

LE DETERMINAZIONI QUANTITATIVE DEL COSTO DI ASSISTENZA DEI PAZIENTI IN CARICO PRESSO I SERVIZI PER LE TOSSICO DIPENDENZE. IL CASO DEL SER.T DI PESCARA

di Pietro D'Egidio, *Direttore dell'U.O. Ser.T - ASL di Pescara*; Luca Ianni, *Docente a contratto di «Contabilità, Bilancio e Revisione delle Aziende Sanitarie», Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torre-vecchia Teatina (Chieti)*; Massimo Sargiacomo, *Professore associato di Programmazione e controllo delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche, Facoltà di Scienze Manageriali, Università «G. D'Annunzio» di Chieti - Pescara. Presidente del Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (Chieti)*

Notwithstanding the renewed interest in the role of National Health Service in the delivery of basic drug abuse treatment, these last years witness a paucity of empirical studies addressed to develop effective quantitative approaches to measure and determine the costs associated with the drug abuse treatments delivered by Health Care Businesses. Guided by typical empirical research method, this paper shows a methodological approach easily replicable in other Health Care Businesses, portraying, at the same time, the results recently got in the Pescara Health Business.

1. Introduzione

Pochissimi sono ancora i contributi della comunità scientifica nazionale con riferimento alle determinazioni quantitative del costo di assistenza dei pazienti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze. Molto perciò sembra ancora potersi dire intorno a questo tema relativamente al contesto specifico italiano, in cui le esperienze concrete sviluppate, seppur valide, mancano in tempi recenti di un'indagine empirica volta a delineare una possibile metodologia operativa, facilmente replicabile in altre aziende sanitarie e in diversi contesti regionali.

Dal punto di vista legislativo giova precisare che, di recente, gli obiettivi di salute del Sistema sanitario nazionale (Ssn) fissati dal Piano sanitario nazionale (Psn) 2006-2008 in riferimento alle dipendenze connesse a particolari stili di vita hanno fatto decollare una serie di azioni, volte per l'appunto a contrastare le conseguenze di quelle forme di dipendenze che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, in particolare il fumo di tabacco, l'abuso di alcool e l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Con riguardo allo specifico tema delle tossicodipendenze, l'offerta dei servizi assistenziali attualmente disponibile nel nostro Paese per tale settore consta di:

- a. 541 servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T);
- b. 1.230 strutture socio-riabilitative¹.

Considerate alcune criticità rilevabili all'interno di tale settore, come ad esempio, tra le altre, la difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa e la limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale, attualmente limitato all'attività dei servizi pubblici, il Psn si è imposto il raggiungimento dei seguenti obiettivi, quali specifiche priorità:

- accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbilità psichiatrica;
- attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali ai fini epidemiologici e programmatici.

Invero, le problematiche legate alla tossicodipendenza sono molte e tutte da affrontare con grande professionalità e rigore scientifico. A partire dalla prevenzione degli usi e degli abusi patologici delle sostanze sino a pervenire al reinserimento del tossicodipendente nella società.

Al riguardo, gli interventi dei vari operatori impegnati direttamente nei Ser.T risultano innumerevoli e transitano anche attraverso la cura e la riabilitazione del paziente. Il fulcro di questo complesso sistema di azioni è rappresentato proprio da tale Servizio, che mette in atto e coordina le attività di prevenzione e di cura.

L'intervento del Ser.T sul paziente, e spesso anche sul nucleo familiare di appartenenza, comporta una ricaduta positiva sulla società nel suo insieme, poiché essa può meglio funzionare se il singolo cittadino che la compone gode di una buona salute fisica e mentale e se le sue azioni non sono dettate dal bisogno di procurarsi ossessivamente sostanze psicoattive, sotto l'effetto delle quali il comportamento del soggetto diventa imprevedibile e, talvolta, anche criminoso.

