

FrancoAngeli

IL GOVERNO AZIENDALE TRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE

**a cura di
Luciano Marchi
Rosa Lombardi
Luca Anselmi**



**Società Italiana di Ragioneria
e di Economia Aziendale**

La collana *Sistemi Informativi, Management e Controllo* accoglie monografie scientifiche che studiano i sistemi informativi nei diversi ambiti dell'economia d'azienda. L'attenzione è sulle interconnessioni tra l'information and communication technology, i processi informativi, la gestione, l'organizzazione e il controllo d'azienda. La collana intende essere un punto di riferimento per la comunità italiana di studiosi e ricercatori che indagano la modellizzazione, i comportamenti, le opportunità, le implicazioni e gli impatti nell'implementazione e nell'utilizzo della tecnologia per la gestione delle informazioni a supporto dei processi di pianificazione, di decisione, di gestione e di controllo nelle diverse aree aziendali (governo e strategia, amministrazione finanza e controllo, auditing e compliance, marketing e commerciale, produzione e approvvigionamenti, organizzazione, ricerca e sviluppo, logistica, ecc.), nei diversi settori economici, nei diversi sistemi (aziende private, pubbliche, di servizi, di produzione, non profit, ecc.), sottosistemi (commesse, progetti, business unit, rami d'azienda, ecc.) e aggregati aziendali (accordi e alleanze, reti d'azienda, gruppi, ecc.).

Sono inoltre di interesse della collana i lavori di ricerca che propongono un'analisi:

- dei riflessi delle ICT sui modelli di business e sul rapporto azienda-ambiente;
- della misurazione, valutazione e comunicazione dell'impatto dell'implementazione e dell'uso della tecnologia per la gestione e il controllo di attività e processi;
- delle implicazioni della tecnologia sui ruoli e sulle competenze dei diversi attori aziendali, sui modelli decisionali, sugli strumenti utilizzati.

La collana intende essere un'opportunità di divulgazione, nel rispetto dei criteri di double blind peer reviewing, di lavori scientifici monografici e di contributi di conferenze scientifiche di alto livello, basati su differenti metodologie di ricerca, di tipo teorico o empirico.

Direttore: Daniela Mancini (Università di Napoli Parthenope)

Co-Direttori: Nicola Castellano (Università di Macerata), Katia Corsi (Università di Sassari), Paolo Spagnoletti (LUISS)

Comitato editoriale: Federico Barnabè (Università di Siena); Francesco Bellini (UniNettuno), Enrico Bracci (Università di Ferrara); Adele Caldarelli (Università di Napoli Federico II); Andrea Cardoni (Università di Perugia); Francesca Cesaroni (Università di Urbino); Maria Serena Chiucchi (Università di Ancona); Mariano Corso (Politecnico di Milano); Francesca Culasso (Università di Torino); Daniele Dalli (Università di Pisa); Paola Dameri (Università di Genova); Fabrizio D'Ascenzo (Università di Roma La Sapienza); Marco De Marco (UniNettuno); Giuseppe D'Onza (Università di Pisa); Andrea Fradeani (Università di Macerata); Michele Galeotti (Università di Roma La Sapienza); Lucia Giovanelli (Università di Sassari); Giuseppina Iacoviello (Università di Pisa); Stefano Garzella (Università di Napoli Parthenope); Arianna Lazzini (Università di Modena); Rosa Lombardi (Università di Roma La Sapienza); Maria Pia Maraghini (Università di Siena); Luciano Marchi (Università di Pisa); Concetta Metallo (Università di Napoli Parthenope); Rosalba Miraglia (Università di Catania); Antonella Paolini (Università di Macerata); Luisa Pulejo (Università di Messina); Cecilia Rossignoli (Università di Verona); Alessandro Spano (Università di Cagliari); Enrico Supino (Università di Bologna).

Membri internazionali: Elisabetta Magnaghi (Université Catholique de Lille, Lille, France), Lapo Mola (Skema Business School, Sophia Antinopolis, France), Joshua Onome Imoniana (University of São Paulo, São Paulo, Brasil), Enrique Bonson (University of Huelva, Spain).



