

TITOLO

PENSARE, PROGRAMMARE ED AGIRE: ANALISI DEI COSTI DI UN DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

AUTORI

Ferraresso M. (1) , Gion A. (2), Moressa G. (3), Ramacciotti F. (4), Segato F. (5)

- (1) Controllo di Gestione USL 12 Veneziana
- (2) Psicologo Consulente USL 12 Veneziana
- (3) Psicologo, Responsabile Sistema Informativo USL 12 Veneziana
- (4) Psichiatra Direttore Dipartimento Salute Mentale USL 12 Veneziana
- (5) Psicologo Consulente Azienda USL 12 Veneziana

RIASSUNTO

Scopo: Nel presente lavoro gli Autori, attraverso la ricostruzione del costo totale di gestione di un DSM e dei costi diretti e indiretti ribaltati sul singolo paziente, propongono una riflessione sulla complessità ed utilità pratica del 'capitolo spesa' in salute mentale.

Metodi: I costi sono stati ricostruiti mediante *linkage* tra le differenti fonti informative disponibili, applicando un sistema di tipo *top down*, dal bilancio del DSM alla singola prestazione, implementato da logica di tipo *bottom up*, principalmente costituita da interviste sul campo agli operatori. L'analisi dei dati è stata effettuata sulle principali variabili sociodemografiche e cliniche del campione.

Risultati: L'analisi del costo annuo ricostruito per singolo paziente evidenzia un'elevata variabilità intra categoria nella quasi totalità delle variabili prese in esame. Non si riscontrano differenze significative secondo il livello di istruzione.

Conclusioni: Il presente lavoro conferma quanto riportato dalla letteratura sull'argomento. Tuttavia, lo scopo principale rimane la formulazione di importanti

interrogativi, inducendo non solo una riflessione sulla possibile tipologia di finanziamento adatta alla Salute Mentale, ma anche una ricerca e la conseguente creazione di uno strumento utile per l'osservazione di tutte quelle sfaccettature fondamentali dell'utenza, importanti per comprendere la grande variabilità, riscontrabile poi nei costi, interna ad ogni categorizzazione del malato mentale.

SUMMARY

Target: in this report, the Authors, through the calculation of the total cost of managing a DSM balance and the direct or indirect costs applied to any single patient, intend to consider the complexity and the practical utility of the "expenses issue" in the mental health department.

Methods: The costs have been calculated using a *linkage* between the different available informative fonts, applying a *top down* system, from the DSM balance to the single hospital service, implementing a *bottom up* system, mainly based on interviews to the local operators. The data analysis has been released concentrating the study on the main social, demographic and clinical variables tested on the existing sample .

Results: The analysis of the annual cost applied to any single patient points out a raising variety inside the entire categories considering almost the total of the existing variables.

Conclusions: This report confirms what other studies have been written on this argument. Nevertheless, the main target remains explaining important questions, producing a remark not only about the foreseeable way of financing the Mental Health, but also a research and the consequential development of an useful tool in order to observe all the different points of view focused on the costumers, which are important to understand the huge variety, shown by the costs and typical of each category of mental health patient.

INTRODUZIONE

In un periodo come il nostro, primariamente determinato dalla scarsità di risorse, il 'fare qualità' diviene parte fondamentale di ogni azienda e servizio. Questo concetto viene spesso abusato e frainteso, perdendo di vista il vero significato che può essere descritto secondo tre aspetti fondamentali: valutare, standardizzare e migliorare. Ne consegue l'imprescindibilità della dotazione di strumenti idonei alla descrizione prima, ed al monitoraggio dopo, di un obiettivo che appare fin da subito complesso.

Nel campo della salute mentale la difficoltà di una valutazione dell'efficacia e dell'efficienza di programmi terapeutici è nota nel mondo della ricerca da molto tempo. Ciò ha a che fare con lo stesso oggetto della cura, che non va dimenticato, rimane la persona nella sua interezza. Non stupisce quindi la duplice difficoltà – dell'oggetto di cura e delle relazioni tra i differenti livelli in gioco – nel caso in cui si cerchi di pensare, programmare e agire in modo condiviso su di un piano economico-manageriale, seguendo percorsi sempre più ardui di possibili cause e ipotetici effetti.