Le suddette attività si scontrano, purtroppo, in maniera stridente, con una limitata disponibilità di risorse finanziarie, facendo sorgere il ben noto *problema economico*²

ovvero, stante una condizione di risorse limitate ed una sempre più crescente domanda dei bisogni di prevenzione, cura ed assistenza dei soggetti che abusano di sostanze stupefacenti, è necessario dare alle risorse stesse un razionale impiego, attivando un meccanismo comportamentale virtuoso per cui la spesa possa essere allocata sulla base del criterio della responsabilità e della qualità, in modo da incanalare le risorse nei settori più bisognosi, in accordo al consueto imperativo «non spendere meno, ma spendere meglio».

Per fare ciò è necessario da una parte quantificare i riflessi economici dei molteplici processi che alimentano la gestione complessiva dei Ser.T e dall'altra computare il costo dell'assistenza dei pazienti in carico, in quanto punti di partenza per le successive valutazioni in termini di risorse e di benefici conseguibili, anche tramite idonei indicatori di efficienza, di efficacia e di *outcome* clinico. Tale determinazione quantitativa risulta estremamente complessa in quanto allo stato attuale, sebbene in alcune Regioni qualche operatore vi si stia già cimentando, non si è giunti ancora ad una proposta operativa pienamente condivisa né, tanto meno, è diffusa sul territorio nazionale l'adozione di una vera e propria contabilità analitica di settore, che avrebbe consentito di procedere a tali determinazioni in modo pressoché agevole incrementandone al tempo stesso l'affidabilità.

Pertanto, scopo del presente lavoro è di illustrare una possibile metodologia operativa volta alle determinazioni del costo di assistenza dell'U.O. Ser.T (Servizio tossicodipendenze) prendendo in considerazione in particolare il caso del Ser.T di Pescara.

In questo si è stati favoriti dall'ausilio del *software* (Proteus) utilizzato dallo stesso Ser.T che ha permesso, come successivamente descritto, di procedere ad alcune precise elaborazioni altrimenti non ottenibili se non a scapito della complessiva attendibilità delle informazioni risultanti, stimando altresì alcune voci di costo attraverso l'adozione del nuovo e più analitico sistema di rilevazione delle prestazioni nei servizi per le tossicodipendenze a livello ministeriale (Sind).

In particolare, stante il diverso grado di assorbimento delle risorse umane e strumentali richieste da pazienti in carico presso la struttura per le diverse terapie sostitutive (metadone, buprenorfina, ecc.), rispetto a quelli presso i Medici di medicina generale, ed anche in riferimento ad altre attività del Ser.T ad essi dedicate, i relativi oggetti di imputazione o di calcolo³ saranno costituiti dai seguenti gruppi di analisi:

- a. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso il Ser.T;
- b. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso i Medici di medicina generale (Mmg);
- c. pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Buprenorfina* presso il Ser.T;
- d. pazienti in carico collegati ad *altre attività* del Ser.T.

Pertanto, per ciascuno di essi sarà determinato il relativo costo di assistenza, oltre a taluni indicatori di sintesi economica, sulla base della metodologia descritta nel

proseguo del lavoro. Ciò si appalesa quale premessa fondamentale per l'attivazione di un sistema di valutazione di efficienza e di efficacia del settore, le cui risultanze assumono rilevanza inoppugnabile per migliorare, *in primis*, l'allocazione delle sempre più limitate risorse disponibili.