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

IL GOVERNO AZIENDALE TRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE

**a cura di
Luciano Marchi
Rosa Lombardi
Luca Anselmi**



**Società Italiana di Ragioneria
e di Economia Aziendale**

FrancoAngeli

Copyright © 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia*
(CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

SOMMARIO

LUCA ANSELMINI Introduzione	p.	5
PINA PUNTILLO, FRANCO ERNESTO RUBINO Governance variables and equity in Italian health care system. Some critical considerations	»	7
SABRINA GIGLI, FEDERICA BANDINI Le case della salute all'interno dei nuclei di cure primarie: effi- cacia del processo di cambiamento organizzativo	»	31
MARCO PAPA, SABRINA SPALLINI L'impiego dei costi standard per la valutazione delle prestazioni ospedaliere: alcune riflessioni sulle percezioni dei medici	»	41
FRANCESCA LECCI, EMANUELE VENDRAMINI Trends and tools for performance measurement in the healthcare sector	»	55
CRISTIANA CATTANEO, GAIA BASSANI Il processo di budget e l'interiorizzazione dei valori: il caso di un ospedale italiano	»	63
FABIO AMATUCCI, ANNA MARIA PASCALE L'evoluzione del project financing da "all inclusive" a "light": analisi empirica nel contesto italiano		79
ANTONIO FUSCO, GRAZIA DICUONZO, VITTORIO DELL'ATTI La gestione del rischio clinico in Italia: l'analisi di un case study		97
LAURA MARIANI, MARCO TIEGHI Making performance measurement effective: from knaves to knights through the managerial approach		119

L'IMPIEGO DEI COSTI STANDARD PER LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE: ALCUNE RIFLESSIONI SULLE PERCEZIONI DEI MEDICI

Marco Papa, Sabrina Spallini¹

1. Introduzione

Nell'ultimo ventennio a cominciare dagli Stati Uniti e in seguito in tutti i paesi europei è stato introdotto il sistema di rimborso a tariffa delle aziende ospedaliere, sulla base dei *Diagnosis Related Groups* (DRG) (Schreyögg, Stargardt, Tiemann & Busse, 2006; Busse, Geissler & Quentin, 2011). Tale sistema, adottato al fine di porre un freno alla spesa sanitaria e accrescerne l'efficienza, ha sostituito il precedente basato sulla copertura totale delle spese sanitarie sostenute (Busse, Schreyögg, & Smith, 2006).

I DRG prevedono l'adozione di un sistema di classificazione delle malattie e delle procedure diagnostiche in gruppi di pazienti clinicamente significativi e omogenei dal punto di vista delle risorse assorbite (gruppi iso-risorse), allo scopo di attribuire un valore economico standard ai diversi episodi di ricovero.

Nei vari Paesi Europei, che hanno adeguato alle logiche dei DRG il finanziamento delle aziende ospedaliere, esistono divergenze nelle modalità di calcolo delle tariffe (Schreyo, Stargardt, Tiemann, & Busse, 2006). Regole prettamente aziendali, basate sul *full costing*, si combinano a tecniche statistiche per il calcolo di costi medi con basi spaziali più o meno ampie (Chapman, Kern, & Laguecir, 2014).

In Italia la determinazione delle tariffe di rimborso avviene a livello centrale, fatta salva poi l'autonomia delle singole regioni che possono procedere ad una loro autonoma determinazione e/o revisione.

Nonostante le numerose critiche rilevate a questa modalità di rimborso delle prestazioni ospedaliere, la letteratura è concorde nel ritenerla l'unica pratica possibile nell'attuale panorama sanitario nazionale e internazionale (Fortino, 2007; Braga, 2007; Ancona, 2010).

Il meccanismo di determinazione delle tariffe va, comunque, perfezionato (Fattore & Torbica, 2006), così come i tempi di revisione andrebbero reconsiderati nell'ottica dell'innovazione tecnologica che determina una continua

¹ Università degli Studi Bari Aldo Moro.

modifica nella composizione dei costi delle prestazioni sanitarie (Nannei, 2007).

L'introduzione dei DRG ha sottoposto il sistema sanitario a una valutazione economica delle singole attività che sono alla base delle prestazioni sanitarie, mettendo a disposizione di professionisti e *manager* un linguaggio univoco ed un nuovo strumento di valutazione unificato e riconosciuto (Ancona, 2010).

A seguito di questo cambiamento si è resa necessaria una riorganizzazione del *management* delle aziende ospedaliere che erogano le prestazioni sanitarie, rendendo opportuna l'introduzione di sistemi di controllo dei costi, che devono comunque trovare una remunerazione mediante il sistema di rimborso per DRG (Salvatore, Boscolo, Tarricone, 2013).

Il finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base dei DRG impone la necessità di fare riferimento a costi *standard*, determinati secondo procedure e linee guide riconosciute dalla comunità scientifica a livello internazionale.

