

I COSTI DEI CENTRI DIABETOLOGICI IN ITALIA

D. ROGGERI, L. GARATTINI

CESAV (Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti"), Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

riassunto Obiettivo dello studio è stata la stima dei costi medi unitari per visita ambulatoriale e per accesso in day hospital nei centri diabetologici italiani. L'analisi, ispirata al concetto di "costo pieno", è stata condotta su un campione di sette centri diabetologici distribuiti sul territorio nazionale, selezionati a partire dai 35 centri partecipanti al progetto RECORD. La stima del costo medio per visita ambulatoriale è risultata di L. 60.500, quella per accesso in day hospital di L. 327.400. La voce di costo che incide maggiormente sui costi totali è quella del personale, con valori percentuali medi del 78% per le visite ambulatoriali e del 76% per gli accessi in day hospital. I risultati mostrano inoltre una maggiore incidenza percentuale dei costi comuni e generali sul totale per i centri inseriti in strutture ospedaliere rispetto a quelli strutturati autonomamente. Parole chiave. Diabete, costi, centri diabetologici.

summary *Costs in centres for diabetes care in Italy. The present study aims to estimate the unit cost of an outpatient consultation and a day hospital admission in Italian centres for diabetes care. The analysis, conducted according to the "full cost" method, concerned seven centres for diabetes care -selected among the 35 participants of the project RECORD -throughout Italy. The unit cost estimate of an outpatient consultation and of a day hospital admission resulted, respectively, L. 60,500 and L. 327,400.*

Personnel is the most relevant component of total cost, accounting for 78% for outpatient consultation and for 76% for day hospital admission costs. Furthermore, the results show that general costs accounted for a higher proportion of total costs centres included into general medicine departments -compared to those ones which are part of community care.

Key words. Diabetes, costs, centres for diabetes care.

Introduzione

Il continuo aumento della spesa sanitaria, in concomitanza con la limitatezza delle risorse finanziarie disponibili, rende sempre più improrogabile una razionalizzazione nell'allocazione delle risorse stesse all'interno del sistema sanitario.

Considerando che il diabete e le complicanze da esso derivanti (piede diabetico, nefropatia, retinopatia, neuropatia, disturbi cardiocircolatori ecc.) rappresentano la quarta causa di morte in quasi tutti i Paesi industrializzati (1), è interessante valutare l'impatto economico della prevenzione e della cura di tale patologia. La stima dei costi indotti dalla cura del diabete è diffi-

coltosa per le caratteristiche intrinseche di tale patologia. Essendo il diabete una malattia cronica, infatti, i costi sanitari sono distribuiti su un periodo di tempo molto lungo e, quindi, risultano difficilmente stimabili; inoltre, le frequenti complicanze generano ulteriori costi derivanti dalle terapie a esse associate.

Questo studio analizza i costi di struttura di alcuni centri di diabetologia, al fine di stimare i costi medi unitari per visita ambulatoriale e per accesso in day hospital (DH). Tale analisi è stata condotta nell'ambito dello studio "RECORD"¹, progetto che mira a stimare in modo prospettico i costi sanitari

¹ Al progetto RECORD (Rilevazione Economica COsti e Risorse del Diabete) condotto dal CESAV dell'Istituto Mario Negri con il patrocinio di AMD, SID e SIEDP, partecipano 35 centri diabetologici, per un totale di 2260 pazienti arruolati.

indotti dai pazienti diabetici nei centri specialistici. Come già anticipato, obiettivo specifico di questa parte del progetto RECORD, è stato quello di quantificare, in termini monetari, i costi medi delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture diabetologiche, visite ambulatoriali e accessi in DH, attraverso l'analisi dei costi di struttura. Tale obiettivo è stato perseguito calcolando il costo medio totale per ogni visita o accesso in DH, assumendo, coerentemente con il concetto di "costo pieno" (2), che il costo totale sia costituito dalla somma dei costi comuni, generali, dei materiali e del personale².

