

-
1. ROI (*return of investments*) = $\frac{\text{reddito operativo}}{\text{totale investimenti}}$
 2. ROS (*return of sales*) = $\frac{\text{reddito operativo}}{\text{fatturato}}$
 3. Costo medio per esame = $\frac{\text{costi diretti}}{\text{numero prestazioni}}$
 4. Durata media delle giacenze = $\frac{\text{valore totale inventariato}}{\text{consumo annuo prodotti}}$
 5. Tariffa media per esame = $\frac{\text{fatturato totale}}{\text{numero prestazioni}}$
 6. TAT analitico
-

soluzione realizzata, oltre che sul rinnovo della strumentazione, si è avvalsa di un sistema informatico aperto, con procedure di validazione da terminale e firma elettronica, flusso continuo delle informazioni e collegamento in rete in tempo reale dei reparti di degenza.

Lo sforzo dei medici e dei tecnici di Roma è stato poderoso ed i risultati brillanti, come testimonia il libro che con giustificato orgoglio hanno prodotto. Siamo certi peraltro che non si accontenteranno di questi pur importanti traguardi. Oltre alla validazione dei dati ed alla trasmissione delle informazioni, oltre alla ottimizzazione degli indici economici di gestione ed all'incremento delle percentuali di gradimento del servizio nei questionari, utilizzeranno la struttura moderna di cui oggi dispongono ed il sistema informatico che la sorregge per obiettivi significativi sul piano clinico. La rete consentirà di esaminare i dati clinici registrati nelle cartelle elettroniche ed i medici del laboratorio potranno utilizzare competenza ed esperienza nel fornire consulenze e nell'ottimizzare i protocolli diagnostici.

Marco Pradella

Pubblicazione recensita

Colloca A, Bonito L. Una nuova visione aziendalistica nella medicina di laboratorio. Roma: CIDAS, 2000.

Contratti di fornitura senza gara: perché no?

Nel decreto legislativo 229/99 (cosiddetta "riforma-ter" o "riforma-Bindi") si prevede che le aziende sanitarie, secondo le norme di diritto privato contenute nell'atto aziendale, possano appaltare o contrattare direttamente le forniture di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla norma comunitaria in materia (art. 3 comma 1 bis).

La legge delega (n. 419/98) invitava il governo a "...verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del servizio sanitario nazionale...". Gli operatori chiedono da anni lo snellimento delle procedure e la semplificazione privatistica, nell'ottica della gestione a "budget" con impegni sul risultato piuttosto che sulla correttezza formale dei procedimenti. Si tratta tuttavia di una brusca discontinuità con il sistema vigente. I giudici si sono già dovuti pronunciare sulla scelta del *partner* per contratti di tipo associativo ed hanno ribadito che il principio del rispetto della concorrenza nel mercato è ormai "immanente" nell'ordinamento. I contratti cosiddetti di "scambio" non hanno ragione per sottrarsi al principio, anzi al contrario per essi le regole dovrebbero essere ancor più stringenti.

Le controversie in materia, peraltro, sono competenza del giudice amministrativo, recentemente consolidata come esclusiva. La soluzione che contempera le esigenze di fluidità operativa della aziende sanitarie con i limiti della loro natura pubblicistica sarebbe perciò quella della trattativa privata previa gara esplorativa, come prefigurato in qualche legge regionale.

Questa procedura sarebbe anche gradita agli operatori, che si vedrebbero sgravati di una parte della responsabilità. In alternativa si potrebbe ipotizzare come limite alla discrezionalità delle scelte aziendali la costituzione di "albi" degli imprenditori operanti nei diversi settori merceologici, periodicamente aggiornati. Secondo Manservisi, dunque, il problema è tutt'altro che semplice e sarebbe consigliabile prudenza ai legislatori regionali, che dovrebbero rendere operativa la norma generale del 229/99.

Commento

Gli operatori sanitari, peraltro, si chiedono spontaneamente: come mai la prudenza raccomandata da Manservisi non viene adottata, con il conforto di numerosi tribunali, quando si applicano gli amplissimi criteri di discrezionalità nella scelta dei dirigenti sanitari, come ad esempio per gli incarichi di attività modulare¹, per quelli di II livello (oggi direzione di struttura complessa)^{2,3} o per la direzione di dipartimento, nonchè per i ruoli stessi di direttore generale, sanitario ed amministrativo?

L'argomento della "discontinuità", ci si lasci osservare, è abbastanza debole. Quello della "libera concorrenza" altrettanto. Esistono mille modi per vanificare la libera concorrenza pur rispettando le regole formali. L'argomento conclusivo, quello dello "scarico delle responsabilità", ci sembra addirittura da rovesciare. Il cittadino-utente dei servizi sanitari non gradisce affatto dirigenti "non-responsabili", paghi del rispetto formale di procedure polverosamente burocratiche, costose sovente più del bene o del servizio da acquistare. Il cittadino-utente-paziente ha bisogno di strutture sanitarie dirette da individui pie-

namente responsabili, con il metodo del *budget*, delle scelte e dei risultati. La garanzia contro gli abusi non sta in un sistema di controlli a monte, costosi e inefficienti, ma nella trasparenza. Il contributo di Zanetti su etica ed economia in sanità⁴, che forse non casualmente compare nello stesso fascicolo dell'editoriale di Manservisi, da l'esempio di come il ragionamento può elevarsi dalla mera disquisizione sulle formalità per andare sui temi della responsabilità e delle scelte consapevoli, in base ad un'etica manifestabile con trasparenza. Chi ha in mano i cordoni della borsa, chiunque sia (primario, provveditore, direttore generale, ministro) deve fare delle scelte, secondo un criterio liberistico oppure uno egualitaristico oppure infine uno "utilitaristico". Può far bene o può sbagliare: chi usufruisce del servizio giudica e, se è il caso, bocchia. Senza licitazione privata.

