ABOUTOpen
Health Technology Assessment

AboutOpen | 2026; 13: 54-59
ISSN 2465-2628 | DOI: 10.33393/ao.2026.4833

POINT OF VIEW

Il Clinical Costing: l'esperienza del Network Italiano Sanitario (N.I.San.)

Marco Claus[1], **Fabio Zorzetto**[2]

[1]Coordinatore scientifico N.I.San., Como - Italy
[2]Componente Comitato Tecnico-Scientifico N.I.San., Padova - Italy

Clinical Costing: the experience of the Italian Healthcare Network (N.I.San.)

Healthcare systems increasingly require accurate and patient-centered cost information to ensure sustainability and informed decision-making. Clinical Costing, based on Health Activity-Based Costing (HABC), provides a structured methodology to determine full costs, understand cost drivers, and support benchmarking activities. This study describes the Clinical Costing framework and its components—Health Activity Costing, Health Performance Costing, Patient Level Costing, and Health Management Costing—along with the experience of the Italian Healthcare Network (N.I.San.), which annually validates and processes hospital discharge data. N.I.San. has developed one of Europe's largest databases on hospitalization costs, covering nearly 13 million discharges and offering detailed cost matrices, workload indicators, and standardized reference values. These tools enable precise benchmarking, highlight inefficiencies, and identify resource gaps. Clinical Costing offers a reliable and actionable approach for enhancing transparency, efficiency, and strategic planning, supporting equitable allocation of healthcare resources.

Keywords: Benchmarking, Clinical Costing, HABC methodology, Healthcare costs, N.I.San.

Introduzione

Negli ultimi trent'anni i Sistemi Sanitari dei Paesi sviluppati hanno vissuto una profonda trasformazione: invecchiamento della popolazione, cronicità, aumento della complessità clinica, innovazioni tecnologiche e sviluppo dei farmaci ad alto costo. Questi fattori hanno generato una pressione crescente sui bilanci sanitari e hanno obbligato governi e Aziende a migliorare la capacità di conoscere, misurare e governare i costi delle prestazioni. Da qui la presa di coscienza del fatto che è indispensabile poter disporre di informazioni gestionali adeguate per condurre correttamente la Sanità. Cosa succederebbe se dovessimo guidare un mezzo, anche se eccellente, al buio, senza luci? Inevitabilmente, si finirebbe per uscire di strada, per andare a "sbattere"! Le informazioni rappresentano i "fari" gestionali e consentono alla "macchina Sanità" di "vedere", e questo è ovviamente essenziale per essere in grado di interpretare la gestione e per tracciare e monitorare la rotta per raggiungere gli obiettivi sanitari.

Received: September 23, 2026
Accepted: September 24, 2026
Published online: October 20, 2026

Indirizzo per la corrispondenza:
Marco Claus
email: marco.claus.hsa@gmail.com

Aumentare i dati non significa per forza migliorare le informazioni

Per adeguare il sistema informativo gestionale alle crescenti necessità della Sanità si è cercato di puntare sul suo potenziamento, ma spesso questo si è tradotto in un aumento poderoso di dati ma non di… informazioni! Incrementare il volume dei dati non significa necessariamente che si "producono" più informazioni o migliori informazioni. Anzi, si può affermare che le organizzazioni sanitarie sono sicuramente tra le realtà aziendali che dispongono di più dati, ma frequentemente non riescono a "tradurre" l'ingente mole di dati in informazioni adeguate. In Sanità non bisogna "solo" avere i dati ma è necessario disporre di sistemi e capacità per dare valore ai dati medesimi, vale a dire per:

- "leggere" i dati, per comprenderne l'importanza e individuarne le priorità;
- sapere come combinarli e utilizzarli e come valutarli; i dati non servono se non si sa come utilizzarli.

Le mancanze principali dei sistemi informativi gestionali possono essere riassunte in tre domande alle quali spesso la Sanità non riesce a dare risposte adeguate.

1) Qual è l'importo del costo pieno dell'output (prestazione, ricovero, percorso di cura) per un determinato assistito?
2) Perché il costo pieno ha un certo importo, vale a dire qual è la sua composizione in termini di personale, farmaci, ecc.?
3) Possiamo valutare/dimostrare che un dato costo è "alto o basso"?

