degli 'standard' proprio a causa della difficoltà, potremmo dire quasi per l'impossibilità, di questa operazione; se però è difficile costruire degli 'standard', è d'altra parte sicuramente possibile stabilire dei 'target', cioè degli obiettivi che chi ha la responsabilità del governo della sanità può fissare come soglia dei comportamenti ritenuti al momento compatibili con un livello accettabile di appropriatezza. Nulla vieta poi che a questi target sia associato un costo standard o meglio un costo massimo che, se superato, potrebbe portare alla necessità di una giustificazione di natura clinico-assistenziale.

È in definitiva evidente che i costi standard di erogazione possono servire come strumento di valutazione dell'appropriatezza degli interventi, ma risulta difficile ipotizzare che possano essere utilizzati per quantificare i fabbisogni della popolazione, per i quali si devono seguire altre vie come qui di seguito discusso.

A cosa possono servire i 'costi standard assicurativi o di tutela'

Quale via seguirebbe un assicuratore privato per definire il premio di una assicurazione delle spese sanitarie? Cercherebbe

di stabilire qual è la spesa che ci si può attendere che sosterrà il cliente in relazione alle sue condizioni di rischio e questo valore può essere desunto solo dai valori, ad esempio medi, della spesa sostenuta nei periodi precedenti da soggetti con dei fattori di rischio omogenei con quelli del cliente stesso. Questo valore può essere definito come 'costo standard assicurativo' o, se si preferisce, come 'fabbisogno standard' di un individuo; la somma dei fabbisogni standard di tutti gli individui di una popolazione costituisce il fabbisogno standard della popolazione.

È chiaro che così determinato il fabbisogno standard di una popolazione nel suo valore globale non potrà essere definito senza considerare anche quella che è stata sino ad allora la spesa storica sostenuta dalla popolazione stessa nei periodi precedenti, ma questa dovrà essere approfonditamente analizzata e valutata. Nel caso di un sistema pubblico però questo valore varia in funzione soprattutto del PIL: varia innanzitutto in valore assoluto al crescere del valore assoluto del PIL, ma si modifica poi anche in valore proporzionale. La logica economica porta a dire che, dopo aver definito l'ammontare del gettito fiscale e quindi della spesa pubblica compatibile con le linee di politica economica di un governo, l'assegnazione delle risorse ai diversi settori dell'amministrazione segue implicitamente la tendenza a rendere pari le utilità marginali delle assegnazioni ai diversi settori. Il sistema quindi è in equilibrio quando, venendo disponibile una piccola somma di denaro in più, l'utilità che deriverebbe ai diversi settori di vedersela assegnare è per tutti la medesima.

Se invece per un settore l'utilità marginale fosse superiore, i responsabili del settore ed i cittadini che usufruiscono dei servizi di quel settore faranno maggiori pressioni dei dirigenti e degli utenti degli altri settori per ottenere una maggiore assegnazione.

Ciò significa che se la sanità oggi usufruisce all'incirca dell'11% della spesa pubblica, l'istruzione del 9% e la difesa del 3,5% etc. e questi settori non "litigano" tra di loro ed i cittadini non reclamano più soldi per la sanità e meno per l'istruzione, ma semmai reclamano... più soldi in ugual misura per tutto, allora significa che, pressappoco, il sistema di assegnazione delle risorse ai diversi settori è in equilibrio. Questo valore è la variabile indipendente; la spesa sanitaria reale invece necessariamente diventa la variabile dipendente che deve adeguarsi alla cifra globale resa disponibile. Per la sanità, ancor più che per altri settori, non c'è una spesa

standard 'giusta'. Se a livello internazionale gli USA superano il 15% del PIL e alcuni Paesi africani spendono per la sanità poco più dell'1%, ciò significa che non c'è un valore 'giusto', ma solo un valore 'compatibile' con le altre esigenze del Paese in funzione delle utilità percepite.