Le ricerche in questo ambito si orientano primariamente secondo tre filoni principali:

1) Sistemi di finanziamento e possibili predittori dei costi dell'assistenza psichiatrica;

2) *Cost-effectiveness e cost-utility*;

3) Conseguenze economiche delle patologie psichiatriche e studi transculturali.

La prima tipologia di studi, all'interno della quale rientra parzialmente la ricerca qui descritta, esplora le variabili che possono essere usate come predittori dei costi. Molte ricerche condotte in Europa hanno registrato una variabilità elevata tra le stime dei costi a livello individuale; una possibile spiegazione di questo effetto potrebbe essere legata alle diverse esigenze dei pazienti, il che implica una relazione tra necessità e uso delle risorse. Se questo ci appare certamente vero, non pare tuttavia esaustivo della complessità del fenomeno. Altri lavori evidenziano la maggior predittività della

variabile 'funzionamento sociale', significativamente e negativamente correlata al costo. Più completi sono quegli studi che prendono in considerazione le relazioni tra più variabili: il 40%-50% del costo di salute mentale viene spiegato dalle caratteristiche personali dei pazienti; in particolare, genere ed età o storia passata di utilizzo di servizi psichiatrici. Un ulteriore contributo conferma che tra il 37% e il 53% della variazione dei costi è predetta dalle seguenti variabili personali dei pazienti: età, genere, scolarità, lunghezza del contatto, durata del contatto, stato economico, occupazione lavorativa, stato civile, tipologia di primo contatto, contratto terapeutico, fonte di raccomandazione. L'età e l'intensità di contatti hanno un effetto positivo, mentre il vivere con la famiglia, l'aver un punteggio più alto al Global Assessment of Function (GAF) e una diagnosi di schizofrenia hanno un effetto negativo sui costi non psichiatrici. Ulteriori studi mettono in relazione le variabili con i punteggi ottenuti mediante scale o interviste strutturate come la Client Services Recipient Interview (CSRI). La storia psichiatrica, in particolare i precedenti ricoveri, risulta la variabile maggiormente significativa in uno studio recente sulla predittività così come alcune variabili demografiche come scolarizzazione, etnia ed occupazione. Come si evince, la letteratura abbonda di studi sui predittori dei costi dell'assistenza psichiatrica, i quali spesso confermano le variabili principali e talvolta ne individuano di nuove. Ciò che però accomuna i vari studi è la creazione di modelli che non raggiungono mai la completezza di spiegazione del costo totale, fattore che ha spinto i ricercatori ad analizzare criticamente il sistema di raccolta delle variabili cercando di costruire modelli complessi di regressione multipla.

Il presente lavoro, certamente orientato alla ricostruzione dei costi per ogni singolo utente ed all'analisi delle possibili relazioni tra le variabili potenzialmente predittive, ha tuttavia lo scopo di contribuire alla riflessione sul valore aggiunto del dato sui costi all'interno del management del DSM. L'apporto dell'analisi sui costi al pensiero, alla

programmazione e all'azione dovrebbe divenire patrimonio realmente fruibile da ogni DSM, calato quindi all'interno della singola realtà di quel territorio e di quello specifico bacino di utenza.

MATERIALI E METODI

La ricostruzione dei costi ha seguito un sistema di tipo *top down*, quindi a partire dal bilancio del DSM per arrivare al costo della singola prestazione, ed ove necessario, tale procedura è stata integrata da una logica di tipo *bottom up*, principalmente costituita da interviste sul campo agli operatori.

E' stata realizzata una procedura di *linkage* tra le fonti informative interne all'azienda: il Sistema Informativo del DSM, e le banche dati del Controllo di Gestione, della Contabilità, dell'ufficio Rapporti in Convenzione e della Farmacia.

