

# I costi diretti dei servizi psichiatrici in un dipartimento di salute mentale

Daniela Roggeri\*, Giampiero Covelli‡, Livio Garattini\*



## ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the mean unit cost of psychiatric services, broken down by type of output.

The analysis concerned a psychiatric service (with a Psychiatric Ward in General Hospital (PWGH), a Day-Care Center, a Community Residential Facility (CRF) and a NHS Mental Center (NHSMC), located in the North of Italy, selected among the 14 participants of the SCORE (Schizophrenia COsts and REsources) project.

The most important result of this study was to estimate a baseline unit cost which can be used for assessing the total cost of a psychiatric disease.

The study was conducted according to the full cost method. However, drugs and examinations were not included in this analysis, assuming that these costs are tightly related to the specific psychiatric pathology considered.

Personnel was the most relevant component of total cost, accounting for 65% in PWGH, 61% for NHSMC and 65% for CRF.

The estimated unit cost was L.536.000 for a day of stay in PWGH, L.590.000 for a day hospital day in PWGH, L.110.000 for an outpatient consultation in PWGH, L.59.000 for a day in a Day-Care Center and L.375.000 for a day in CRF.

*Farmeconomia e percorsi terapeutici 2001; 2 (1): 5-9*

## INTRODUZIONE

La schizofrenia risulta una delle patologie psichiatriche più importanti dal punto di vista sociale e economico (1). Sotto il profilo epidemiologico, presenta una prevalenza che varia da 3,4 casi per 1.000 abitanti nei Paesi in via di sviluppo a 6,3 nel Nord Europa e Nord America, un tasso di incidenza variabile dai sette ai 14 casi per 100.000 abitanti (2).

Questo studio, il cui obiettivo è quello di valutare i costi medi unitari delle prestazioni erogate da un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ai propri pazienti attraverso l'analisi dei costi di struttura (intesi come personale, materiali non sanitari, costi comuni e indiretti), fa parte di un progetto più ampio, denominato SCORE<sup>i</sup> (Schizophrenia CONsumption of REsources), che mira a stimare i costi diretti attribuibili alla schizofrenia.

Per rendere questa valutazione significativa, non si è considerato il costo medio di una generica prestazione erogata da una Unità Operativa (UO) di un DSM (in quanto la varietà delle prestazioni stesse lascia presumibilmente supporre un'ampia variabilità dei costi ad esse associati), ma, per quanto possibile, i costi

attribuibili alle singole tipologie di prestazioni erogate dalle strutture che la compongono.

Il calcolo del costo medio unitario è stato effettuato al netto della spesa sostenuta per farmaci e esami diagnostici, in quanto queste voci di costo sono state valutate in un'altra parte del progetto SCORE, venendo ipotizzate come discriminante principale di costo fra le diverse patologie psichiatriche trattate nell'ambito di un DSM.

I servizi per cui si è stimato il costo medio per prestazione, utilizzando la denominazione della Regione Lombardia, sono i seguenti:

- Comunità Riabilitativa Terapeutica (CRT), per giornata di presenza;
- Centro Diurno (CD), per giornata di presenza;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), per giornata di degenza, accesso in Day Hospital (DH) e visita specialistica.

Per quanto riguarda gli interventi effettuati nel Centro Psico Sociale (CPS), data la molteplicità di servizi offerti, non si è ritenuto plausibile stimare un costo medio credibile per singola prestazione. Infatti, sarebbe stato necessario adottare criteri di attribuzione troppo arbitrari per poter stimare i costi unitari delle numerose tipologie di attività effettuate all'interno

\* laurea in Economia e Commercio, CESAV, Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti" dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "M.Negri" - Ranica (BG)

‡ laurea in Medicina, specialità Psichiatria, Unità Operativa 16- Dipartimento Salute Mentale A.O. Bolognini, Sierate (BG)

## Nota i

Il progetto SCORE è stato condotto dal CESAV dell'Istituto Mario Negri sotto il patrocinio SIP. SCORE è un progetto di tipo multicentrico che stima in modo prospettico su un campione di pazienti i costi della schizofrenia in 14 Dipartimenti, per un periodo di follow-up di un anno.

**Nota ii**

Per una stima dei costi per prestazione del CPS si rimanda a Fattore et al (1997)<sup>9</sup>.

del servizio (ad esempio, visita colloquio, psicoterapia individuale, interventi psicoeducativi)<sup>11</sup>.