© 2026 The Authors. This article is published by AboutScience and licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).
Commercial use is not permitted and is subject to Publisher's permissions. Full information is available at www.aboutscience.eu

La caratteristica distintiva dei sistemi informativi moderni in Sanità: la centralità dell'utente

Non c'è occasione nella quale non si ribadisca, come un mantra, l'importanza della "centralità dell'assistito". Di conseguenza, la priorità non è più solo quella di conoscere quanto spende un'Azienda, ma soprattutto cosa e quanto abbiamo dato, in termini di risorse, a un ricoverato; in termini contabili, l'oggetto di costo principale non è dato più dalla struttura ma dall'assistito; ciò significa, in pratica, che bisogna conoscere non solo quanto spende un'Azienda o un suo reparto/servizio ospedaliero, ma quanto costa un dato ricovero per un determinato paziente; diventa indispensabile sapere non solo quante risorse diamo a un ente, ma come le usa e per chi. Per dirla come l'epidemiologo tedesco Gerhard Uhlenbruck, "non bisogna finanziare apparati ma cure per i pazienti". Ecco dunque che si è fatta strada l'evidenza che solo con la determinazione del costo per ogni ricovero, quale "mattone" basilare per le analisi economiche, è possibile creare un sistema informativo gestionale innovativo: il problema è che la maggior parte delle Aziende non riesce a calcolare il costo per episodio di ricovero! Tale problema non è dovuto alla mancanza di dati (quelli solitamente ci sono e in abbondanza), ma al fatto che spesso le Aziende non sono in grado di impiegare/combinare i dati in loro possesso per elaborare i costi per episodio di ricovero.

L'importanza di avere informazioni sul "perché" dei costi: il sistema unbundling

Porre concretamente il paziente al centro dell'attenzione significa non solo individuare il costo del percorso di cura di un dato assistito, ma significa anche sapere cosa realmente si dà all'assistito, vale a dire individuare quali/quante risorse "formano" il costo pieno. Di conseguenza, non è sufficiente sapere il costo globale di un dato ricovero, ma "perché costa", vale a dire possedere le informazioni circa le diverse risorse (personale, farmaci, presidi) e attività (degenza, sala operatoria, ecc.) che vanno a comporre il costo pieno; in altri termini, diventa essenziale costruire sistemi che permettano di "spacchettare" (unbundling) il costo pieno. È inutile sapere quanto si spende se non si sa "cosa/quanto" si dà al paziente. Inoltre, non saper "spacchettare" i costi fa nascere pesanti dubbi anche sui risultati di quelle poche Aziende che determinano il costo pieno: come è possibile definire il costo pieno se non si conoscono i suoi "addendi", vale a dire se non si può dimostrare "quanto" è il costo del personale, dei farmaci, dei presidi chirurgici e così via che compongono il costo pieno?

L'esigenza di avere informazioni per comprendere se i costi sono elevati o meno: l'analisi di benchmarking economico-sanitario

Non sapere quanto effettivamente costano i diversi ricoveri e perché genera un ulteriore problema, vale a dire la difficoltà, se non l'impossibilità, di arrivare alla formulazione corretta di indicatori che consentano di sapere se i costi "sono alti o bassi". Per formulare analisi di convenienza economica (benchmarking) è indispensabile operare confronti tra costi e valori di riferimento (tariffe, costi standard, ecc.). Ora, anche ammesso che abbiamo dei valori di riferimento (benchmark) per gli episodi di ricovero e che siano adeguati, con che cosa li confrontiamo se non abbiamo i costi dei relativi ricoveri correttamente formulati e strutturati in modo unbundling?

Tutto questo, per alcuni amministratori, può risultare poco importante, perché "quello che conta è solo spendere meno". Però, per spendere meno bisogna spendere meglio e, per spendere meglio, bisogna capire dove i costi sono troppo alti (e dunque si può "tagliare") e dove sono bassi (e dunque non va bene tagliare). Insomma, per spendere meno, ammesso che questo sia il fine della Sanità, bisogna confrontare costi e benchmark. Senza benchmarking economico-sanitario, non è possibile assicurare la sostenibilità della Sanità sia dal lato economico che da quello socio-sanitario, che garantirebbe che le risorse vengano allocate con equità, permettendo di distribuirle in funzione dei pazienti e delle attività e non solo su base storica, reiterando gli errori del passato.