La determinazione di un costo *standard* di riferimento è, infatti, un elemento imprescindibile, sia a livello di SSN, per determinare l'ammontare del rimborso per singola prestazione erogata (DRG), sia a livello delle singole aziende ospedaliere per misurare i costi dei servizi offerti, con la finalità di monitorarne i livelli di efficienza (Kaplan & Anderson, 2014).

Per individuare il costo standard di una prestazione medica è necessario fissare delle linee guida con una duplice finalità. Da un lato occorre definire il sistema di determinazione dei costi, per rilevare le risorse assorbite, dall'altro occorre definire i protocolli medici, per stabilire il percorso diagnostico/terapeutico. In tal modo si garantisce una migliore qualità della prestazione evitando sprechi di risorse (Crupi, Lagostena, Pasdera, 2008).

Il processo d'individuazione, quantificazione e utilizzo del costo standard come strumento per la gestione delle aziende sanitarie investe, quindi, due livelli di competenza, quello amministrativo/contabile e quello clinico/medico, di cui è necessario cogliere le specificità e le interconnessioni secondo un determinato schema logico (Chapman, Kern & Laguecir, 2014).

Solo l'integrazione delle competenze manageriali con quelle cliniche, può garantire il successo di un sistema di controllo della spesa basato sui costi standard (Campanale, Cinquini, Tenucci, 2014), ovvero coniugare l'efficienza aziendale con il diritto alla salute del paziente.

Nella realtà operativa, invece, i due ambiti sono spesso percepiti dai medici come antitetici e divergenti (Oddo, 2001). Le opposizioni possono trarre origine da motivazioni di natura etica o professionale o semplicemente dalla mancanza di conoscenza della materia (Thibadoux, Scheidt, & Luckey, 2007).

D'altra parte, è evidente che i medici svolgono un ruolo fondamentale perché l'azienda possa ridurre i costi di produzione, senza compromettere la qualità dei servizi.

Nonostante la rilevanza dell'aspetto clinico, la letteratura economico-aziendale non ha approfondito quali criticità e preoccupazioni sono avvertite dai medici rispetto all'implementazione di un sistema di costi *standard* nell'ambito delle strutture di appartenenza.

L'obiettivo di questa ricerca è di fornire delle evidenze empiriche: i) sul grado di conoscenza da parte dei medici delle modalità di calcolo e determinazione dei DRG, e ii) sulla loro percezione dei benefici e dei limiti derivanti dall'utilizzo dei costi *standard*, sia come sistema di controllo, per rispettare i limiti delle tariffe stabilite dai DRG, sia come strumento manageriale per il monitoraggio e la valutazione dell'attività dei singoli operatori.

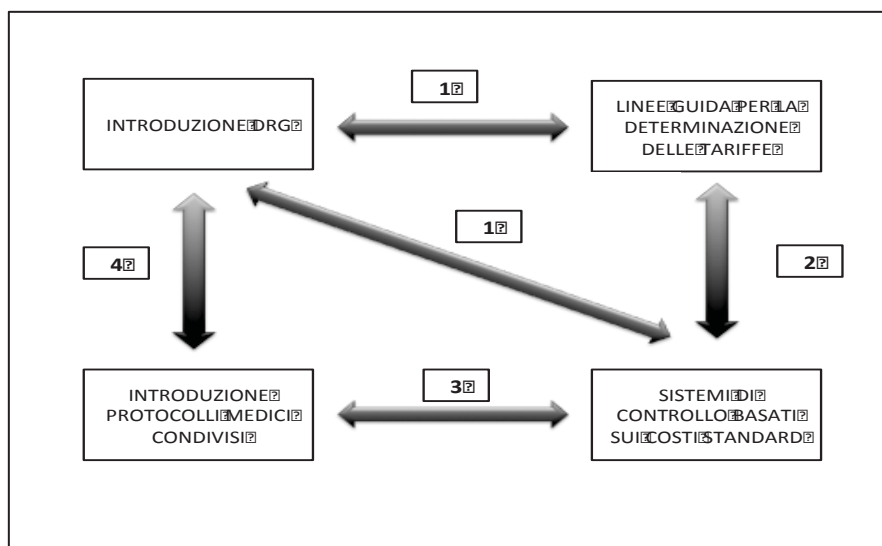
2. Campione e metodologia della ricerca

La ricerca è stata condotta attraverso un questionario rivolto al personale medico delle aziende ospedaliere operanti nella Regione Puglia. La scelta di operare su ambito regionale è motivata dall'autonomia di ogni Regione nelle politiche sanitarie e nella determinazione delle tariffe per DRG. Infatti, sono le stesse regioni che stabiliscono le tariffe di rimborso attraverso: i) propri sistemi di rilevazione dei costi delle strutture ospedaliere o ii) avvalendosi di quanto stabilito a livello ministeriale.