Di seguito, sono illustrate le metodologie di calcolo utilizzate e i risultati ottenuti in termini di costo per tipologia di prestazione.

**MATERIALI E METODI**

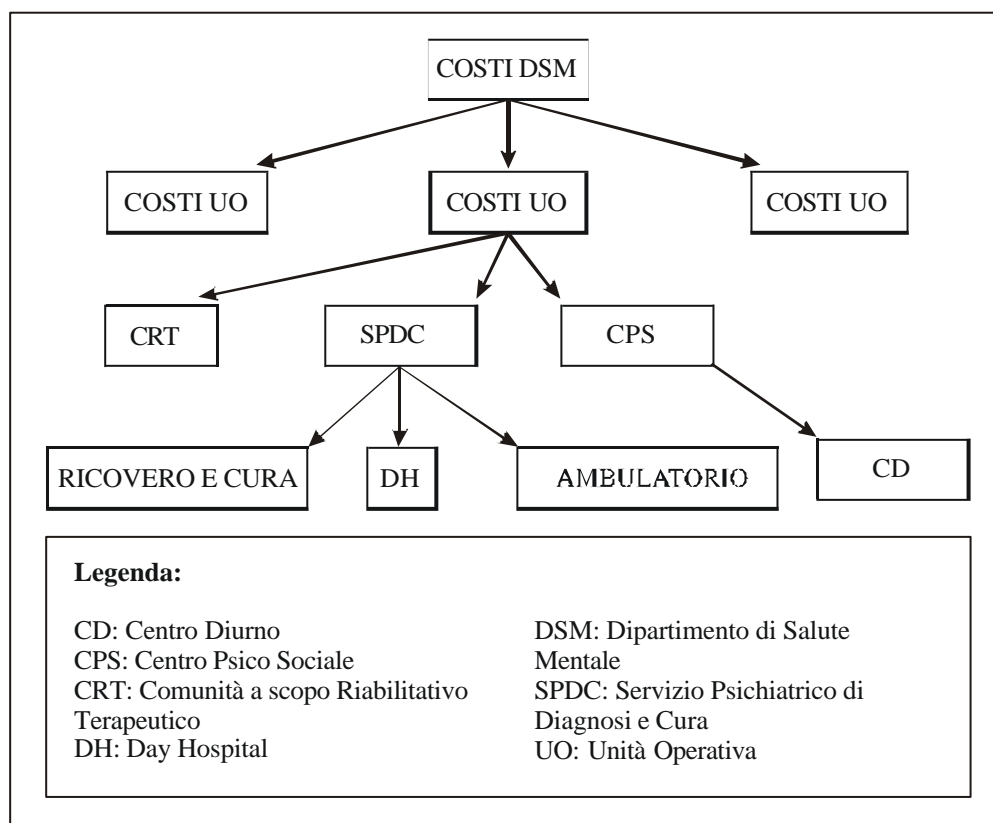
L'analisi è consistita nella valutazione dei costi medi unitari riferibili ai pazienti psichiatrici di una UO, visto che, per l'individuazione di un costo medio unitario per prestazione, sono stati utilizzati i costi complessivi dell'UO stessa. Ciò significa, ai fini del calcolo dei costi di una specifica patologia (nel caso specifico la schizofrenia), ipotizzare come sostanzialmente analogo ("isorisorse") l'assorbimento delle risorse considerate (personale, materiali non sanitari, costi comuni e indiretti) da parte di tutte le tipologie di pazienti psichiatrici afferenti alla struttura in analisi. Tale assunto appare sufficientemente verosimile alla luce della tipologia di costi analizzati, i costi di struttura, la maggior parte dei quali sono fissi per definizione. Per questa categoria di costi, infatti, è ragionevole ipotizzare che il consumo di risorse sia sostanzialmente analogo, a livello di singolo paziente, per le diverse patologie trattate nell'ambito dello stesso reparto o servizio.