Come determinare i 'costi standard assicurativi o di tutela'

Definire i LEA come 'essenziali' è in effetti un'operazione scorretta; come si potrebbe dire oggi in Italia che le cure odontoiatriche non sono essenziali? Eppure per lo più non vengono comprese, se non marginalmente, nei LEA! La legge che ha definito in sanità i LEA, ha precisato che devono rispettare tre criteri: efficienza, efficacia e compatibilità economica. Questi sono i LEA, cioè i livelli assistenziali compatibili economicamente con la situazione del Paese. Questi sono i motivi per cui non è assolutamente possibile definire il fabbisogno standard globale per la sanità, ma è solo possibile definire il fabbisogno sanitario compatibile con le risorse disponibili. Non a caso nel gioco politico le Regioni continuano a chiedere risorse in più ed il governo risponde affermando che intende diminuire le risorse... è esattamente questo il gioco che permette di trovare il livello di utilità compatibile con le risorse economiche disponibili.

Una volta definito il fabbisogno compatibile globale (che, se vogliamo, possiamo chiamare 'standard', ma standard non è in quanto è principalmente funzione del PIL) allora è possibile cercare di definire quali sono i fabbisogni individuali standard dei diversi gruppi omogenei per probabilità di essere soggetti di spesa.

Ed allora non interessa tanto sapere quanto è il fabbisogno assoluto dell'anziano o del giovane, ma occorre conoscere quali sono i loro fabbisogni relativi da determinare in funzione dei rischi di cui sono portatori. E come si può arrivare a determinare questi fabbisogni? Non c'è altra via che quella di rilevare quanto hanno mediamente consumato i soggetti appartenenti agli stessi gruppi 'iso-bisogni'.

Sperimentalmente si arriva a dimostrare che se un anziano di 80 anni spende all'incirca dieci volte un giovane di 15 anni, questo è vero sia in una realtà economicamente 'virtuosa' che in una realtà dove invece si osservano delle inefficienze e delle inapproprietezze.

Questa regola sperimentale, sempre verificata sui dati di spesa

dei gruppi iso-bisogni delle differenti Regioni, comporta l'inutilità di arrivare a definire le Regioni 'virtuose' da prendere a modello per calcolare questi pesi reciproci: sia in Lombardia che nel Lazio che in Calabria un anziano spende circa 10 volte più del giovane. Ed allora la soluzione migliore è quella di calcolare questi pesi sulla globalità della popolazione nazionale ed arrivare a definire dei 'fabbisogni standard relativi' per ciascun soggetto dei diversi gruppi classificati come portatori di ugual livello di bisogno.

Il valore assoluto di questi fabbisogni individuali si ottiene rapportando al fabbisogno stabilito a livello governativo la somma dei pesi proporzionali di tutti gli abitanti; in questo modo ad ogni soggetto verrà assegnata una somma proporzionale al suo fabbisogno standard relativo. Il fabbisogno standard di una Regione è allora la somma dei fabbisogni individuali dei suoi abitanti così definito: e questa non può certo chiamarsi spesa storica bensì spesa compatibile determinata sui fabbisogni standard relativi precedentemente evidenziati.

Ma questo percorso, come dovrebbe risultare ormai chiaro, porta al tema del riparto delle risorse tra le Regioni: chi scrive ritiene infatti che sia questo il contesto in cui deve essere affrontato il problema dei costi standard.

Si consideri che il risultato di gestione di una azienda è la differenza tra il valore della produzione ed i costi sostenuti; nelle aziende commerciali il valore della produzione è definito dalle vendite, mentre nelle ASL questo è definito dal finanziamento ricevuto dalla Regione come parte del finanziamento ad essa assegnato a livello nazionale.

Ne consegue che il disavanzo si origina da una spesa sanitaria superiore al finanziamento ottenuto e questo può accadere sia perché la spesa è stata eccessiva rispetto alla compatibilità programmata, ma anche perché il finanziamento non era del tutto adeguato. Per questa ragione è essenziale che oggi si ripartiscano in maniera giusta ed equa le risorse disponibili per la sanità nazionale e che si arrivi quindi a determinare i 'costi assicurativi', cioè il 'fabbisogno economico', ma non si pensi, utopicamente ma irrealmente, di poterlo fare analizzando i singoli costi di produzione ed i singoli costi di erogazione, molto utili ma solo ai fini dei controlli di gestione.

