

Costi standard. Tutti i perché di un “flop” annunciato

Parliamo infatti di un sistema che è la sommatoria di costi standard su costi standard ovvero medie su medie. Non viene determinata una sicura e valida metodologia, i parametri risultano limitati e non omogenei e viene trascurata completamente la realtà del territorio



03 SET - La schedulazione del costo sanitario dovrebbe comprendere tutte le voci di spesa che hanno contribuito direttamente o indirettamente al costo complessivo del servizio prodotto. Questa era ed è la logica dell'applicazione dei DRGs.

La stessa logica prevedeva che le diverse patologie fossero raggruppate in tipologie di attività che avevano in comune lo stesso consumo di risorse economiche (isocosti).

Naturalmente la riforma sanitaria intrapresa nel 1994 prevedeva che la contabilità generale fosse affiancata ed integrata dalla contabilità analitica che poteva, in modo inequivocabile, determinare i consumatori di risorse economiche e di attività di supporto, ed individuare allo stesso tempo, i percettori del reddito produttivo.

Pertanto, partendo da tali presupposti, il costo sanitario per la cura di patologie non è

formato esclusivamente dall'attività del core-business (costo primo) ma dalla più complesse attività di supporto sanitario, tecnico e logistico

Se volessimo comparare il costo industriale con quello del servizio sanitario dei Cd.r. o C.d.c. potremmo individuare il costo primo o core-business formato da M.O.D diretta, beni di consumo sanitario, ammortamenti ed altri costi diretti ben individuabili mentre il costo tecnico sanitario è formato dalla diagnostica, servizio trasfusionale prestazioni specialistiche, camera operatoria centrale, manutenzione, servizi alberghieri

Ulteriori costi indiretti riguardano la logistica (provveditorato, economato, magazzini di rifornimento, trasporti interni ed esterni) ed i costi direzionali, CED, servizio qualità, imposte e tasse.

La sommatoria di tali attività complessive determina il costo pieno o full-cost

La diversa allocazione percentuali dei costi per attività di supporto sul full-cost varia, in relazione territoriale e va dal un 40 al 60%.

Secondo la logica dei padri fondatori della contabilità analitica Irving&Kapland solamente individuando i driver-cost è possibile determinare e ribaltare i costi indiretti (fissi e variabili) per le attività produttive.

Ma la speditività regionale italiana ha determinato detti parametri?

I manager ospedalieri sanno qual è il costo di processo di un ordine emesso dal provveditorato, sanno il costo delle righe processate per richieste dai magazzini, sanno quanto costa trasportare un pallets standard, sanno quanto costa un'ora di occupazione lavorativa di una camera operatoria, sanno quanto costa un metro quadro di sanificazione ambientale?

Dalle notizie in mio possesso risulta (fatte alcune eccezioni) che le amministrazioni ospedaliere utilizzino dei costi standard per quantificare le loro attività di supporto.

Rileggendo l'articolo del Prof. Ivan Cavicchi pubblicato da questo quotidiano "[Costi standard o cura di Stato](#)" ritengo, del tutto legittima, la sua perplessità sulla funzionalità di detto parametro tecnico, quale unico strumento per determinare efficienza nelle aziende ospedaliere.

Parliamo di un sistema che è la sommatoria di costi standard su costi standard ovvero medie su medie, non viene determinata una sicura e valida metodologia, i parametri risultano limitati e non omogenei, viene trascurata completamente la realtà del territorio.

Perché non utilizzare il nuovo che, nel campo sanitario, viene proposto dal centro-nord Europa o dai paesi anglosassoni. La metrica di valutazione e nuove modellazione dei processi?

Ha ragione Cavicchi quando parla di benchmarking comparativo e di cruscotto di parametri.

Perché non utilizzare i valori degli input produttivi (divisi per macro aree di spesa) e trasformarli in coefficienti tecnici di produzione? Tale sistema renderebbe omogeneo il raffronto e potrebbe essere trasformato in uno strumento di programmazione complessiva. della produzione.

Altrimenti perché non utilizzare un'altra metrica che parte dai ricavi prodotti DRGs, suddivisi per coefficienti di gravità che potrebbe, insieme ad alcuni parametri (n. pazienti, punti DRGs prodotti, costo paziente), determinare un parametro unico (Costo medio x punto di gravità) che può rappresentare sia l'efficienza, sia la produttività aziendale ?

Mauro Quattrone

Consulente direzionale forecasts & planning management