Il sistema informativo che consente di rispondere ai grandi quesiti gestionali: il Clinical Costing

Molti sistemi hanno tentato di risolvere le tre problematiche presentate sopra (quanto costa, perché costa, costa tanto o poco), ma non sono riusciti a mantenere le promesse, apparendo tutti come dei "libri dei sogni"; di conseguenza si è pensato che migliorare il sistema informativo gestionale in Sanità fosse impossibile, almeno fino a quando è balzata alla ribalta a livello mondiale una delle innovazioni gestionali più importanti degli ultimi vent'anni, il Clinical Costing. Il Clinical Costing è un sistema per la determinazione dei costi per attività e per output (ricovero, prestazione ambulatoriale, percorso di cura) e la valutazione gestionale in Sanità. Il termine *clinical* deriva dal fatto che, con il Clinical Costing, si realizza la costruzione di un sapere generale fondato sulla singolarità del paziente, in altri termini, un sapere che nasce "ai piedi del letto" (in greco Kliniké) del ricoverato. Con le conferenze di Brisbane ("Hospital Patient Costing") (1) e Montréal-Québec ("Each Patient Counts") (2) del 2011, il Clinical Costing è diventato "il" metodo di riferimento internazionale per il calcolo e l'analisi dei costi. Fin dagli anni '90, il Clinical Costing è stato applicato in diversi Paesi: Canada, USA (alcuni Stati), Argentina, Australia, Nuova Zelanda, Belgio, Cechia, Francia, Danimarca, Finlandia, Germania, Gran Bretagna, Irlanda, Macedonia, Norvegia, Olanda, Polonia, Romania, Spagna, Svezia, Cina, Giappone, India, Iran, Israele, Thailandia e Turchia (3). Come si può notare dall'elenco ora riportato, il Clinical Costing è ormai prassi nelle Nazioni sviluppate ed è presente anche in Paesi "emergenti". All'Activity-Based Funding Conference, tenutasi al Royal College di Dublino nel 2015, è stato rimarcato che il Clinical Costing "ha migliorato la valorizzazione economica delle attività e la correttezza delle decisioni". Il Clinical Costing non solo è uno strumento "nuovo", ma soprattutto possiede una caratteristica fondamentale: funziona!

Il Clinical Costing: metodologia

Il Clinical Costing è composto da due parti, interconnesse tra di loro:

- l'Health Activity-Based Costing (HABC): punta alla determinazione dei costi per output secondo l'approccio per attività, vale a dire collegando risorse e output o

© 2026 The Authors. Published by AboutScience - www.aboutscience.eu

direttamente (attribuzione) e/o mediante allocazione, vale a dire mediante opportune discriminanti di costo o cost driver. Il cost driver è un elemento che provoca/indica una variazione nell'utilizzo delle risorse relativamente a uno o a più oggetti di costo (assistito, output, attività); esso perciò "guida" l'allocazione dei costi verso un dato oggetto di costo, poiché rappresenta un fattore causale per l'assorbimento delle risorse da parte delle attività. L'HABC si sostanzia in un processo composto dall'Health Activity Costing, dall'Health Performance Costing e dal Patient Level Costing;
- l'Health Management Costing (HMC): utilizza le informazioni scaturite dall'HABC.