I costi sono stati ricostruiti secondo due criteri: costi diretti, ovvero i costi che direttamente sono imputati ad un processo, e costi indiretti, cioè i costi non direttamente imputabili ad un processo ma che nel computo del costo delle strutture in base all'utilizzo di un criterio di ripartizione. Sono stati considerati i differenti capitoli di spesa e tutte le tipologie di strutture afferenti al DSM (Tabella 1).

Tabella 1 – Capitoli di spesa DSM

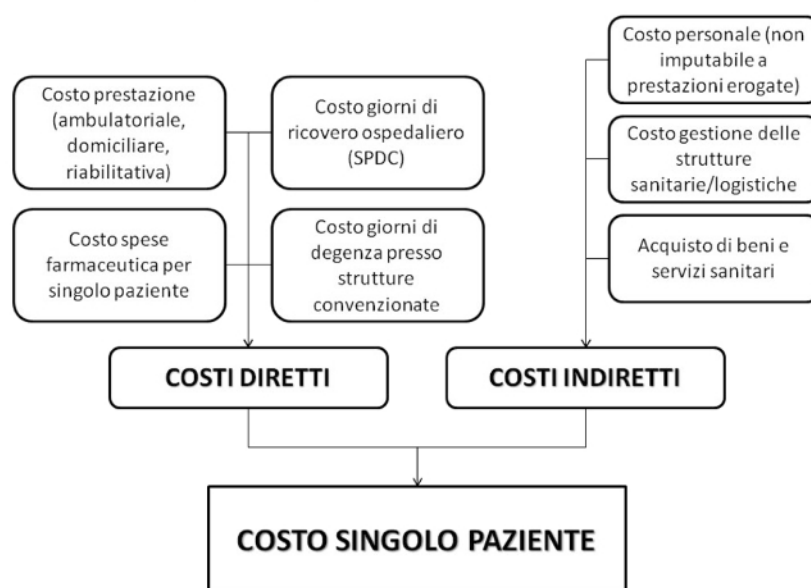
SPESA	SPDC	U.O. 1 (VENEZIA)	U.O. 2 (MESTRE)	U.O. 3 (MESTRE)	UOSD CENTRO DIURNO	ASSISTENZA PSICHIATRICA CONVENZIONATA	D.S.M.
FARMACI - ANALGESICI	1,53 %	9,43%	10,41%	9,91%	0,60%	1,16%	6,06%
DISINFETTANTI PER USO SANITARIO	0,17 %	0,76%	0,86%	0,45%	1,61%	0,00%	0,53%
ACQUISTI DI BENI	1,70 %	10,19%	11,26%	10,36%	2,22%	1,16%	6,59%
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	0,18 %	0,05%	0,11%	0,09%	18,71%	98,84%	15,96%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	15,23 %	5,73%	6,88%	4,38%	13,92%	0,00%	7,36%
ACQUISTI DI SERVIZI	15,42 %	5,78%	6,99%	4,47%	32,62%	98,84%	23,31%
MANUTENZION E RIPARAZIONE	0,75 %	1,10%	0,70%	0,35%	1,38%	0,00%	0,70%
GODIMENTO BENI DI TERZI	0,02 %	0,25%	0,67%	0,45%	4,62%	0,00%	0,55%
COSTO DEL PERSONALE	81,79 %	81,88%	79,32%	83,23%	58,20%	0,00%	68,18%
AMMORTAMENTI IMMOBILIZZ. IMMATERIALI	0,00 %	0,03%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	0,01%
AMMORTAMENTI IMMOBILIZZ. MATERIALI	0,31 %	0,77%	1,04%	1,14%	0,89%	0,00%	0,66%
COSTI DELLA PRODUZIONE	100,0 0%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %	100,00%	100,00%

Il costo di un singolo ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e delle strutture non convenzionate tiene conto dei vari costi diretti e indiretti relativi alla giornata di degenza.

Il costo diretto delle prestazioni territoriali è stato ricostruito considerando la specifica figura professionale erogante e quindi il costo standard orario regionale dell'operatore, la tipologia della prestazione e la durata in minuti della stessa. E' stato conteggiato per ogni utente il costo per l'eventuale trattamento farmacologico.