2. I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T)

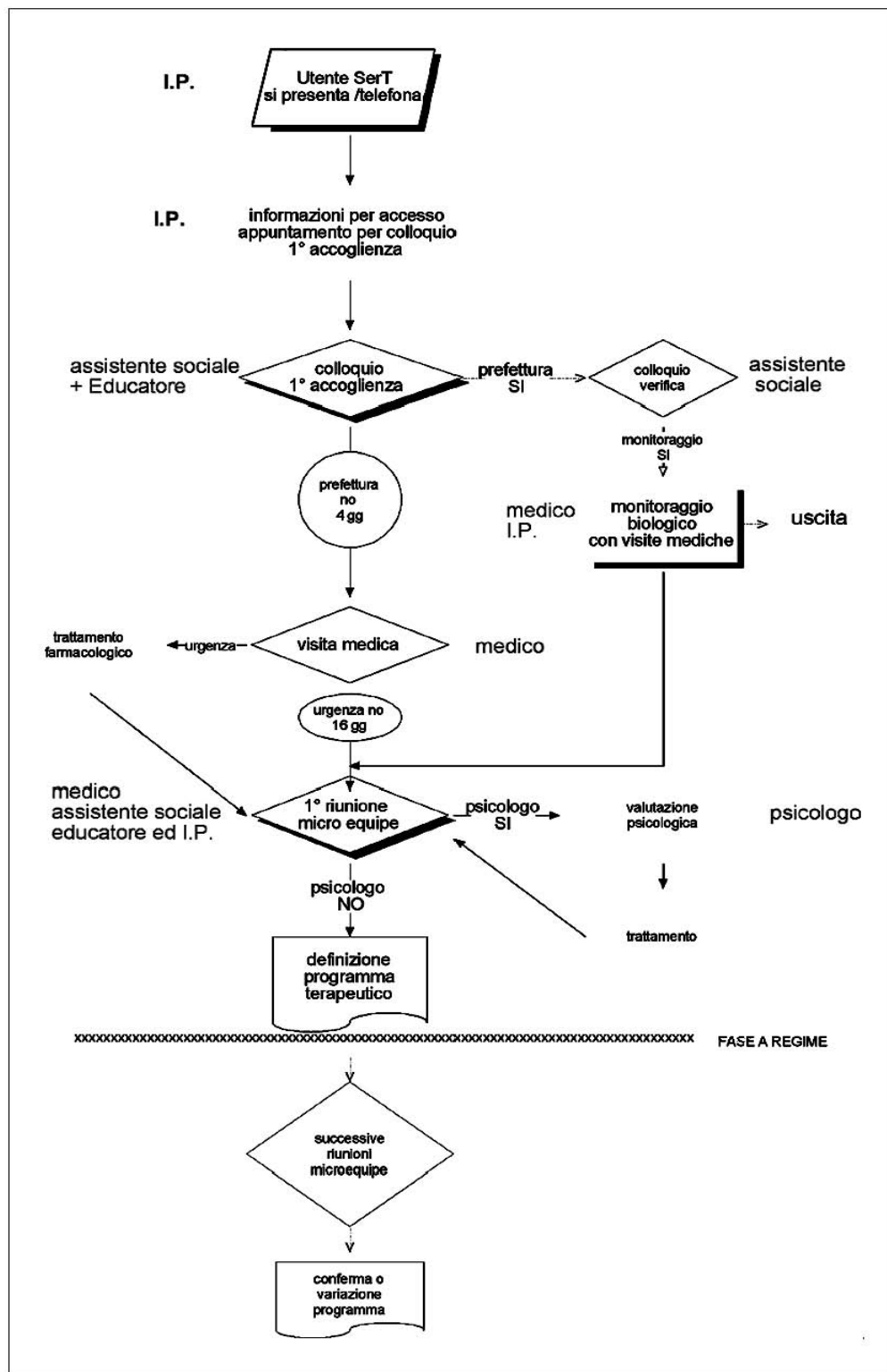
I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) sono i servizi pubblici del Sistema sanitario nazionale dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive (droghe o alcool) che generano dipendenza. I Ser.T attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, operando anche a livello di informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione.

Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

Pertanto, il Ser.T porta avanti un'attività multidisciplinare ed è strutturato in modo che la sua funzione si esplichi grazie all'attività, al coordinamento e alla cooperazione di diverse figure professionali: assistente sociale, medico, infermiere, psicologo, sociologo, educatore professionale. Operando secondo le disposizioni del D.M. 444/90, gli operatori si prendono cura del percorso di disassuefazione dalle sostanze e dell'*iter* riabilitativo, non tralasciando la valutazione dello stato medico generale, della situazione psichica e dell'ambiente sociale e familiare con il quale il paziente interagisce.