Health Activity Costing (HAC)

L'HAC punta a suddividere i costi, per aggregazione di fattore produttivo (medici, infermieri, altro personale, farmaci, presidi sanitari e chirurgici, ecc.), di ogni centro di costo tra le diverse attività che svolge il centro di costo medesimo; rappresenta lo strumento metodologico/operativo per collegare aspetti contabili e aspetti organizzativi. I costi delle attività sono ottenuti dapprima precisando i centri di attività (per esempio, degenza, sala operatoria, attività ambulatoriale, ecc.) e poi ripartendo i costi totali di ogni centro di costo tra i centri di attività mediante opportuni cost driver. L'HAC richiede competenze sia di natura contabile sia relative all'analisi organizzativa. L'HAC è di fondamentale importanza, in quanto senza tale fase non è di fatto possibile determinare i costi per output in modo corretto. Ciò trova ragione di essere nel fatto che input (dati contabili) e output (dati relativi alla produzione) non possono essere immediatamente correlati tra loro, ma devono trovare un collegamento mediante l'analisi organizzativo-gestionale (vale a dire la ripartizione dei centri di costo in centri attività) (4, 5).

Health Performance Costing (HPC)

L'HPC riguarda la determinazione dei costi delle prestazioni relative ad ogni centro di attività; si distingue dall'Activity-Based Costing tradizionale (o "industriale") per le seguenti ragioni: a) si basa sull'HAC; b) contribuisce alla realizzazione del costo per prestazione mediante i transaction driver (relativi alla quantità degli output) e gli intensity driver (che esprimono il "peso", in termini di intensità di impiego, di un dato fattore produttivo per una specifica prestazione); c) si fonda su un sistema di controllo dei dati per non incorrere negli errori dell'ABC tradizionale; in sintesi, ci si assicura che tutti i costi di "partenza" dei centri di costo vengano ribaltati sui costi delle prestazioni mediante le attività svolte.

Patient Level Costing (PLC)

Fase che ha lo scopo di determinare i costi per output/assistito; rappresenta lo strumento metodologico/operativo per collegare gli aspetti clinici dell'utente agli aspetti contabili e a quelli organizzativi. Il PLC è tecnicamente simile all'HPC, ma con una sostanziale differenza, relativamente ai cost driver impiegati: nel Patient Level Costing, gli intensity driver (o patient driver) sono riferiti non solo alle categorie di prestazioni ma soprattutto allo specifico utente per il quale viene erogato un dato output. Relativamente all'attività di ricovero, il risultato pratico del PLC è la determinazione dei costi per il ricovero di un determinato paziente (Tab. 1).

Health Management Costing (HMC)

Sotto l'aspetto del processo, l'HMC è composto da tre momenti:

- l'elaborazione dei valori di riferimento (costi standard e/o tariffe);
- il calcolo dei benchmark, vale a dire del valore della produzione di una data realtà organizzativa;
- la determinazione del benchmarking economico-sanitario, tramite il confronto tra costi e valori di riferimento.

L'applicazione del Clinical Costing: l'esperienza del N.I.San.

Il Network Italiano Sanitario (N.I.San.) è un'Associazione scientifica nata nel 2009 con l'obiettivo di svolgere in modo permanente un'attività di ricerca per promuovere, realizzare e utilizzare il Clinical Costing in Italia. Il N.I.San. è composto da Aziende ospedaliere universitarie e non e da Aziende Sanitarie Locali, di diverse regioni d'Italia. Attualmente gli ospedali facenti parte di N.I.San. sono 45. Di seguito si precisano i risultati della ricerca N.I.San.

La determinazione del costo per episodio di ricovero

Prima di tutto, il N.I.San. elabora, con cadenza annuale, i costi dei ricoveri ospedalieri. A tal fine, attraverso un apposito

TABELLA 1 - Il processo dell'Health Activity-Based Costing

Centri	Contenuti	Esempi	Strumenti/fasi
Di costo	Fattori produttivi aziendali (S) per centro di costo (CC)	Spesa per i medici della chirurgia generale (CH): 1.000.000 €	Contabilità analitica
Di attività	CC per linea di attività (CA)	Costo dei medici di CH per la sala operatoria (SO): 400.000 €	Health Activity Costing
Di prestazione	CA per prestazione (CP)	Costo medici di CH per la SO per gli interventi chirurgici del tipo X: 120.000 €	Health Performance Costing
Per utente	CP per ricoverato	Costo dei medici di CH per la SO per l'episodio di ricovero: 2.600 €	Patient Level Costing