Allo stato attuale il questionario è stato consegnato, durante i mesi di giugno e luglio 2016, al personale medico ospedaliero della provincia di Bari. I questionari completati sono 81 pari al 3% del totale dei medici ospedalieri operanti nella ASL di Bari (2.615).

Le domande del questionario sono state predisposte considerando il *framework* proposto da Chapman et al. (2014) che, in una veste sistematica, evidenzia le interconnessioni tra i DRG, le linee guida per la determinazione delle tariffe, i sistemi di controllo dei costi e i protocolli medici. Secondo questo modello (Fig. 1):

Fig. 1: Relazioni tra DRG, Costing Guidance, sistemi di controllo dei costi, protocolli medici. Adattato da Chapman et al. (2014).



1. le tariffe per DRG devono essere determinate in base a specifiche *costing guidance*;
2. la singola azienda ospedaliera deve implementare un sistema di controllo basato su costi *standard* di riferimento, per il monitoraggio delle condizioni di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate;
3. il costo *standard* deve essere determinato in base alle risorse assorbite nell'erogazione della prestazione sanitaria, seguendo dei protocolli medici condivisi;
4. i protocolli medici condivisi sono un elemento essenziale per l'individuazione e determinazione dei DRG.

Inoltre, nello sviluppo delle singole domande si è tenuto conto delle principali criticità ravvisate in letteratura sul funzionamento di sistemi di controllo della spesa nelle aziende ospedaliere, divenuti operativi a seguito dell'introduzione dei rimborsi per DRG (Scarparo, 2006; Donzelli, 2004; Forsberg, Axelsson & Arnetz, 2002; Thribadoux, Sheidt & Luckey, 2007; Chapman et al. 2014; Davis, Davis, & Schmelze, 2013; Nannei, 2007). In particolare, il questionario utilizzato si articola su quattro gruppi di domande.

- i. il primo gruppo di domande approfondisce il livello di conoscenza da parte della classe medica del nuovo sistema di rimborso tariffario. Le domande tengono conto di diversi aspetti: i) la conoscenza delle modalità e delle procedure attraverso cui il DRG viene quantificato a livello di SSN; ii) la comunicazione svolta dalle aziende ospedaliere sul

- sistema di tariffazione a DRG; iii) la necessità di ulteriori approfondimenti per comprendere le modalità di determinazione delle tariffe. Tale analisi è stata condotta nella consapevolezza che quanto più si conoscono le logiche manageriali, tanto più si riconoscono i vantaggi di un sistema di controllo dei costi. Si favorisce, così, l'integrazione tra l'ambito manageriale e l'ambito medico (Scarparo, 2006).
- ii. il secondo gruppo di domande è finalizzato a verificare la percezione da parte dei medici dei benefici derivanti dall'utilizzo dei costi *standard*, sia come strumento di controllo dei costi, per rispettare i limiti stabiliti dalle tariffe previste dai DRG, sia come strumento di monitoraggio dell'attività dei singoli operatori. L'implementazione di un sistema di controllo basato sui costi *standard* potrebbe fornire informazioni idonee alla valutazione dell'efficienza della singola azienda ospedaliera, oltre ad essere uno strumento per la valutazione dell'attività dei singoli operatori. La necessità di approfondire tali tematiche deriva dai risultati spesso contraddittori presenti in letteratura. Il nuovo sistema di tariffazione ha senz'altro introdotto una maggiore responsabilizzazione dei medici rispetto al passato (Donzelli, 2004). Si rileva tuttavia che gli stessi continuano ad avere una propria cultura e proprie logiche operative, basate su sistemi di valori etici e sociali differenti dalle logiche manageriali (Scarparo, 2007). Altri studi evidenziano invece che, nelle realtà aziendali in cui si implementa formalmente un sistema di controllo a costi *standard*, i medici mostrano una forte propensione a valutare i costi delle prestazioni e a metterli in relazione alla tipologia di trattamento effettuato (Forsberg, Axelsson, & Arnetz, 2002). Sembrerebbe, poi, che i medici siano disponibili ad accettare il monitoraggio della loro attività sulla base dei costi *standard*, ma rimangono fermamente convinti di non poter essere valutati in relazione al costo delle prestazioni erogate e tanto meno di legare a questo parametro la loro retribuzione (Thribadoux, Sheidt & Luckey, 2007).
 - iii. il terzo argomento di approfondimento riguarda l'utilizzo dei protocolli medici condivisi, sia al fine di determinare i costi *standard*, sia per monitorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni sanitarie. L'introduzione dei DRG ha fatto assumere, infatti, una dimensione e un'ottica economica all'individuazione delle *best practice* e dei protocolli che erano stati in passato solo ed esclusivamente appannaggio della disciplina medica (Chapman, Kern, & Laguecir, 2014). La letteratura riporta che i medici hanno difficoltà a inquadrare la loro attività in un'ottica economica, soprattutto temono la subordinazione delle prassi mediche alle logiche di efficientamento della spesa. Il rischio