Solamente uno dei 14 centri partecipanti al progetto SCORE è risultato in possesso delle dettagliate informazioni di tipo organizzativo e contabile necessarie per partecipare a questa

parte dello studio. Stimare i costi con questo livello di dettaglio significa quantificare le risorse assorbite da ogni servizio e, all'interno dello stesso, delle differenti prestazioni erogate (ad esempio le giornate di degenza, gli accessi in DH e le visite ambulatoriali per il SPDC). Avendo come obiettivo la stima di parametri di costo così analitici, risulta evidente la necessità che il DSM disponga di una contabilità strutturata per centri di costo (CdC) e adeguatamente disaggregata, cioè in grado di rispecchiarne la struttura organizzativa. Purtroppo, tale condizione non è stata riscontrata nella gran maggioranza dei centri partecipanti a SCORE.

Considerando l'importanza cruciale che ha ricoperto il concetto di CdC per la partecipazione a questa parte dello studio, appare opportuno fornirne una definizione: per CdC si intende un "contenitore contabile" in cui convergono tutti i costi attribuibili alle risorse assorbite dal processo produttivo che ha dato luogo a un determinato output (3).

Fra le diverse modalità di valutazione dei costi, si è scelto di utilizzare quella più completa, definita *full cost* (4). Il sistema di attribuzione a costo pieno è caratterizzato da più procedimenti successivi di ribaltamento dei costi, secondo uno schema definibile "a cascata" (5). Finalità ultima del processo di ribaltamento ripetuto dei costi è stata, appunto, quella di stimare un costo pieno per singola tipologia di prestazione. Utilizzare questo tipo di valutazione significa includere nella stima del costo totale attribuibile ad ogni CdC diverse classi di



**Figura 1**

costo, classificate nel caso specifico nel modo seguente:

- Costi “diretti”, generati all’interno del CdC e, quindi, direttamente imputabili all’oggetto (personale medico, materiali di consumo, ecc.);

- Costi “comuni” a tutti i servizi della struttura analizzata (acqua, luce, gas, riscaldamento, ecc.);

- Costi “indiretti”, esterni al CdC e ad esso attribuibili solo attraverso opportuni criteri di imputazione (ad esempio, mensa e portineria).

In altri termini, l’approccio di analisi utilizzato è stato di tipo *top down* (6): partendo dal costo totale rilevato a livello di DSM, sono stati individuati i costi attribuibili alle singole UO che lo compongono e, successivamente, ai singoli servizi da esse erogati, attraverso l’imputazione al singolo processo delle risorse assorbite.

La Figura 1 schematizza il procedimento seguito nell’imputazione dei costi.

Una volta monetizzate le risorse assorbite da ogni processo produttivo, si è calcolato un costo medio unitario per prestazione attraverso il rapporto fra i costi di struttura attribuibili

al servizio offerto in un determinato periodo (nel caso specifico, l’anno 1999) e il numero di prestazioni erogate riferibili allo stesso periodo temporale di riferimento.

Come anticipato, nell’ambito del SPDC si sono monetizzati separatamente i tre servizi erogati (ricovero e cura, DH e visite ambulatoriali). Considerando che il dato era disponibile a livello aggregato, si sono utilizzati i “carichi di lavoro” come base di imputazione; tale scelta è giustificata dal fatto che la voce “personale” è risultata la componente di costo largamente prevalente nel servizio in questione.

È stato possibile calcolare anche il costo medio di una giornata in CD, in quanto il Controllo di Gestione dell’UO analizzata rileva i dati di attività e di costo ad esso riferiti separatamente dal resto del CPS cui appartiene.

## RISULTATI

L’analisi, relativa all’anno 1999, è stata effettuata su una UO del DSM dell’Azienda

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI INTERVENTI RISPETTO ALLE PRESTAZIONI TOTALI	
<b>INTERVENTI CLINICI</b>	<b>55.5%</b>
Visita colloquio	47.9%
Somministrazione di farmaci	6.8%
Attività di valutazione	0.5%
Visita per acc. medico-legale	0.4%
<b>INTERVENTI DI PSICOTERAPIA</b>	<b>2.3%</b>
Psicoterapia individuale	1.9%
Psicoterapia di famiglia/coppia	0.2%
Psicoterapia di gruppo	0.2%
<b>INTERVENTI RIVOLTI AI FAMILIARI</b>	<b>2.5%</b>
Colloqui con familiari	2.4%
Gruppo di familiari	0.1%
<b>INTERVENTI DI COORDINAMENTO E VERIFICA</b>	<b>3.0%</b>
Riunioni sui casi, interne alla U.O.P.	1.2%
Riunioni con strutture sanitari/altri Enti	1.4%
Riunioni con persone/gruppi non istituzionali	0.4%
<b>INTERVENTI DI RIABILITAZIONE E DI RISOCIALIZZAZIONE</b>	<b>3.1%</b>
Interventi interpersonali e sociali	0.1%
Intervento individuale di risocializzazione	1.6%
Gruppo di risocializzazione	0.6%
Inserimento lavorativo	0.8%
<b>INTERVENTI DI SUPPORTO</b>	<b>5.5%</b>
Supporto delle attività quotidiane	2.1%
Supporto sociale	3.4%
<b>CD</b>	<b>28.1%</b>
Permanenza superiore alle 4 ore	24.7%
Permanenza inferiore alle 4 ore	3.4%