© 2026 The Authors. AboutOpen - ISSN 2465-2628 - www.aboutscience.eu/aboutopen

comitato scientifico, vengono esaminati i dati forniti dalle Aziende associate, in modo da effettuare un controllo analitico sui dati stessi. Il N.I.San. poi provvede a elaborare i costi di ogni episodio di ricovero degli ospedali che superano i controlli previsti; dal 2009 a oggi sono stati elaborati i costi di quasi 13 milioni di dimissioni ospedaliere; per dimensione, la banca dati N.I.San. sui costi dei ricoveri ospedalieri è la seconda più importante in Europa. Attualmente, il N.I.San. è l'unica realtà in Italia che elabora i costi per episodio rispettando le regole dell'Health Activity-Based Costing. Ovviamente, i costi sono stati determinati seguendo le fasi e i controlli del Clinical Costing, vale a dire spacchettando (unbundling) il costo pieno complessivo per:

- *fattore produttivo* (personale, farmaci, dispositivi sanitari/chirurgici, altre voci di costo);
- *attività* (degenza intensiva e non, sala operatoria, radiodiagnostica, patologia clinica e trasfusionale, Pronto Soccorso, servizi da altre unità di diagnosi e cura, costi generali).

In tal modo, il "mattone" informativo del costo per episodio di ricovero (vale a dire l'elemento fondamentale del Clinical Costing) è raffigurato da una matrice fattore produttivo/macroattività del tipo presentato sotto. Va da sé che, se non si dispone della matrice presentata sotto, non si può dire di disporre dei costi per episodio di ricovero. Dalla Tabella 2 si ricava che il costo dell'episodio di ricovero è di 22.888 euro. Inoltre, il report permette di conoscere l'articolazione dei costi: per esempio, i costi per gli infermieri per la degenza ammontano a 1.806 euro e i costi complessivi per l'attività di sala operatoria ammontano a 5.271 euro.

Degenza ordinaria: giorni di degenza a esclusione dei reparti di terapia intensiva; Terapia intensiva: giorni in rianimazione, unità coronarica, terapia intensiva neonatale, stroke unit; Chirurgia: attività dell'unità chirurgica (ortopedia, neurochirurgia, ecc.) in sala operatoria; Anestesia: attività dell'unità anestesiologica in sala operatoria; Blocco operatorio: attività del blocco operatorio; Patologia clinica: laboratorio d'analisi, microbiologia, anatomia patologica, genetica; Radiodiagnostica: radiologia, neuroradiologia; S.I.T.: attività del servizio immunotrasfusionale; Pronto Soccorso: accesso da Pronto Soccorso; Servizi da Altre Unità di Diagnosi e Cura (S.A.U.D.C): prestazioni da altre unità di diagnosi e cura (p. es., consulenze effettuate per ricoverati in reparti diversi da quelli che effettuano le consulenze, prestazioni di S.I.T. e medicina nucleare, Pronto Soccorso, Servizi Sanitari da altre Aziende); Costi generali: quota dei costi di supporto generali e di struttura dell'Azienda (art. 3 comma 3, DMS 15/4/94) allocati all'episodio di ricovero.

La definizione dei workload (carichi di lavoro) per episodio di ricovero

Oltre agli indicatori economici di costo per fattore produttivo/attività di ogni episodio di ricovero, il N.I.San. determina i workload di ogni dimissione, sempre suddivisi per attività, per ognuna delle tre aggregazioni del personale (medici, infermieri, altro personale). I workload sono espressi in ore di lavoro e sono comprensivi dei tempi organizzativi (compresi i "tempi morti") e non solo del lavoro "diretto" ai pazienti, in modo da "scaricare" tutte le ore di lavoro effettuate dal personale delle unità di diagnosi e cura.