principale percepito riguarda l'utilizzo di pratiche meno costose, ma meno efficaci da un punto di vista clinico (Scarparo, 2007). Risulta evidente, infatti, che solo se i protocolli da seguire tengono in debito conto il benessere del paziente, la loro valorizzazione economica aiuta ad eliminare pratiche non efficaci ed inappropriate (Eddy, 1997). Inoltre, si evidenzia come i protocolli medici non possono avere una valenza universale perché condizionati da variabili contestuali e ambientali (Wenneberg, Fisher, & Skinner, 2002).

- iv. l'ultimo gruppo di domande ha la finalità di verificare l'appropriatezza dei DRG, intesa come massimizzazione del benessere e della sicurezza del paziente unitamente alla ottimizzazione dell'efficienza produttiva (Ministero della Salute 2012). Non sempre i protocolli in uso, pur se largamente condivisi, sono idonei a rappresentare le azioni da intraprendere per quel determinato caso clinico (Colaiacono, Colasanto, Console, Nardulli, Milella, Digiuseppe & Lerario, 2005). Inoltre, i DRG possono determinare dei comportamenti opportunistici che, allo scopo di massimizzare le entrate, utilizzano protocolli medici relativi ai DRG più remunerativi o eseguono dimissioni e successivi ricoveri (Davis, Davis & Schmelze, 2013). I DRG non sempre riflettono la complessità e la casistica delle prestazioni ospedaliere rendendo le tariffe non remunerative (Nannei, 2007). Sulla base di quanto evidenziato si sono interrogati i medici sulla adeguatezza della casistica dei DRG, sia in relazione alla complessità clinica che alla remunerazione economica. Si è inoltre, verificato se le tipologie di DRG condizionano il processo di cura e di dimissione del paziente.

Per l'analisi delle risposte sono state selezionate diverse informazioni utili a individuare i profili dei medici intervistati: età, sesso, struttura di appartenenza, anzianità di servizio, incarico professionale. La tabella 1 descrive la composizione del campione secondo le caratteristiche approfondite.

Tab. 1: Descrizione del campione

Sesso	Frequenze	Percentuali
maschio	31	38,75
femmina	49	61,25
tot	80	100
Area di attività		
Medica	69	85,19
Chirurgica	10	12,35
Servizi	2	2,47
tot	81	100
Struttura in cui operano i medici		
Pubblica	54	73,97
Privata accreditata	18	24,66
Privata	1	1,37
tot	73	100
Anzianità di servizio		
meno di 5 anni	9	11,11
da 5 a 10 anni	7	8,64
da 10 a 15 anni	15	18,52
da 15 a 20 anni	11	13,58
superiore ai 20 anni	39	48,15
tot	81	100
Incarico professionale		
Direttore di struttura complessa	8	10,13
Responsabile di struttura semplice	11	13,92
Elevata professionalità	26	32,91
Responsabile di modulo	9	11,39
Nessuna responsabilità	25	31,65
tot	79	100
Età media	<i>min</i>	<i>max</i>
	51	29
		68

3. Analisi dei dati

Le risposte al primo gruppo di domande (Tab. 2 A1-A5) indicano un grado di conoscenza sufficiente dei DRG da parte dei medici. Gli intervistati ritengono, comunque, che l'informazione sulle linee guida relative al calcolo dei DRG sia ancora insufficiente e avvertono, pertanto, la necessità di un approfondimento sulle modalità della loro determinazione. E' interessante osservare un atteggiamento favorevole da parte dei medici sull'importanza di un sistema di controllo dei costi a seguito dell'introduzione dei DRG. In generale, nonostante la diffusione dell'uso dei DRG da oltre vent'anni, si avverte il bisogno d'iniziative formative per chiarire le modalità di determinazione delle tariffe.