Il Ser.T valuta anche la possibilità di inserimento della persona in osservazione in idonee Comunità terapeutiche, cercando di venire incontro a un desiderio di ingresso nella struttura protetta manifestato dal paziente stesso o consigliando questa modalità di cura, quando o il singolo operatore o l'*équipe* di riferimento ne ravveda la necessità, o perlomeno l'opportunità, per quel paziente. Quando le attività del Servizio per le tossicodipendenze escono fuori dalla sede istituzionale, si indirizzano e si allargano nel territorio con una fattiva attività di prevenzione, attuata con particolare impegno nelle scuole o con la pubblicazione e la capillare distribuzione di materiale informativo visivo e cartaceo di facile fruizione e di brevi contenuti, comunque sufficienti a iniziare validamente la conoscenza del problema «tossicodipendenza». Questa sintesi delle attività svolte dal Ser.T dovrebbe rendere ben chiara la posizione di centralità di questa struttura nel farsi carico della divulgazione delle notizie riguardanti le sostanze stupefacenti e nel prendersi cura delle persone che con le sostanze stupefacenti hanno dovuto confrontarsi e lottare, ritrovandosi il più delle

Figura 1 – Schema operativo dei Ser.T (Fonte: Vannucci, Abati, Bozza, Mattiolo, Villani (2001), p. 33)



volte sconfitti. Il recupero di queste situazioni, che appaiono spesso disperate, comincia il giorno del loro incontro con gli operatori del Servizio per le tossicodipendenze.

In termini di processo, infatti, è possibile rappresentare un tipico schema operativo dei Ser.T che passa dall'accogliimento del paziente, alla sua presa in carico e fino al

suo inserimento nella fase di trattamento, come sintetizzato nella figura 1.

Con l'analisi di processo così schematizzata, unitamente allo studio e all'osservazione delle dinamiche operative del Ser.T di Pescara (si rinvia all'Appendice I per un breve *case-history* e la rappresentazione dei precipi descrittivi), si sono evidenziati i singoli «fattori produttivi» impie-

gati nella struttura ed i connessi elementi di costo espressione del loro impiego.

3. Il nuovo modello di rilevazione delle prestazioni dei Ser.T a livello ministeriale (Sind) quale supporto alla stima della densità prestazionale

Il nuovo modello di rilevazione delle attività, secondo la classificazione Sind, ha suddiviso le diverse prestazioni in 24 gruppi fondamentali cui ha raccolto le specifiche prestazionali (come evidenziato in dettaglio nell'Appendice II). L'attività clinico-assistenziale nei Ser.T è caratterizzata, infatti, da una particolare complessità, in quanto comporta numerosi aspetti che vanno da quello strettamente sanitario a quello sociale e di sostegno psicologico. Tale attività genera, quindi, una notevole quantità di prestazioni erogate, diverse per tipologia e per entità, che necessitano di una loro identificazione e standardizzazione⁴.

Da qui, la difficoltà di quantificarne ed analizzarne i costi in mancanza del principale indicatore di *output* da riferire a ciascuno oggetto di calcolo, ovvero il numero delle prestazioni ed i tempi di assistenza profusi dai vari operatori per i pazienti in carico.

Invero, per tutte le fonti di dati non ottenibili dal *software* Proteus utilizzato dal Ser.T di Pescara, si è dovuti procedere ad una stima del numero delle prestazioni elementari ottenute dall'applicazione di tale nuovo modello di rilevazione in una settimana-tipo (settimana standard) scelta tra quelle disponibili in funzione del carico medio dei pazienti nel periodo e proiettandone i dati su base annua per poi riferirli all'anno di osservazione (2006).

Considerando le presenze dei vari operatori, successivamente ci si è apprestati alla rilevazione secondo tale classificazione, dopo aver effettuato preliminarmente delle specifiche riunioni operative volte al «training» dei vari operatori sulla procedura di registrazione delle varie prestazioni.

Durante tale processo sono emerse alcune criticità, come ad esempio il vincolo delle postazioni informatiche disponibili, dato che ogni accesso per operatore deve risultare debitamente autenticato ed autorizzato, e l'impossibilità di avere a disposizione PC compatti ad uso personale per procedere alle registrazioni delle prestazioni anche in maniera estemporanea durante lo svolgimento della prestazione. A ciò si aggiunge la variabile tempo, poiché i vari operatori impegnati nella prevenzione, cura ed assistenza dei molteplici pazienti nel corso delle giornate della settimana-tipo hanno incontrato rilevanti difficoltà nel registrare le singole prestazioni secondo tale livello di dettaglio. Ciò nonostante la rilevazione ha fornito un dettaglio informativo sulle prestazioni altrimenti non ottenibile per mancanza di altri sistemi di rilevazione sostitutivi.