TABELLA 2 - Esempio di costo per episodio di ricovero

Fattori produttivi **Attività**	**Totali**	**Medici**	**Infermieri**	**Altro personale**	**Farmaci**	**Presidi sanitari/chirurgici**	**Altri costi**
1-Degenza	11.687	3.526	4.012	1.006	579	443	2.121
1.1-Degenza "ordinaria"	6.896	1.806	2.570	773	271	149	1.327
1.2-Terapia intensiva	4.791	1.720	1.442	233	308	294	794
2-Sala operatoria	5.271	1.127	949	452	131	2.095	517
2.1-Chirurgia	2.436	531	0	0	0	1.905	0
2.2-Anestesia	667	596	10	9	24	9	19
2.3-Blocco operatorio	2.168	0	939	443	107	181	498
3-Attività sanitarie di supporto	2.890	646	298	559	64	652	671
3.1-Patologia clinica	669	91	51	168	2	274	83
3.2-Radiodiagnostica	223	62	18	67	11	16	49
3.3-S.I.T.	659	66	20	109	12	203	249
3.4-Pronto Soccorso	116	39	41	14	3	7	12
3.5-S.A.U.D.C.	1.223	388	168	201	36	152	278
4-Costi generali	3.040	92	40	798	3	6	2.101
TOTALE COSTI PIENI (1+2+3+4)	**22.888**	5.391	5.299	2.815	777	3.196	5.410

© 2026 The Authors. Published by AboutScience - www.aboutscience.eu

Il calcolo dei valori di riferimento (costi standard e workload standard) per DRG

Sulla base dei costi e dei workload per episodio di ricovero, il N.I.San. elabora annualmente i valori di riferimento gestionali unbundling (6), non solo articolati per fattore produttivo/attività ma anche "spacchettati" per:

- tipologia di output per ricovero (DRG, fascia d'età, regime di ricovero);
- evento chirurgico (procedura chirurgica principale/regime di ricovero).

Il N.I.San., per determinare i valori di riferimento, adotta le regole internazionali del Clinical Costing. Il N.I.San. ha elaborato i valori di riferimento anche per: l'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (7), la Società Italiana di Ematologia (4, 7-10) e la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (11). A garanzia e a riscontro dell'attività di ricerca (sia per quanto attiene alla determinazione dei costi per ricovero che per l'elaborazione dei valori di riferimento), il lavoro del N.I.San. si fonda su un manuale: "Una bussola per la Sanità. Il Clinical Costing" (2, 4-14). La ricerca del N.I.San. rispetta, tanto sotto il profilo normativo quanto sotto quello metodologico, quanto richiesto per l'elaborazione dei costi e delle tariffe, in quanto soddisfa i dettami dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 15/4/1994, dell'art. 8-sexies, comma 5, della Legge n°502 del 30/12/1992 e delle successive modificazioni contenute nell'art. 79, comma 1-quinquies, della Legge n°133 del 6/8/2008. Il Ministero della Salute, ha attivato una collaborazione con il N.I.San., finalizzata alla determinazione e all'analisi dei costi dei ricoveri per acuti, basata sulla metodologia e sulla banca dati del N.I.San (15).

La creazione di un sistema di benchmarking economico-sanitario

Sulla base dei risultati esposti prima, il N.I.San. ha creato un sistema di reporting, sempre in linea con i dettami del Clinical Costing, che si sostanzia in un articolato pacchetto di indicatori di benchmarking (16), in modo da poter evidenziare non solo se "il costo è alto o basso", ma anche dove è possibile migliorare l'efficienza e dove vi è una carenza di risorse e di quale tipo (personale, farmaci, ecc.), rispetto all'attività svolta o da svolgere.

A titolo esemplificativo, dalla Tabella 3 si ricava che il percorso per il DRG in esame è inefficiente rispetto ai valori di riferimento, in quanto il costo totale è superiore rispetto a quello previsto dal benchmark di 600 euro (riga "TOTALI" e colonna "Scostamento"). Tuttavia, lo scostamento di costo per la terapia intensiva mette in luce che vi è una carenza di personale pari a 500 unità; in tal modo, è possibile agire selettivamente e non in maniera generica, al fine di migliorare l'efficienza senza "colpire" dove invece le risorse sono scarse, come invece accade con i tagli lineari.

Il sistema di benchmarking economico-sanitario del N.I.San. è, a oggi, l'unico sistema di valutazione in Italia che si fonda sul Clinical Costing (11).