Tab. 2: Conoscenza delle linee guida previste dai DRG.

		os.	media	dev. stand.
A1	Conoscenza dei DRG	80	3,21	1,06
A2	Livello di informazione sui DRG	78	2,40	1,06
A3	Utilizzo dei DRG per la misurazione dell'attività medica	80	2,84	1,01
A4	Necessità di ulteriori approfondimenti	78	3,21	1,04
A5	Necessità di un sistema di controllo dei costi	79	3,10	0,82

Note: Le medie riflettono una scala Likert che misura il livello di accordo dei medici, dove 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza; 4 = molto, 5 = moltissimo.

Considerando il secondo gruppo di domande (Tab. 3 B1-B5), le risposte evidenziano che i medici sono cauti nel riconoscere l'utilità dei costi standard per misurare l'efficienza delle aziende ospedaliere, pur riconoscendo che i DRG hanno avuto un impatto nell'organizzazione dei processi ospedalieri con benefici sulla qualità dei servizi offerti. L'atteggiamento dei medici appare ancora più prudente se l'impiego dei costi *standard* si estende alla valutazione delle loro prestazioni. I risultati indicano che l'utilizzo del costo *standard* per il monitoraggio e la valutazione della performance dell'attività dei medici appare problematico. Probabilmente essi sono consapevoli che una variazione positiva dei costi può essere l'effetto di un trattamento inadeguato, piuttosto che di una prestazione efficiente e conforme ai protocolli (Thribadoux, Sheidt, & Luckey, 2007).

Tab. 3: Benefici e costi dell'impiego dei costi standard.

		os.	media	dev.stand.
B1	Misurazione dell'efficienza	79	2,89	0,94
B2	Monitoraggio dell'attività medica	79	2,66	0,90
B3	Valutazione della performance	79	2,80	1,19
B4	Qualità del servizio	80	3,00	0,99
B5	Impatto dei DRG sui processi ospedalieri	78	3,13	1,07

Note: Le medie riflettono una scala Likert che misura il livello di accordo dei medici, dove 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza; 4 = molto, 5 = moltissimo.

Le risposte al terzo gruppo di domande (Tab. 4 C1-C5), confermano la rilevanza dei protocolli per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere. Innanzitutto, appare importante standardizzare le prestazioni per semplificare la molteplicità dei casi clinici e quindi determinare consumi standard relativi a gruppi di prestazioni omogenee. Tuttavia, i medici avvertono che i protocolli possono impattare sulla loro autonomia decisionale. Ad esempio, il rispetto dei giorni di degenza previsti dal DRG può condizionare i tempi delle dimissioni del paziente. Inoltre, ritengono che i protocolli debbano essere articolati tenendo conto delle diverse caratteristiche etnografiche dei pazienti e delle specificità delle strutture ospedaliere.

Tab. 4: Limiti e benefici dell'impiego dei protocolli medici.

		os.	media	dev.stand.
C1	Standardizzazione delle prestazioni	80	3,31	0,94
C2	Efficientamento delle prestazioni	80	3,54	0,84
C3	Limitazioni alla discrezionalità e autonomia del medico	79	2,94	0,96
C4	Articolazione dei protocolli secondo le caratteristiche contestuali e ambientali	79	3,78	0,97
C5	Impatto dei protocolli sulla responsabilità dei medici	80	2,69	0,98

Note: Le medie riflettono una scala Likert che misura il livello di accordo dei medici, dove 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza; 4 = molto, 5 = moltissimo.

Passando a esaminare l'ultimo gruppo di domande relativo alla valutazione complessiva dei DRG (Tab. 5 D1-D5), le risposte disponibili indicano alcune perplessità dei medici. I DRG non sembrano rispettare la casistica delle prestazioni offerte, né tanto meno il costo della prestazione e i protocolli medici. Ne consegue, che il medico è condizionato nel processo di cura e dimissioni del paziente. Ad esempio, orientando le prestazioni verso DRG più remunerativi.

Tab. 5: *Appropriatezza dei DRG*

		os.	media	dev.stand.
D1	Corrispondenza dei DRG con i protocolli	77	2,90	0,84
D2	Impatto dei DRG sulla diffusione di protocolli condivisi	78	2,79	0,87
D3	Impatto dei DRG sulla casistica di ricovero e dimissione	80	3,14	0,99
D4	Adeguatezza dei DRG rispetto la casistica delle prestazioni	79	2,62	0,94
D5	Corrispondenza dei DRG con il costo della prestazione	78	2,56	1,05

Note: Le medie riflettono una scala Likert che misura il livello di accordo dei medici, dove 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza; 4 = molto, 5 = moltissimo.