**Tabella 1**

Tabella 2

	% INCIDENZA COSTI PERSONALE	% INCIDENZA COSTI DEI MATERIALI	% INCIDENZA COSTI COMUNI E INDIRETTI
SPDC	65%	1%	34%
CPS	61%	1%	37%
CRT	65%	0%	35%

Ospedaliera di Seriate (BG), così strutturata: un SPDC che offre i servizi di ricovero e cura, DH e ambulatorio, un CPS, un CD inserito all'interno del CPS e una CRT.

Il bacino di utenza servito dal DSM cui appartiene l'UO in analisi è complessivamente di 165.000 abitanti; i comuni sono 51, ubicati in un'area geografica di tipo prevalentemente extraurbano.

A titolo informativo, la Tabella 1 mostra la distribuzione percentuale dei diversi tipi di interventi effettuati dal CPS rispetto al totale delle prestazioni, evidenziando una netta prevalenza degli interventi clinici e delle attività svolte in CD (complessivamente l'83.6% del totale). Considerando solamente il CD, l'88% delle giornate di presenza ha una durata maggiore di quattro ore, il restante 12% una durata inferiore.

Per quanto riguarda l'erogazione dei servizi, il 75% degli interventi attribuibili al CPS sono effettuati in sede, il 10% circa al domicilio del paziente e la quota restante in altre sedi (ad esempio, reparti ospedalieri).

Nella CRT analizzata, l'89% delle giornate di presenza dei pazienti è effettuato in regime di residenzialità, mentre il residuo 11% in semiresidenzialità (di queste, il 91% con permanenza nella comunità superiore alle quattro ore e solamente il 9% inferiore).

All'interno del CD, il 74% degli interventi avviene su singoli soggetti, mentre il restante 26% per terapie di gruppo; valori abbastanza simili, facendo riferimento agli stessi servizi, sono stati ottenuti analizzando i dati di attività relativi alla CRT: 84% di interventi su singoli e 16% su gruppi di pazienti.

La Tabella 2 mostra come si distribuiscono percentualmente le varie tipologie di costo nei servizi analizzati: com'era prevedibile, la voce

di costo ampiamente prevalente per tutti è costituita dal personale (con percentuali sempre superiori al 60%), mentre l'incidenza dei costi comuni e indiretti è risultata circa un terzo del totale; i costi dei materiali, sono, invece, sostanzialmente trascurabili in tutti i servizi analizzati.

La Tabella 3 mostra i dati di costo medio per prestazione, calcolati come rapporto fra il costo totale attribuibile al singolo servizio e il numero di prestazioni annue erogate dallo stesso. I valori sono risultati i seguenti: L.59.000 circa per una giornata in CD, L.375.000 per una giornata di presenza in CRT, L.110.000 per una visita in SPDC, L.536.000 per una giornata di degenza in SPDC, L.590.000 per un accesso in DH.

L'elevato numero dei servizi offerti dal CPS (19 servizi differenti, per un totale di oltre 12.000 prestazioni) rende poco significativo, come già sottolineato, il calcolo di un costo medio unitario generale e richiederebbe di ponderare in qualche modo le varie tipologie di prestazioni fornite, attribuendo a ciascuna di esse un "peso" relativo; come già ricordato, tale operazione non è stata effettuata, implicando una componente di arbitrarietà giudicata eccessiva.