Nella **tabella 1** vengono riassunte per macro-gruppi le risultanze dell'avvenuta registrazione nella settimana-tipo del mese di settembre 2007.

4. La metodologia utilizzata nella determinazione del costo di assistenza dei gruppi di pazienti

La determinazione del costo di assistenza dei pazienti in

carico presso il Ser.T oggetto di analisi richiede la premessa di alcuni concetti introduttivi, ovvero la definizione di costo cui si fa riferimento e quale sia il modello utilizzato per la sua quantificazione, anche in relazione a ciò che concerne la configurazione di costo prescelta.

La grandezza economica del costo non è assolutamente da confondere con il concetto di spesa, che presenta una dimensione prettamente finanziaria e collegata ad un modello di gestione eminentemente burocratico, maggiormente attento agli atti o alle procedure amministrative rispetto all'aspetto economico e sociale delle operazioni svolte a favore dei vari utenti del servizio e, quindi, al merito ed al contenuto sostanziale delle stesse.

Il costo costituisce senz'altro un fenomeno dotato di un'ampia gamma di caratteristiche, dato che comprende ed investe elementi tecnici, economici e sociali, dal che derivano diverse definizioni, tra cui la più confacente, nell'ambito della contabilità dei costi (contabilità direzionale) e concordemente con la finalità di questa analisi, è quella secondo la quale il *costo* costituisce l'*espressione quantitativa del consumo di risorse umane e materiali necessarie per l'erogazione delle prestazioni ai vari pazienti in carico*.

Inoltre, nell'ambito delle varie configurazioni di costo⁵ possibili, si farà riferimento a quella incentrata sul calcolo del *costo di produzione dell'assistenza* dei pazienti compresi nei diversi gruppi d'analisi. Per procedere alla determinazione quantitativa verranno prese in considerazione le principali voci di costo, con esclusione di quelle non afferenti alla complessiva assistenza, non ripartiti pro-quota ai pazienti, ma ricongiunti per la determinazione del costo generale aziendale (**tabella 2**).

Giova precisare che le prestazioni effettuate dai singoli operatori saranno quelle primarie o prevalenti nell'ambito di quante effettivamente prestate, e verranno assunti come tempi di svolgimento dell'attività quelli medi desumibili dall'esperienza medico-clinica e delle normali prassi operative seguite dal Ser.T di Pescara.

Quanto al numero delle prestazioni, in mancanza di uno specifico dettaglio informativo nell'ambito dell'anno di osservazione (2006), verranno presi a riferimento, per alcune voci di costo, i dati della sperimentazione effettuata nella settimana-tipo proiettati a livello annuale e riferiti all'anno di osservazione.

Di seguito viene data descrizione del trattamento computistico delle singole voci economiche componenti il costo di assistenza ricercato, quale base altresì per il calcolo di alcuni indicatori utilizzabili per fini direzionali e di monitoraggio.

Si tenga presente che nella ripartizione delle prestazioni, soprattutto di quelle afferenti i singoli operatori, tra i vari gruppi di pazienti, quali oggetto di calcolo o di imputazione, verrà sempre rispettato il *principio causale*. Esso deve sempre sovrintendere qualsiasi determinazione quantitativa parziale di tipo economico, pena l'inattendibilità dell'informazione di costo⁶.

Si procede, ora, alla descrizione delle singole voci di costo ed alle loro modalità di determinazione.