L'analisi dei risultati in relazione alle caratteristiche del campione (Tab. 6) evidenzia l'importanza del ruolo professionale ricoperto dai medici nella valutazione dei benefici e dei limiti dei costi *standard*/DRG. In particolare, i Direttori di struttura complesse (DS) e i Responsabili di strutture semplici (RS) non solo mostrano una maggiore conoscenza rispetto agli altri medici intervistati, ma si esprimono favorevolmente all'impiego dei costi *standard*, sia per la valutazione dell'efficienza dell'intera struttura che per il monitoraggio e la valutazione delle *performance* dei medici. Si osserva, inoltre, che i DS e i RS ritengono che sussista una discrasia tra i rimborsi previsti dai DRG e il costo delle prestazioni effettuate. Questi risultati suggeriscono che una maggiore conoscenza e coinvolgimento nelle tecniche manageriali possa portare i medici ad apprezzare tutti i vantaggi di un sistema di controllo basato sui costi *standard*.

Tab. 6: *Conoscenza e percezioni dei medici sui DRG e i costi standard in relazione alla tipologia della struttura ospedaliera, all'anzianità di servizio e all'incarico professionale.*

		Conoscenza delle linee guida previste dai DRG (valori medi)					Benefici e costi dell'impiego dei standard (valori medi)					Limiti e benefici dell'impiego dei protocolli medici (valori medi)					Appropriatezza dei DRG (valori medi)				
Panel A: Tipologia di struttura ospedaliera		A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	C1	C2	C3	C4	C5	D1	D2	D3	D4	D5
Os.		3,32	2,42	2,92	3,38	3,07	2,92	2,68	2,75	2,98	3,21	3,33	3,63	2,92	3,96	2,74	2,92	2,81	3,13	2,70	2,69
	Pubblica	2,94	2,33	2,44	2,56	3,06	2,71	2,56	2,83	3,00	2,89	3,22	3,39	2,94	3,22	2,50	2,94	2,83	3,06	2,50	2,28
	Privata accreditata	0,38	0,09	0,48	0,82	0,01	0,21	0,12	-0,08	-0,02	0,32	0,11	0,24	-0,02	0,74	0,24	-0,02	-0,02	0,07	0,20	0,41
	Differenza																				
Panel B: Anzianità di servizio		A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	C1	C2	C3	C4	C5	D1	D2	D3	D4	D5
Os.		3,30	2,31	2,86	3,41	3,13	2,93	2,79	2,86	3,03	3,14	3,52	3,80	2,89	3,86	2,70	2,96	2,79	3,13	2,86	2,83
	<15	3,16	2,45	2,82	3,10	3,08	2,86	2,58	2,76	2,98	3,12	3,18	3,38	2,96	3,74	2,68	2,85	2,79	3,14	2,47	2,40
	>15	0,14	0,14	0,04	0,31	0,05	0,07	0,21	0,10	0,05	0,02	0,34	0,42	-0,07	0,12	0,02	0,11	0,00	0,00	0,39	0,27
	Differenza																				
Panel C: Incarico professionale		A1	A2	A3	A4	A5	B1	B2	B3	B4	B5	C1	C2	C3	C4	C5	D1	D2	D3	D4	D5
Os.		3,13	2,25	2,67	3,29	3,06	2,71	2,53	2,60	2,90	3,20	3,24	3,49	2,95	3,75	2,51	2,91	2,75	3,13	2,58	2,75
	Non dirigenti	3,47	2,84	3,36	3,00	3,21	3,42	3,05	3,42	3,32	2,89	3,53	3,68	2,89	3,89	3,26	2,84	2,95	3,16	2,73	2,00
	Dirigenti	0,34	0,59	0,69	0,29	0,15	0,71	0,52	0,82	0,42	0,31	0,29	0,19	0,06	0,14	0,75	0,07	0,20	0,03	0,15	-0,75
	Differenza																				

Note: *Le medie riflettono una scala Likert che misura il livello di accordo dei medici, dove 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto, 5 = moltissimo.*

4. Conclusioni

I risultati di questa ricerca consentono di sviluppare alcune considerazioni preliminari sullo stato dell'arte relativo all'implementazione dei costi *standard* e dei DRG nell'ambito sanitario. In generale, i medici non percepiscono più il sistema dei costi *standard* come qualcosa di estraneo al loro campo di azione. Infatti, gli intervistati riconoscono la validità dei costi *standard* per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia delle aziende ospedaliere, anche se mostrano ancora perplessità sulle implicazioni che i costi *standard* hanno sulla valutazione delle loro prestazioni.