Al costo diretto della prestazione sono stati ripartiti i seguenti costi indiretti: acquisti di beni (es. materiali vari, disinfettanti), acquisti di servizi (es. trasporti, consulenze, pulizia, riscaldamento), costi per la formazione, manutenzioni e riparazioni (es. impianti sanitari e non), godimento beni di terzi (es. affitti, canoni noleggio, spese condominiali), costi del personale non direttamente utilizzati nella prestazione, oneri diversi di gestione (es. tasse e tributi) e ammortamenti di immobilizzazioni immateriali e materiali. Il criterio di ripartizione per suddividere tali costi è stato formulato pesando l'effettivo utilizzo delle strutture, ovvero mediante il costo diretto del singolo utente per ognuna delle strutture eroganti (Figura 1).

Figura 1 - Diagramma della ricostruzione dei costi



Il campione è costituito da 3565 pazienti in carico al servizio nell'anno. Tutti i soggetti avevano usufruito di almeno una prestazione nel periodo di tempo considerato (1 anno).

Per le principali variabili socio demografiche (sesso, stato civile, scolarità, situazione occupazionale, area geografica di residenza) sono state calcolate le frequenze e le percentuali; per l'età è stata calcolata media e deviazione standard. Sono state calcolate inoltre le frequenze e le percentuali per i disturbi psichiatrici secondo la classificazione ICD-9 raggruppati in macrocategorie diagnostiche (Tabella 2).

Tabella 2 – Macrocategoria Diagnostica

MACROCATEGORIA DIAGNOSTICA	CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA ICD9-CM
DISTURBI PSICOTICI	2950 – 2958; 2970 – 2973; 2978 – 2984; 2988 – 2989
DISTURBI AFFETTIVI MAGGIORI	2960 – 2969; 3110
DISTURBI NEVROTICI E REATTIVI	3000 – 3009; 3081 – 3084; 3089 – 3094; 3098 – 3099
DISTURBI DI PERSONALITA'	3010 – 3019
ALTRI DISTURBI (comprende anche disturbi da dipendenza, astinenza e/o abuso di sostanze disturbi mentali organici, ritardo mentale, demenze	2990; 3020; 3027; 3060 – 3069; 3120 – 3124; 3128; 3071; 3073; 3075; 3129 – 3130; 3140; 3150; 3160 2910 – 2915; 2918 – 2922, 2928 – 2928; 3030; 3039 – 3059 3170; 3180 – 3182; 3190; 2900 – 2904; 2908 – 2909; 2930 – 2931; 2938 – 2939; 2941; 2948 – 2949; 3100 – 3102; 3108 – 3109

E' stata creata la variabile categoriale "durata del contatto" per valutare il tempo in anni trascorsi dal primo contatto con il servizio. E' stata definito il concetto di presa in carico/presa in cura suddividendo il campione in soggetti ad alta assistenza territoriale (presa in carico) e in soggetti assistiti esclusivamente in regime ambulatoriale (presa in cura) (Tabella 3).