Partendo dai 35 centri aderenti al progetto RECORD, sono stati selezionati quelli dotati di una contabilità strutturata per centri di costo, strumento informativo indispensabile per poter effettuare una valutazione attendibile dei costi medi³.

Di seguito, vengono illustrate le metodologie di analisi utilizzate e i risultati dell'indagine.

Materiali e metodi

La fattiva collaborazione, durante le interviste che hanno preceduto la selezione, da parte dei diabetologi responsabili dei 35 centri selezionati per il progetto RECORD, ha consentito l'individuazione di 7 centri dotati delle caratteristiche indispensabili per consentire una corretta attribuzione dei costi, cioè con una contabilità per centri di costo in grado di fornire informazioni sufficientemente disaggregate.

Il campione dei 7 centri individuati con la metodologia sopra descritta è risultato così distribuito geograficamente: due nel Nord-Ovest, due nel Nord-Est, due al Centro e uno al Sud. Tutti i centri selezionati esercitano attività ambulatoriale, mentre il DH è risultato presente soltanto in due dei sette centri selezionati. Inoltre, cinque centri sono risultati appartenenti a presidi ospedalieri, mentre gli altri due sono ubicati in unità autonome.

La bassa percentuale dei centri selezionati rispetto al campione di partenza (20% del totale) testimonia indirettamente che il processo di aziendalizzazione e successivo adeguamento dei sistemi di Controllo di Gestione nel SSN, è tuttora in atto al di là dell'obbligatorietà dell'introduzione degli stessi per legge (Dlgs 502/92 e successivi aggiornamenti) (4).

TAB. I. Prospetto di raccolta dati inviato ai centri partecipanti alla sperimentazione

Costi comuni e generali	Costi materiali	Costi personale
Lavanderia	Sanitario (presidi sanitari, disinfettanti ecc.)	Personale medico (inclusi specialisti)
Cucitoria	Non sanitario (beni economici, cancelleria ecc.)	Personale infermieristico (professionale + ausiliario)
Cucina		Amministrativo
Mensa		Tecnico (dietista ecc.)
Servizio dietologia		Altro (specificare)
Ufficio aggiornamento		
Biblioteca medica		
Direzione amministrativa		
Direzione sanitaria		
Acqua		
Energia elettrica		
Telefono		
Riscaldamento		
Pulizia		
Smaltimento rifiuti		
Assicurazioni		
Altro (specificare)		

Attraverso la compilazione del prospetto mostrato in tabella I da parte di ogni centro, si sono ottenute informazioni omogenee e standardizzabili.

L'imputazione dei costi generali e comuni e dei costi dei materiali alle singole prestazioni, è stata effettuata utilizzando parametri fisici (numero di pasti richiesti, chilogrammi di biancheria, volume dell'edificio ecc.), i quali consentono di effettuare una suddivisione ragionevole fra le tipologie di attività in esame di quei fattori produttivi per cui la quantità impiegata non è valutabile tramite misurazione specifica.

² Nel computo dei costi totali non sono stati inclusi i costi dei farmaci e degli esami diagnostici, in quanto gli stessi verranno valorizzati separatamente all'interno del citato studio RECORD, attraverso l'utilizzo rispettivamente di prezzi e tariffe.

³ Vista l'importanza attribuita allo strumento dei centri di costo nella scelta dei servizi diabetologici da inserire nello studio, sembra opportuno fornire la definizione di centro di costo: esso va considerato un espedito contabile che permette di raggruppare le spese attinenti allo stesso tipo di output, prodotto da un'attività chiaramente definita (3).

Vale la pena di ricordare che la contabilità per centri di costo, utilizzando per sua natura parametri convenzionali nell'imputazione delle risorse secondo la loro destinazione economica e utilizzando a questo fine stime soggettive, risulta funzionale a effettuare confronti fra singoli reparti e/o presidi ospedalieri, piuttosto che a un computo dettagliato dei costi effettivi. Seguendo un approccio di tipo top down (5), la metodologia utilizzata per giungere alla quantificazione monetaria dei fattori produttivi imputabili a un dato processo produttivo è stata la seguente:

- individuazione di tutte le risorse coinvolte nel processo produttivo;
 - classificazione dei fattori produttivi in relazione all'obiettivo dell'analisi;
 - quantificazione in termini monetari di tali fattori.
- La figura 1 riassume concettualmente la metodologia utilizzata.