Probabilmente, ciò è dovuto alla scarsa conoscenza delle logiche manageriali le cui dinamiche sfuggono al loro *modus operandi*. I Dirigenti e i Responsabili di struttura, più consapevoli delle implicazioni dell'impiego dei costi *standard*, valutano, infatti, positivamente il loro utilizzo anche per il monitoraggio e la valutazione della performance dei singoli medici.

Si nota che queste riflessioni si basano su un campione di dimensione limitata che va approfondito con ulteriori indagini (e.g., interviste semi-strutturate, estensione del campo di analisi).

Bibliografia

- Ancona A. (2010). I DRG in Italia. Le strategie verso il futuro, in I DRG in Italia: un successo o un'occasione mancata, Il Mulino, Bologna.
- Braga M., (2007). Considerazioni sull'impatto del sistema di remunerazione per DRG sull'assistenza ospedaliera, *Organizzazione Sanitaria*, 3, 10-16
- Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (2011). *Diagnosis-Related Groups In Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency*, McGraw-Hill, Open University Press.
- Campanale C., Cinquini L. & Tenucci A. (2014). Il Time Driven Activity Based Costing per la gestione dei costi in logica di spending review: riflessioni da un caso di azienda ospedaliera, *Mecosan*, 9, 9-42.
- Chapman C., Kern A., Laguecir A. (2014), Costing Practices in Healthcare, *Accounting Horizons*, 28 (2), 353-364.
- Cinquini L., Miolo Vitali P. M., Pitzalis A. & Campanale C. (2009). Process view and cost management of a new surgery technique in hospital, *Business Process Management Journal*, 15 (6), 895-919.
- Colaiacono E., Colasanto A.D., Console G., Nardulli P. Milella P., Digiu-seppe F., Lerario A.M. (2005). Analisi della variabilità dei costi dell'assistenza: il caso della spesa per farmaci e presidi nel Drg 410, *Mecosan*, 55, 87-96.
- Crupi D., Lagostena A., Pasdera A. (2008). *Costi standard ricoveri*, Franco Angeli, Milano.

- Davis D., Davis S. W. & Schmelzle G. (2013). The Impact of Variuos Accounting Approach on U.S. Helathcare Reimbursement Systems: Ethical and Managerial Implications, *Journal of Management Policy and Practices*, 14 (4), 123-136.
- Donzelli A. (2004). Allineare ad Etica e Salute della Comunità dei Cittadini le Convenienze dei diversi Attori in Sanità, *Mecosan*, 50 (3), 129-143.
- Eddy D.M., (1997). Balancing Cost and quality in Fee-for-services Versus Managed Care, *Health Affairs*, 16 (3), 162-173.
- Fattore G. Torbica A., Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs?, *Health Care Manage Science* 9, 251-258.
- Forsberg E.R., Axelsson R., Arnetz B. (2002). Performance-based Reimbursement in Health Care: Consequences for Physicians' Cost Awareness and Work Environment, *European Journal of Public Health*, 12 (1), 44-50.
- Fortino A. (2007), DRG, programmazione e valutazione dei sistemi sanitari: riflessioni su alcune esperienze italiane, *Organizzazione Sanitaria*, 3, 17-19.
- Kaplan R.S. & Anderson S.R. (2014). Using Time-Driven Activity Based Costing to Identify Improvement Opportunities in Healthcare, *Journal of Health Care Management*, 59 (6), 399- 412.
- Nannei C. (2007). La congruità delle tariffe Drg: un caso aperto, *Mecosan*, 62, 151-170.
- Oddo A.R. (2001). Healthcare Ethics: A Patient Centered Decision Model, *Journal of Business Ethics*, 29, 125-134.
- Salvatore C., Boscolo P., Tarricone R. (2013). Planning and control of medical device investments by Italian public health authorities: A means to improve the decision-making process, *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 13 (3), 135-141.
- Scarparo S. (2006). The Integration of Clinical and Costing Information: A Comparative Study between Scotland and Sweeden, *Financial Accountability & Management*, 22 (2), 133-155.
- Schreyo J., Stargardt T. Tiemann O., Busse R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries, *Health Care Manage Science*, 9, 215–223
- Thibadoux G.M., Scheidt M., Lucky E. (2007). Accounting and Medecine: An Exploratory Investigation into Physicians' Attitudes Toward the Use of Standard Cost-Accounting Methods in Medecine, *Journal of Business Ehtics*, 75, 137-149.
- Wennberg J.E., Fisher E.S., Skinner J.S., (2002). Geography And The Debate Over Medicare Reform, *Health Affairs*, doi: 10.1377/hlthaff.w2.96.