### DISCUSSIONE

Il limite principale di questo studio è costituito dal fatto di aver potuto monetizzare i servizi prestati da una sola UO e, quindi, di avere stimato dati di costo medio che non possono in alcun modo essere considerati rappresentativi della realtà nazionale; va precisato che tale risultato non è riconducibile a mancanza di volontà da parte dei centri partecipanti al progetto SCORE, al contrario molto disponibili a col-

Tabella 3

	COSTO MEDIO UNITARIO
SPDC	
Giornata di degenza	536.000
Accesso in day hospital	590.000
Visita ambulatoriale	110.000
CD	
Giornata di presenza	59.000
CRT	
Giornata di presenza	375.000

laborare, ma all'oggettiva difficoltà di reperire i dati di costo necessari. La difficoltà incontrata nella determinazione dei costi, in particolare quelli "indiretti" (per la cui stima devono essere disponibili i ribaltamenti effettuati dalla struttura in cui il servizio è inserito) è, d'altronde, confermata dai risultati di un recente studio su scala nazionale che mirava, fra l'altro, a stabilire il costo pieno delle prestazioni dei servizi psichiatrici (7). Ponendosi come obiettivo un'analisi comparativa fra più dipartimenti, si deve sottolineare come la realtà italiana delle strutture psichiatriche risulti talmente eterogenea che ogni confronto, anche all'interno della stessa regione, può risultare complesso: la standardizzazione di dati provenienti da realtà molto diverse, con tipologie di servizi erogati spesso differenti, presenta difficoltà affatto trascurabili. La disomogeneità di tipo strutturale fra i diversi distretti può solo essere parzialmente giustificata dal fatto che i dipartimenti sono di tipo territoriale e, quindi, risentono della specificità dei contesti locali in cui sono collocati. Come se ciò non bastasse, le difficoltà di confronto vengono ulteriormente accentuate dalla mancanza di omogeneità nella denominazione dei servizi, dato che sul territorio nazionale sono attribuiti allo stesso tipo di servizio nomi differenti (o, ancora peggio, con lo stesso nome

vengono identificati servizi diversi).

Il risultato di maggior rilievo dello studio, al di là della stima dei parametri di costo in quanto tali, può essere considerato la dimostrazione che la riorganizzazione della struttura contabile delle aziende pubbliche (8), resa obbligatoria dal DL 502/92, 517/93 e successivi aggiornamenti, permette di ripartire i costi fra le diverse prestazioni, operazione necessaria per poter effettuare valutazioni credibili di efficienza economica dei servizi. In tal modo, infatti, si rendono disponibili le informazioni relative all'assorbimento delle risorse e dei costi ad esse associati, indispensabili per poter valutare l'adeguatezza allocativa delle stesse.

La variabilità dei costi fissi attribuibili ai diversi servizi e la loro rilevanza, evidenziata dai risultati di questo studio, dovrebbero stimolare un'applicazione più analitica della contabilità per centri di costo nei DSM che consenta di individuare le attività caratterizzate da un maggiore assorbimento di risorse. Tale informazione appare importante alla luce del fatto che l'utilizzo di dati aggregati (a livello di DSM o di UO) per quantificare un costo complessivo per prestazione comporterebbe una "semplificazione" grossolana e inaccettabile, assolutamente inadatta a fotografare la pur eccessiva complessità dei servizi psichiatrici esistenti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Terkelsen KG., Menikoff A.: *Measuring the costs of schizophrenia implications for the post-institutional era in US*, *PharmacoEconomics* 1995; 8 (3): 199-222.
2. WORLD HEALTH ORGANISATION: *The international pilot study of schizophrenia (IPSS)*, Geneva: World Health Organisation 1973.
3. Selleri L.: *Principi di contabilità industriale e per la direzione*, Milano: Etas libri 1984.
4. Anthony R, Young DW.: *Controllo di gestione per il settore non-profit*, Milano: McGraw-Hill 1992.
5. Casati G (a cura di): *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Milano: EGEA 1996.
6. Drummond MF.: *Methods for economic evaluation of health care programmes*, Oxford: Oxford medical Publications 1987.
7. Munizza C., Donna G., Nieddu S.: *Finanziamento e management del Dipartimento di salute mentale*, Bologna: Il Mulino 1999.
8. Casati G., Mastrobuono I., Scomparin L., et al.: *Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane*, MECOSAN 1998; 23.
9. Fattore G., Percudani M., Pugnoli C., et al.: *I costi delle prestazioni in psichiatria: un'analisi condotta in un Centro Psico-Sociale (CPS) pubblico in Lombardia*, *Epidemiologia e psichiatria sociale* 1997; 6 (2).