Tabella 1 – Rilevazione IV settimana settembre 2007

Tipologia prestazione	Codice tipologia prestazione	N. prestazioni	N. prestazioni mensili (proiezione)	N. prestazioni anno 2007 (proiezione)
Attività telefonica	1	272	1088	13056
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2	62	248	2976
Attività di accompagnamento	3	0	0	0
Visite	4	122	488	5856
Colloqui	5	246	984	11808
Esami e procedure cliniche	6	486	1944	23328
Somministrazione farmaci e vaccini	7	2330	9320	111840
Interventi psicoterapeutici individuali	8	0	0	0
Interventi psicoterapeutici coppia	9	0	0	0
Interventi psico/socio/educativi di gruppo	10	0	0	0
Test psicologici	11	12	48	576
Attività di supporto generale al paziente	12	46	184	2208
Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	13	6	24	288
Prestazioni alberghiere	14	0	0	0
Prestazioni straordinarie di carattere economico	15	0	0	0
Prestazioni generali di prevenzione primaria	16	4	16	192
Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)	17	0	0	0
Riunioni organizzative dipartimentali	18	20	80	960
Partecipazione a commissioni, comitati esterni	19	0	0	0
Riunioni organizzative e metodologiche interne	20	20	80	960
Attività di coordinamento/di Rete	21	98	392	4704
Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)	22	16	64	768
Attività di formazione ed addestramento per operatori	23	34	136	1632
Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operatori	24	0	0	0
TOTALE		3.774	15.096	181.152

4.1. Consumi farmaci (metadone, buprenorfina)

Il costo per consumi dei farmaci è stato determinato considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario effettivo e considerando, per il gruppo pazienti Metadone Ser.T, un dosaggio medio giornaliero pari a 64 mg per complessive 80.868 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in cura sono stati nel 2006 n. 612.

Per il gruppo pazienti Metadone Mmg, considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario presso le farmacie e con un dosaggio medio giornaliero di 58 mg per complessive 43.120 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in affidamento sono stati pari a 200.

Da ultimo per il gruppo di analisi pazienti Buprenorfina⁷, anche in tale caso sono stati considerati i consumi effettivi nell'anno, con un dosaggio medio giornaliero pari a 10 mg, al suo prezzo unitario effettivo.

4.2. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo valori urinari

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, ad un costo di laboratorio per esame stimato considerando € 3,30 a titolo di costi di-

rettamente imputabili alla prestazione e 3,95 a titolo di quota costi indiretti riferibili alle diverse prestazioni del laboratorio e pertanto per un totale complessivo di 7,25 ad esame tipologico.

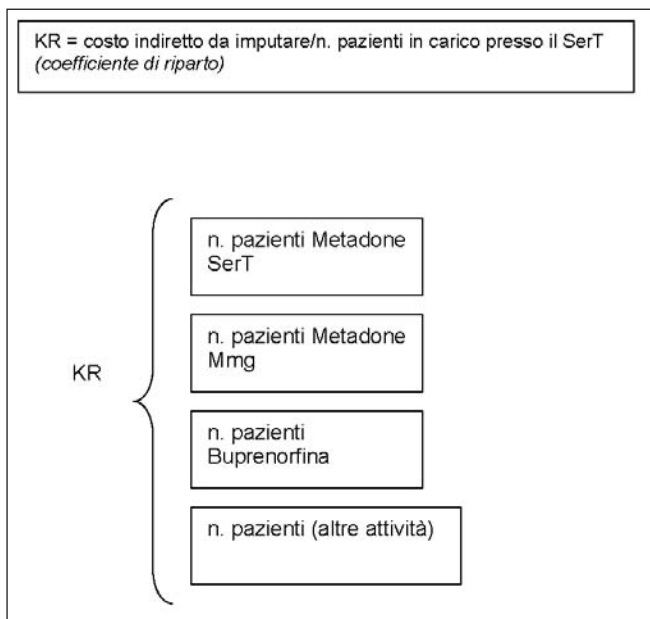
Tali esami sono risultati complessivamente per i vari gruppi di analisi qui di seguito riassunti:

- a. pazienti metadone Ser.T n. 9.097
- b. pazienti metadone Mmg n. 3.044
- c. pazienti buprenorfina n. 3.996

Tabella 2 – Elementi di costo

Consumi farmaco
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici
Costo somministrazione/affidamento farmaco
Costo raccolta urine controllata
Costo prelievi ematici
Counselling, lavoro di gruppo
Visita media specialistica
Intervento psicologico
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

Figura 2 – Imputazione costi



4.3. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo ematici

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, per complessivi 324 ad un costo di laboratorio per esame tipologico stimato mediamente in € 100,00.