Cesare Cislighi

Università di Milano e Agenas

Alcune 'voci' che hanno parlato negli ultimi tempi di costi standard in sanità, senza ovviamente la pretesa di riportarle tutte, e neppure le più importanti, ma solo alcune a titolo esemplificativo

Ancona F, Caratteristiche e configurazione dei costi nel settore sanitario, <http://www.renalgate.it/COSTI/ancona.htm>

Bertolissi M, Sala G, Fracanzani M, Tra federalismo sanitario e costo standard, <http://www.cimoasmd.it/documenti/approfondimenti/614.PDF>

Compagno G, Il federalismo fiscale e uno dei suoi strumenti: il costo storico, <http://www.pierferdinandocasini.it/2010/05/03/il-federalismo-fiscale-e-uno-dei-suoi-strumenti-il-costo-storico/>

Crupi D, Lagostena A, Pasdera A, Costi standard ricoveri. Manuale per elaborare ed utilizzare in un'ottica strategica gli indicatori gestionali relativi alla degenza ospedaliera, Franco Angeli Editore, Milano 2008.

De Vincenti C, LEA e costi standard: come uscire dalla nebulosa, http://www.nelmerito.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=516

Fassari C, Costi standard in sanità. Sì, ma come?, http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=1009&cat_1=3&cat_2=0&tipo=articolo

Jorio E, Il federalismo fiscale verso i costi standard, <http://www.federalismi.it/ApiMostraDoc.cfm?content=IL+federalismo+fisc+ale+verso+i+costi+standard+stato+++dottrina+++&artid=16385>

Mania R, Sanità, rivoluzione nelle spese livelli standard per tutte le Regioni, http://www.repubblica.it/economia/2010/07/01/news/sanit_spese_regio_ni-5294028/

Mapelli V, Equivoci da costi standard, <http://www.lavoce.it>, 28.11.2008

Mapelli V, Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni, *Politiche sanitarie* 2007; 8: 1-18

Muraro G, Alla ricerca del costo standard, <http://www.lavoce.info/articoli/pagina100674.html>

Palestini A, Costi standard nella sanità del federalismo, <http://management-ita.blogspot.com/2009/11/costi-standard-nella-sanita-del.html>

Polillo R, Il bluff dei costi standard in sanità, http://www.lavorosolidarieta.it/index.php?option=com_content&view=article&id=129:il-bluff-dei-costi-standard-in-sanita&catid=39:sanita&Itemid=2

Polillo R, Costi standard in sanità: 4,3 miliardi di euro di risparmi per il CERM, http://www.lavorosolidarieta.it/index.php?option=com_content&view=article&id=140:costi-standard-in-sanita-43-miliardi-di-di-risparmi-per-il-cerm&catid=39:sanita&Itemid=2

Ricolfi L, Federalismo col trucco, http://newrassegna.camera.it/chiosco_new/pagweb/immagineFrame.asp?comeFrom=search¤tArticle=JKEEE

Rosano L, Molto lontana dai costi standard, <http://quotidianodisicilia.it/index.php?id=2774>

Scheggi M, Costi standard e livelli essenziali di assistenza, <http://www.health-management.it/CSLEA.pdf>

Tardiola A, Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare, http://www.astrid-online.it/il-sistema1/Studi-e-ri/A_Tardiola_Il-ruolo-del-costo-standard_ott08.pdf

Turno R, Per la sanità costi standard in due puntate, *ILSole24Ore*, 1 maggio 2010, <http://www.sanita.ilssole24ore.com/PrimoPiano/Detail/1319137>

Wikipedia, Costo standard, http://it.wikipedia.org/wiki/Costo_standard