Il costo totale imputabile alle tipologie di prestazione indagate può essere valutato, in questo modo, come la sommatoria di tutte le risorse (adeguatamente monetizzate) utilizzate per erogarle. Il risultato finale è stato espresso in un costo medio per prestazione.

Risultati

Il numero di visite ambulatoriali annuali oscilla dalle 1000 del centro 3 alle 22.484 del centro 7, mentre

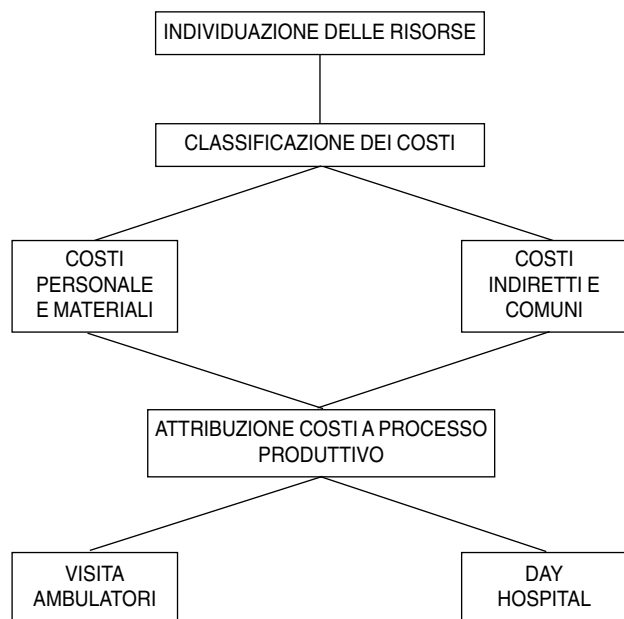


Fig. 1

TAB. II. Costo medio totale per visita ambulatoriale e per accesso in DH

	Costo visita	N.I.	Costo accesso DH	N.I.
Centro 1	55.300	91		
Centro 2	69.100	114	300.000	93
Centro 3	40.100	66		
Centro 4*	38.100	63		
Centro 5*	83.500	138	354.800	110
Centro 6	97.000	160		
Centro 7	40.400	67		
Media	60.500	100	327.400	100
Coefficiente di variazione	35,802			

*I centri 4 e 5 sono ubicati in strutture autonome

per gli accessi in DH i valori annuali sono compresi fra 600 e 888.

Il costo medio totale per visita, calcolato come media semplice dei costi per visita dei singoli centri, assume un valore di L. 60.500 (tab. II); con la stessa metodologia di calcolo si è stimato in L. 327.400 il costo medio totale per ogni accesso in DH.

La tabella III mostra le percentuali di incidenza delle diverse tipologie di costo sul totale per l'attività ambulatoriale e per quella di DH. L'incidenza dei costi comuni e generali oscilla fra il 6% del centro 4 e il 32% del centro 6 per quanto riguarda l'ambulatorio, mentre risulta il 21%-22% per il DH.

L'elevato intervallo di variazione di tale incidenza per l'attività ambulatoriale dipende dalle diverse ubicazioni strutturali del centro: gli ambulatori in ambito ospedaliero, infatti, presentano normalmente incidenze di costi comuni e generali superiori rispetto a quelli ubicati in strutture autonome.

I costi che incidono in maggior misura sul totale, sia per l'attività ambulatoriale sia per quella in DH, sono quelli relativi al personale. La percentuale media di incidenza del costo del personale sul totale risulta circa il 78% per la visita ambulatoriale e il 76% per l'accesso in DH con valori compresi fra il 67% del centro 6 e il 90% dei centri 4 e 7 per le attività ambulatoriali, fra il 74% e il 78% per il DH.