Trattasi di costi per i quali vi è stata l'impossibilità di un loro riferimento diretto a ciascun gruppo di pazienti. Pertanto, sono stati attribuiti in funzione del *driver* «numero pazienti in carico presso il Ser.T» attraverso un riparto proporzionale semplice diretto come riassunto nella figura 2.

Prima di addentrarci nella disamina delle altre voci di costo considerate nell'analisi, stante il fatto che la maggior parte di essi si riferiscono alle attività prestate dai singoli operatori, giova descrivere la linea metodologica seguita:

- sono state considerate le ore effettivamente lavorate dai vari operatori, ottenute in via extra-contabile dal servizio competente presso la Asl di Pescara;
- in tal modo sono stati calcolati i costi orari effettivi con i quali valorizzare le singole prestazioni effettuate per deduzione dal costo lordo aziendale;
- sono state altresì richieste, quindi, sempre per via extra-contabile, ai singoli operatori attraverso la compilazione di un'apposita matrice dati, specifiche informazioni sul loro carico di lavoro medio, in percentuale, sui vari gruppi di pazienti analizzati. Ciò è stato reso necessario per evitare, di ribaltare il costo delle prestazioni in misura tale da compromettere il rispetto del principio causale;
- le prestazioni sono state valorizzate in funzione dei costi orari effettivi medi per profilo professionale, data la diversità dei costi lordi aziendali all'interno del medesimo profilo (del medico, del sociologo, dello psicologo);

- sono stati individuati le tempistiche delle attività e gli operatori normalmente coinvolti nelle stesse riportando per ciascuno di essi le relative tempistiche e costi orari;
- sono stati determinati i giorni di presenza degli operatori considerando una settimana lavorativa di 5 giorni e il monte orario di 36 ore settimanali e quindi per un valore orario della giornata pari a 7,2 (chiaramente considerando tutti quegli operatori *full-time*).

A tale titolo si riportano per ciascun operatore le risultanze così ottenute (tabelle 3 e 4).

4.4. Costo somministrazione/affidamento farmaco

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti in tale processo, il loro costo orario effettivo medio, per quanto concerne il gruppo dei pazienti presso il Ser.T (terapia Metadone e Buprenorfina) e per quanto concerne il gruppo pazienti metadone presso i Mmg applicando al numero complessivo di ricette (n. 6.160) il costo per ricetta pari a € 15,00.

Per i pazienti in terapia al Ser.T il numero delle prestazioni complessive è risultato pari a 45.293, di cui 31.088 si riferiscono ai pazienti metadone Ser.T e 8.045 si riferiscono ai pazienti Buprenorfina, in termini di numero somministrazioni nell'anno 2006.

Si tenga presente inoltre che le giornate di trattamento dei pazienti metadone Mmg sono state pari a 43.120.

In sintesi, si può riportare con la figura 3 la notazione, esprime la metodologia di calcolo a cui ci si è riferiti.

4.5. Costo raccolta urine controllata

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Il numero delle prestazioni complessive (21.312) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.6. Costo prelievi ematici

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, n. 324 nell'anno 2006, il loro costo orario effettivo medio ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

4.7. *Counselling*, lavoro di gruppo

Si intende non soltanto il *counselling* propriamente detto ma anche tutti i tipi di colloquio (motivazionale, sociale, di orientamento, informativo). Per lavoro di gruppo, inve-