Tabella 3 – Aree tematiche di indagine

VARIABILE	FREQUENZE - %	
N	3565	
GENERE	M = 1487 (41.7%)	F = 2078 (58.3%)
ETÀ MEDIA	Età media M: 50,28 (DS 15.34)	Età media F: 54,75 (DS 16.31)
FASCIA D'ETÀ	18-25 anni = 119 (3%) 26-35 anni = 400 (11%) 36-45 anni = 771 (22%) 46-55 anni = 767 (22%) 56-65 anni = 668 (19%) 66-75 anni = 537 (15%) >76 anni = 303 (9%)	
AREA RESIDENZA	VENEZIA = 1349 (37.8%)	TERRAFERMA = 2216 (62.2%)
LIVELLO ISTRUZIONE	LICENZA ELEMENTARE = 724 (20,3%) LICENZA MEDIA = 1351 (37.9%) DIPLOMA = 1116 (31,3%) LAUREA = 371 (10.4%)	
PROFESSIONE	OCCUPATO = 1283 (36%)	NON OCCUPATO = 2282 (64%)
STATO CIVILE	CONIUGATO/A = 1109 (31,1%) CELIBE/NUBILE = 1925 (54%) SEPARATO/A - DIVORZIATO/A = 299 (8.4%) VEDOVO/A = 232 (6.5%)	
CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA ICD-9	PSICOTICI = 868 (24.3%) AFFETTIVI> = 587 (16.5%) PERSONALITÀ = 424 (11.9%) NEVROTICI = 1002 (28.1%) ALTRI = 684 (19.2%)	
PRESA IN CARICO/CURA	CARICO = 1866 (53%)	CURA = 1699 (47%)
TEMPO DAL 1° CONTATTO	<5 ANNI = 1707 (48%) 6-10 ANNI = 1596 (45%) > 10 ANNI = 262 (7%)	

Per valutare quali sono le possibili variabili che influenzano il costo medio, si è utilizzato il modello lineare generalizzato (GLM) che permette di cogliere quali variabili categoriali indipendenti agiscono sulla variabile dipendente (costo medio) implicando una differenza statisticamente significativa tra i gruppi. Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il *software* statistico *Package for Social Sciences* (SPSS) versione 17.

RISULTATI

Tabella 4 - Costo medio in € secondo genere

P 0,000

GENERE	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA
MASCHI	1487	4846,66	8362,03	2678,09
FEMMINE	2078	3562,51	4651,43	2610,97
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59

Si rileva una differenza statisticamente significativa tra il costo medio per pazienti maschi rispetto alle pazienti di sesso femminile. Nello specifico, i pazienti maschi risultano essere più costosi delle femmine (4846,66 Vs 3562,51) con una differenza espressa in euro pari a 1284,15. Un'altra caratteristica del campione si identifica con l'elevata deviazione standard per entrambi i gruppi, condizione che indica una notevole variabilità per quanto riguarda il genere.

Tabella 5 - Costo medio in € secondo fascia d'età

P 0,000

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA
ETÀ 18-25	119	3633,24	5221,66	2502,51
ETÀ 26-35	400	3957,24	6205,59	2620,52
ETÀ 36-45	771	4627,94	8102,39	2678,09
ETÀ 46-55	767	4401,26	6609,18	2693,59
ETÀ 56-65	668	4351,00	7111,28	2678,09
ETÀ 66-75	537	3511,99	4308,47	2677,10
ETÀ > 76	303	2832,72	3135,10	2393,05
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59

Analizzando l'età media dei pazienti, riferita al costo medio per il servizio, emergono anche in questo caso delle differenze statisticamente significative, unitamente ad una notevole deviazione standard per il costo, all'interno di ogni gruppo. In riferimento al costo medio, i costi più alti si riscontrano per i pazienti di età compresa tra i 36 e i 45 anni (4627,94), mentre con l'avanzare dell'età, dal gruppo 46-55 anni, i costi tendono a ridursi progressivamente sino a raggiungere il *range* di spesa più bassa, per i pazienti di età superiore a 75 anni (2832,72).

Tabella 6 - Costo medio in € secondo area di residenza

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
VENEZIA ED ISOLE	1349	4757,96	6881,48	2879,53	0,000
TERRAFERMA VENEZIANA	2216	3696,47	6212,71	1909,48	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

La tabella mette in evidenza il costo medio per i pazienti confrontando i costi per area di residenza dell'utenza. In questo caso, i pazienti residenti nell'area di Venezia Centro Storico ed isole risultano essere statisticamente più "onerosi" (4757,96) rispetto ai pazienti con residenza nella terraferma veneziana (3696,47).

Tabella 7 - Costo medio in € secondo livello di istruzione

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
NESSUNO - LICENZA ELEMENTARE	724	5714,79	8002,43	2972,93	N.S.
LICENZA MEDIA	1351	5737,40	10322,18	2972,01	
DIPLOMA	1116	4215,87	4349,54	2861,46	
LAUREA	371	4730,90	10207,36	2976,67	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

Non si riscontrano differenze statisticamente significative.