Considerazioni finali

Il limite principale dello studio in questione è la limitata numerosità del campione analizzato; d'altro

TAB. III. Incidenza costi comuni, generali, del personale e dei materiali sui costi totali

	Costi comuni e generali	Costi del personale	Costi materiali	Costi totali
A) Attività ambulatoriale				
Centro 1	27%	68%	5%	100%
Centro 2	18%	72%	10%	100%
Centro 3	25%	70%	5%	100%
Centro 4*	6%	90%	4%	100%
Centro 5*	7%	89%	4%	100%
Centro 6	32%	67%	1%	100%
Centro 7	7%	90%	3%	100%
B) Accessi day hospital				
Centro 2	21%	78%	1%	100%
Centro 5*	22%	74%	4%	100%

* I centri 4 e 5 sono ubicati in strutture autonome

canto, data la sua composizione, esso può essere considerato indicativo a livello di distribuzione geografica e dimensionale della complessità che caratterizza la realtà nazionale.

Il processo di valutazione dei costi è stato complesso, in quanto le realtà confrontate sono disomogenee per dimensione, tipologia (ambulatorio ospedaliero o struttura indipendente) e organizzazione. In particolare appare necessario sottolineare come sia risultata più semplice la valutazione dei costi comuni e generali in un centro a se stante, rispetto a quella di uno inserito in un presidio ospedaliero. Nel secondo caso, infatti, il centro dev'essere dotato di una contabilità per centri di costo analitica, tale per cui sia possibile ribaltare la quota di costi comuni attribuibili al reparto sullo stesso. Proprio per questo motivo, non si sono potuti inserire nella sperimentazione molti centri di una certa dimensione.

A livello di risultati, va sottolineato come l'incidenza dei costi comuni e generali sui totali sia risultata, in generale, nettamente superiore per i centri inseriti in presidi ospedalieri, rispetto a quelli ubicati in strutture autonome; peraltro tale risultato era abbastanza scontato, visto che una struttura complessa è, per definizione, caratterizzata da elevati costi comuni e generali.

D'altra parte, la valutazione quantitativa che i centri

in ambito ospedaliero assorbono costi maggiori rispetto a quelli in sedi autonome costituisce un'informazione rilevante, a cui, però, vanno associate considerazioni di carattere organizzativo e sanitario, di natura tipicamente locale, per formulare giudizi di opportunità sull'ubicazione strutturale più consona dei centri diabetologici.

In conclusione, le difficoltà incontrate nel reperimento dei centri da analizzare e nella successiva valutazione dei dati, sono una conferma indiretta della situazione di arretratezza che caratterizza tuttora l'applicazione dei sistemi di controllo di gestione all'interno del SSN, nonostante le specifiche disposizioni legislative in materia.

Ringraziamenti

Ferma restando la completa responsabilità degli autori per quanto scritto nell'articolo, si desiderano ringraziare i responsabili dei centri partecipanti al progetto per il loro fondamentale contributo in termini di informazioni fornite e di disponibilità.

Bibliografia

1. Zimmet P, McCarty D: The NIDDM epidemic: global estimates and projections; a look into the crystal ball. *IDF Bulletin* **40**, 1995
2. Anthony RN, Young DW: Controllo di gestione per gli Enti Pubblici e le Organizzazioni Non Profit. Mac Graw Hill, Milano, 1992
3. Sella L: Principi di contabilità industriale e per la direzione. Etas libri, 1984
4. Casati G, Mastrobuono I, Scomparin L, Guzzanti E: Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane. *MECO-SAN* **23**, 1998
5. Drummond MF: Methods for economic evaluation of health care programmes. Oxford Medical Publications, Oxford, 1987

Corrispondenza a: Dott.ssa Daniela Roggeri, Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti" (CESAV), Villa Camozzi, Via Camozzi 3, 24020 Ranica (BG); e-mail: cesav@cyberg.it

Pervenuto in Redazione il 14/2/2000 - Accettato per la pubblicazione il 28/3/2000