Marco Pradella

Pubblicazione recensita:

Manservisi R. Editoriale.
Sanità Pubblica 2000;20:157-9

Bibliografia

1. Tar Molise. 14 dicembre 1998 n. 415. Pres. Meale, est. Tacchi. Conferimento incarico responsabilità di moduli e giudizio collegio medico: non è vincolante. Sanità Pubblica 2000;20:271
2. Tar Friuli Venezia Giulia. 17 dicembre 1998 n. 1558. Pres. Bagarotto, est. Di Sciascio. Conferimento incarico secondo livello dirigenziale e parere commissione esperti. Sanità Pubblica 2000;20:270
3. Tar Veneto. 23 dicembre 1998 n. 2532. Pres. Trotta, est. Rocco. Conferimento incarico secondo livello dirigenziale e discrezionalità del Direttore generale. Sanità Pubblica 2000;20:270-1
4. Zanetti M. Etica ed economia: connubio possibile in sanità? Sanità Pubblica 2000;20:175-93

Tecniche analitiche di chimica clinica

Il nome di Luigi Spandrio è noto a tutti i laboratoristi. Buona parte di essi, tecnici, medici o non medici, si sono formati sulle pagine delle sue opere, esemplari per chiarezza, precisione e concisione.

La nuova opera, resa indispensabile dalla rapida evoluzione della materia, non smentisce le aspettative.

I principi dei metodi di separazione, la cromatografia, l'elettroforesi, l'isolettrofocalizzazione, gli enzimi, la spettrometria di assorbimento, la turbidimetria, la nefelometria, la spettroscopia di riflettanza, la spettroscopia di assorbimento atomico, la fotometria di emissione, la spettrometria a plasma, la fluorimetria, luminescenza, bioluminescenza, chemiluminescenza, la spettroscopia di risonanza magnetica nucleare e di spin elettronico, la spettrometria di massa e fram-

mentografia, l'immunochimica, la radiochimica, l'elettrochimica e l'osmolalità sono argomenti trattati con un minuzioso piacere del dettaglio, espresso in decine di tabelle, formule e schemi grafici.

Di particolare interesse, per la novità, il capitolo sulle tecniche molecolari curato da MG Marin.

Il volume si fa apprezzare per l'onestà di rivolgersi ad un settore della disciplina, quello delle tecniche analitiche, sovente trascurato, persino evitato o addirittura osteggiato. I laureati in tecniche di laboratorio, i medici e gli altri professionisti sono ovviamente attratti dagli aspetti diagnostici dell'attività o dai particolari tecnici dei metodi utilizzati direttamente. Le opportunità di acquisire conoscenze approfondite e corrette su altri metodi sono scarse e, forse, poco ricercate. L'alternativa è costituita dalla navigazione in volumi ponderosi, concepiti per diversi scopi, per altri tipi di curricula.

Lo studio della materia, nei diplomi e nei corsi di specializzazione, è spesso vissuto come un obbligo sgradevole.

L'opera di Spandrio colma questa grave lacuna e diventa un prezioso strumento didattico.

Va a mio avviso utilizzata correttamente. Non vuole e non deve coprire i campi organizzativi e diagnostici della professione: i concetti del significato dei test, la probabilità ed il valore predittivo, mancano. Valori di riferimento e controllo di qualità sono appena accennati, non certamente in modo esaustivo.

Non è un difetto: la materia è complessa, la formazione non è breve. Ci devono essere un tempo ed uno spazio per ciascun tassello della costruzione culturale in medicina di laboratorio.

Marco Pradella

Pubblicazione recensita

1. Spandrio L. **Principi e tecniche di chimica clinica.** Padova: Piccin 2000.

NCCLS EP14-P - L'effetto matrice

Il sottocomitato sull'effetto matrice, di Fred D. Lasky, Donald J. Boone, John H. Eckfeld e altri ha rivisto la linea guida che si occupa di uno dei più subdoli nemici della qualità nel laboratorio di analisi cliniche. Un fenomeno che insidia, oltre alla qualità dei risultati dei campioni clinici, quella dei materiali di controllo utilizzati nei programmi interlaboratorio (valutazioni esterne, VEQ, o prove di abilità, PT).

Il documento EP14-P si affianca al precedente standard EP7 sulla valutazione delle interferenze¹. La differenza tra i due consiste nei seguenti punti:

1. obiettivo di EP14 è rilevare la differenza tra particolari campioni (come i materiali di controllo) e