Tabella 8 - Costo medio in € secondo professione

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
OCCUPATO	1283	3636,84	3405,80	2765,92	0,000
NON OCCUPATO	2282	6811,92	10958,21	2995,07	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

I pazienti inoccupati/disoccupati o in pensione risultano avere un costo medio statisticamente più elevato (6811,92), rispetto ai pazienti in uno stato occupazionale attivo (3636,84) con un'elevata differenza pari a 3175,08.

Tabella 9 - Costo medio in € secondo stato civile

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
CELIBE/NUBILE	1925	7110,80	11066,03	3088,02	0,000
CONIUGATO/A	1109	3845,43	6100,89	2703,94	
SEPARATO/A - DIVORZIATO/A	299	4882,51	4787,70	2864,25	
VEDOVO/A	232	3391,64	2304,89	2634,18	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

Analizzando il costo medio e stato civile dei pazienti che hanno avuto accesso ai servizi si notano importanti differenze. Nello specifico, la categoria che risulta essere più costosa è individuata dai pazienti celibi/nubili (7110,80), seguita dai pazienti separati/divorziati (4882,51). Invece, per quanto riguarda i pazienti vedovi (3391,64), si riscontra il minor carico economico.

Tabella 10 - Costo medio in € secondo classificazione diagnostica

P 0,000

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA
DISTURBI PSICOTICI	868	6601,84	10942,00	3109,99
DISTURBI AFFETTIVI MAGGIORI	587	3867,17	4489,71	2644,61
DISTURBI DI PERSONALITÀ	424	4205,56	4984,86	2833,04
DISTURBI NEVROTICI E REATTIVI	1002	2535,71	2128,68	2363,05
ALTRI DISTURBI	684	3341,40	4066,70	2559,24
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59

Considerando il costo medio per paziente rispetto alla classificazione diagnostica si notano importanti differenze statisticamente significative, nonostante sia presente, all'interno di ogni gruppo diagnostico, un alto grado di variabilità. In generale, i pazienti che presentano una diagnosi di psicosi risultano essere i pazienti più onerosi, con un costo medio di 6601,84; i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità e disturbo depressivo maggiore si attestano a valori di costo medi. La categoria diagnostica meno onerosa risulta essere quella legata ai disturbi di natura nevrotica/reattiva (2535,71), con una differenza rispetto ai pazienti con diagnosi di psicosi pari a 4066,13. La variabilità del costo annuo si rileva anche all'interno dello

specifico disturbo (es.: schizofrenia) e del medesimo sottotipo (es.: schizofrenia tipo paranoide).

Tabella 11 - Costo medio in € secondo presa in carico/preso in cura

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
PRESA IN CURA	1699	2386,60	1245,26	2440,53	0,000
PRESA IN CARICO	1866	5656,51	8606,12	3033,27	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

Si riscontra una differenza significativa tra i costi medi dei pazienti presi in carico dalla struttura rispetto a quelli presi in cura: in particolare, i più onerosi risultano i pazienti presi in carico, con un costo medio pari a 5656,51, rispetto ai pazienti presi in cura, con un costo medio di 2386,60, indicando una differenza di costi doppia tra le due categorie.

Tabella 12 - Costo medio in € secondo durata del contatto

	N	COSTO MEDIO	DS	MEDIANA	P VALUE
MENO DI 5 ANNI	1707	2879,69	3021,73	2409,54	0,000
TRA 5 E 10 ANNI	1596	5133,51	8380,90	2822,14	
PIÙ DI 10 ANNI	262	5729,67	8240,04	3201,59	
TOTALE	3565	4098,14	6493,40	2646,59	

Nella tabella si evidenzia la diversità di costo tra utenti del dipartimento in base alla differenza della durata del contatto con il DSM. Pazienti con un contatto della durata maggiore di 10 anni risultano avere il costo medio statisticamente più elevato (5729,67), mentre un breve contatto (meno di 5 anni) comporta dei costi medi significativamente inferiori (2879,69).