La formazione del personale sull'impiego del Clinical Costing

Il N.I.San. fornisce anche un supporto formativo di tipo "attivo", nel senso che i corsi non sono tanto di natura teorica ma sono eminentemente operativi, poiché il "materiale didattico" è dato dai report di analisi dei costi e di benchmarking creati con l'elaborazione annuale del Clinical Costing. In tal modo i corsisti possono imparare i dettami del Clinical Costing direttamente sui dati della propria Azienda. È così possibile individuare le modalità di impiego dell'Health Management Costing più consone per la propria realtà lavorativa.

Disclosures

Conflict of interest: The Authors declare no conflict of interest.

Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions: All Authors contributed equally to this manuscript.

TABELLA 3 - Esempio di costo benchmarking per un dato DRG, relativo al personale, per degenza e sala operatoria

DRG; Personale	Costi effettivi (C)	Benchmark (B)	Scostamento (B-C)
1-Degenza	5.500	5.700	+200
1.1-Degenza "ordinaria"	3.500	3.200	−300
1-2-Terapia intensiva	2.000	2.500	+500
2-Sala Operatoria	4.500	3.700	−800
2.1-Chirurgia	1.500	1.000	−500
2.2-Anestesia	9000	900	0
2.3-Blocco operatorio	2.100	1.800	−300
TOTALI	**10.000**	**9.400**	**-600**

© 2026 The Authors. AboutOpen - ISSN 2465-2628 - www.aboutscience.eu/aboutopen

Bibliografia

1. Australian hospital patient costing standards, a cura di Australian Government, Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia, 2011. Online (Accessed March 2026)
2. Canadian patient cost database technical document: MIS patient costing methodology, a cura di Canadian Institute for Health Information, CIHI Press, 2011. Online (Accessed March 2026)
3. Acute health. Clinical Costing standards 2016/2017, a cura di Healthcare Financial Management Association. HFMA; 2016. Online (Accessed March 2026)
4. Costi dei ricoveri per le prestazioni di emodinamica, di Claus M., Pasdera A., Mazzariol A., Tecnica ospedaliera n°9, 2011.
5. Costi amministrativi nelle aziende sanitarie, di Claus M., in: Il controllo costi in un'azienda sanitaria, Milano: Edizioni Guerini, 2017.
6. Ecco i costi per DRG. I risultati della ricerca N.I.San., di Claus M., Arcadio M., Baci R., et al., Tecnica ospedaliera, 2024. Online (Accessed March 2026)
7. Costi standard in Oncologia, di Pasdera A., Mazzariol A. e VV., Quaderni di Quotidiano Sanità, 2017. Online (Accessed March 2026)
8. Costi dei ricoveri in Ematologia per DRG/tipo ricovero (S.I.E.), di Pasdera A. e VV., Sole24ore Sanità, 2013.
9. Costi, standard, ricoveri, di Pasdera A., Crupi D., Lagostena A., Milano: FrancoAngeli, 2008.
10. Costi standard dei ricoveri relativi ai trapianti, di Pasdera A., Mazzariol A., Milano: Tecniche Nuove, 2021. Online (Accessed March 2026)
11. Costi per DRG: i risultati della ricerca della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, di Pasdera A., Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia, 2008. Online (Accessed March 2026)
12. Una bussola per la Sanità. Il Clinical Costing, di Pasdera A., Crupi D., Lagostena A., Mazzariol A., Milano: Tecniche Nuove, 2019. Online (Accessed March 2026)
13. Each Child Counts. Ricerca AOPI sulla determinazione dei costi standard dei ricoveri, di Pasdera A. Mazzariol A., Milano: Tecniche Nuove, 2021.
14. Risultati della ricerca sull'analisi dei costi per DRG in cinque aziende: focus su onco-ematologia, di Marcolongo A., Pasdera A., Supplemento di Economia e Politica del Farmaco, 2009.
15. Costi standard, la proposta N.I.San., di Pasdera A., *in: Il Sole 24 ore Sanità*, 2014.
16. Quali costi standard per le aziende sanitarie? Metodologia e benefici di un nuovo sistema di budget, di Pasdera A., Mazzariol A. e VV., *I quaderni di Medicina, Sole24ore Sanità*, 2014.

© 2026 The Authors. Published by AboutScience - www.aboutscience.eu