CONCLUSIONI

La Salute mentale, nonostante venga percepita, descritta e gestita come i restanti ambiti della Sanità, possiede sia un'identità che delle caratteristiche specifiche che ne definiscono una maggiore complessità da un punto di vista manageriale, richiedendo di conseguenza una delicata e articolata amministrazione, soprattutto per quanto riguarda la questione economica.

E' comunque evidente che, qualora si parli di bisogni bio-psico-sociali, l'esigibilità delle risposte è correlata al patto sociale, alla scelta politica della comunità in cui si trova il paziente. Pertanto il ricercare si colloca necessariamente tra l'individuazione delle migliori pratiche in termini rapporto costi/efficacia e la determinazione dei bisogni di salute.

Nella prima fase della ricerca si è analizzato un prospetto di bilancio con l'intento di individuare un costo medio per paziente, incrociando i dati derivati dai costi fissi di gestione strutturale con quelli relativi alla costi alle prestazioni erogate. In un'ottica esplorativa si è cercato, tramite l'analisi della varianza, di valutare l'andamento del costo medio, confrontando i gruppi in base a variabile categoriali quali sessi, età, diagnosi, ecc.: benché il confronto tra i gruppi mostrasse delle differenze significativamente apprezzabili, i valori medi presentavano una deviazione standard molto elevata, indice di grosse differenze di costo all'interno di ogni raggruppamento. Tale evidenza, se da un lato sembra avvalorare la metodologia della ricostruzione dei costi qui adottata, dall'altro lato pare confermare quanto riportato in letteratura in merito alla presenza di fattori multipli predittivi della variabile costo del paziente psichiatrico.

Questo dato non trascurabile diviene quindi l'elemento preponderante dello studio: in salute mentale la malattia dell'utente assume un valore particolare, meglio definibile con termini, idee e concetti psicologico-psichiatrici più che medici; la natura del dolore

in questione è essenzialmente soggettiva, nonostante le categorizzazioni diagnostiche la rendano un argomento obiettivo. Il paziente affetto da patologia psichiatrica risulta quindi di difficile comprensione e previsione da un punto di vista economico: ogni caso ha un suo contesto, una sua *compliance*, un suo percorso di guarigione che difficilmente può essere anticipato e analizzato attraverso un sistema top-down di finanziamento. Ci si pone quindi l'obiettivo di capire quale metodo di finanziamento e quale analisi economica possano essere utilizzati per una comprensione migliore della Salute Mentale.

Lo studio pone quindi di fronte a tale quesito, a tale necessità, inducendo non solo una riflessione sulla possibile tipologia di finanziamento adatta a tale scopo, ma anche una ricerca e la conseguente creazione di uno strumento utile per l'osservazione di tutte quelle sfaccettature fondamentali dell'utenza, importanti per comprendere la grande variabilità, riscontrabile poi nei costi, interna ad ogni categorizzazione del malato mentale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. AIES. (2009, Maggio). *Proposta di Linee-Guida per la valutazione economica degli interventi sanitari*. Gruppo di Lavoro co-ordinato da Giovanni Fattore.
2. Amaddeo F, Tansella M. Economia della salute mentale. Nuove sfide e nuove prospettive. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2007. 16, 229–281.
3. Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, Fenyo A, Knapp M, Tansella M. The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand*. 1997. 95, 189–198.
4. Amaddeo F, Grigoletti L, de Girolamo G, Picardi A, Santone G, & the PROGRES Study Group. Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007. 115, 132–141.
5. Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H. A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology*. 2007. 40, 116–125.

6. Andreas S, Harfst T, Rabung S, Mestel R., Schauenburg H, Hausberg M, Kawski S, Koch U, Schulz H. The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *Int. J. Methods Psychiatr.* 2010. 19(1), 50–62.
7. Andreas S, Harries-Hedder K, Schwenk W, Hausberg M, Koch U, Schulz H. Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders? *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010. 39, 32–40.
8. Ball H, Kemp L, Fordham R. Road testing programme budgeting and marginal analysis: Norfolk Mental Health pilot project. *Psychiatric Bulletin.* 2009. 33, 141–144.
9. Bloom J R, Hu T, Wallace N, Cuffel B, Hausman J, Scheffler R. Mental Health Costs and Outcomes Under Alternative Capitation Systems in Colorado: Early Results. *The Journal of Mental Health Policy and Economics.* 1998. 1, 3–13.
10. Bonizzato P, Bisoffi G, Amaddeo F, Chisholm D, Tansella M. Community-based mental health care: to what extent are service costs associated with clinical, social and service history variables? *Psychological Medicine.* 2000. 30, 1205–1215.
11. Brooks R. The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2000. 34, 504–511.
12. Charvat M, Gheyntanhi A, Beutler L E, Breckenridge J. Point of Entry and Functional Impairment as Predictors of Treatment Amount and Cost for Patients With Mental Illness and Substance Abuse Disorders in Santa Barbara County Mental Health Services. *Psychological Services.* 2010. 7(1), 44–56.
13. Dunn G, Mirandola M, Amaddeo F, Tansella M. Describing, explaining or predicting mental health care costs: a guide to regression models: Methodological review. *The British Journal of Psychiatry.* 2003. 183, 398–404.
14. Garattini L, Rossi C, Tediosi F, Cornaggia C, Covelli G, Barbui C, Parazzini F. Costi diretti della schizofrenia nei dipartimenti di salute mentale italiani. *PharmacoEconomics - Italian Research Articles.* 2000. 4(2), 81–89.
15. Knapp M, McDaid D, Amaddeo F, Constantopoulos A, Oliveira M D, Salvador-Carulla L, Zechmeister I, The Mheen Group. Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health.* 2007. 16(2), 167 – 180.
16. Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011. 47(3), 447–54.
17. Lovaglio P G, Monzani E. Validation aspects of the Health of the Nation Outcome Scales. *International Journal of Mental Health Systems.* 2011. 5(20), 1–33.
18. McClelland R, Trimble P, Fox M L, Stevenson M R, Bell B. Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Quality in Health Care.* 2000. 9, 98–105.

19. McCrone P, Thornicroft G, Parkman S, Nathaniel-James D, Ojurongbe W. Predictors of mental health service costs for representative cases of psychosis in south London. *Psychological Medicine*.1998. 28, 159–164.
20. Meagher D, O'Brien S, Pullela A, Oshun A, Brosnan P. Multidisciplinary activities in a community mental health service: relationship to Health of the Nation Outcome Scale scores and diagnosis. *Psychiatric Bulletin*.2009. 33, 172–175.
21. Mirandola M, Amaddeo F, Dunn G, Tansella M. The effect of previous psychiatric history on the cost of care: a comparison of various regression models. *Acta Psychiatr Scand*.2004. 109,132–139.
22. Mirandola M, Bisoffi G, Bonizzato P, Amaddeo F. Collecting psychiatric resources utilisation data to calculate costs of care: a comparison between a service receipt interview and a case register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1999. 34, 541–547.
23. Moscone F . *Proposta di un nuovo indice di distribuzione delle risorse sanitarie*.2007. Disponibile in:
<http://www.irer.it/ProgettoMagellano/2007/risultati/progetti/Francesco%20Moscone.pdf>
24. Oiesvold T, Bakkejord T, Sexton J A. Concurrent validity of the Health of the Nation Outcome Scales compared with a patient-derived measure, the Symptom Checklist-90-Revised in out-patient clinics. *Psychiatry Research*.2011. 187, 297–300.
25. Percudani M, Cerati G. Social costs and outcome evaluation in schizophrenia. *Journal of Medicine & The Person*.2006.4(2), 70–75.
26. Reed S K, Hennessy K D, Mitchell O S, Babigian H M. A Mental Health Capitation Program: II. Cost-Benefit Analysis. *Hosp Community Psychiatry*.1994. 45,1097–1103.