Tabella 3

Profilo	Costo medio orario per profilo	Giorni di presenza operatori	% assorbimento pazienti metadone SerT	% assorbimento pazienti metadone Mmg	% assorbimento pazienti buprenorfina	% assorbimento pazienti Altro
Amministrativo	17,65	233,39	1%	2%	1%	96%
Infermiere	21,74	220,34	45%	10%	35%	10%
Psicologo	51,34	207,11	35%	20%	25%	20%
Sociologo	45,73	145,48	0%	0%	0%	100%
Educatrice	20,19	219,49	30%	15%	15%	40%
Psicologo	51,34	230,62	10%	10%	10%	70%
Amministrativo	17,65	233,37	0%	0%	0%	100%
Medico	69,76	215,36	3%	10%	2%	85%
Medico	69,76	175,84	40%	40%	10%	10%
Sociologo	45,73	222,08	0%	0%	0%	100%
Infermiere	21,74	194,42	50%	30%	10%	10%
Psicologo	51,34	101,89	5%	2%	3%	90%
Medico	69,76	196,13	40%	10%	25%	25%
Assistente sociale	26,80	220,59	20%	10%	20%	50%
Assistente sanitario	29,23	162,70	30%	20%	20%	30%
Infermiere	21,74	132,01	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	218,34	10%	10%	10%	70%
Medico	69,76	31,01	40%	10%	35%	15%
Infermiere	21,74	195,77	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	217,51	0%	0%	0%	100%
Ausiliario socio sanitario	16,46	206,31	30%	30%	30%	10%
Amministrativo	17,65	206,06	0%	30%	0%	70%
Psicologo	51,34	198,83	30%	50%	20%	0%
Sociologo	45,73	227,27	10%	20%	10%	60%
Medico	69,76	190,24	40%	10%	20%	30%
Infermiere	21,74	55,35	50%	30%	10%	10%

ce, si intendono le attività espletate con la partecipazione di più operatori sia centrate su casi clinici che di altro tipo.

Il relativo costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Anche in tale circostanza il numero delle prestazioni complessive (11.808) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

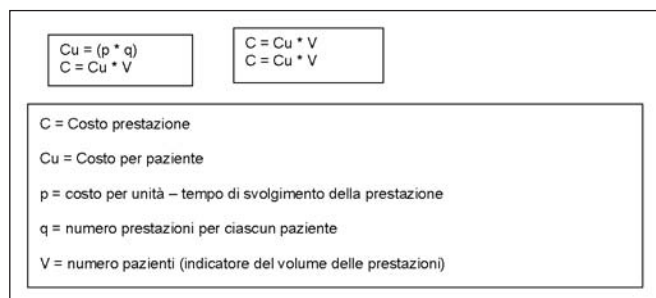
4.8. Visita media specialistica

Può essere di tipo tossicologica, psichiatrica, infettivologica, internistica, comprendendo nel costo anche l'assistenza farmaceutica. Il relativo costo risulta determinato applicando al numero di prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti. Il numero delle prestazioni complessive (5.856) è stato stimato, ancora una volta, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

Tabella 4

Prestazione prevalente	Minuti	Ore	Costo medio Profilo in min	Costo degli operatori per la prestazione
Trattamento farmacologico Operatore: MEDICO	5	0,083333	1,16	5,81
Trattamento farmacologico Operatore: INFERMIERE	5	0,083333	0,36	1,81
Trattamento farmacologico Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Prelievi ematici Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Prelievi ematici Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Raccolta urine controllata Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Raccolta urine controllata Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: MEDICO	10	0,166667	1,16	11,63
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: PSICOLOGO	10	0,166667	0,86	8,56
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: SOCIOLOGO	10	0,166667	0,76	7,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SANITARIO	10	0,166667	0,49	4,87
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SOCIALE	10	0,166667	0,45	4,47
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: EDUCATORE PROFESSIONALE	10	0,166667	0,34	3,37
Visita media specialistica Operatori: MEDICO ed INFERMIERE	60	1	1,52	91,50
Intervento psicologico Operatore: PSICOLOGO	60	1	0,86	51,34
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente Operatori: ASSISTENTE SANITARIO, SOCIOLOGO, INFERMIERE, EDUCATORE, ASSISTENTE SOCIALE, MEDICO	60	1	0,59	35,58

Figura 3



4.9. Intervento psicologico

Riguarda sia il colloquio psicologico, sia la somministrazione e valutazione di test diagnostici, sia i vari tipi di psicoterapia come quella individuale, familiare di gruppo. Il relativo costo risulta determinato con il medesimo criterio descritto per la voce di costo precedente. Anche in questo caso il numero delle prestazioni (576) è stato stimato, in mancanza di specifica informazione, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.10. Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

Tale costo risulta determinato applicando la stessa metodologia seguita per le altre voci di costo collegate

all'attività degli operatori coinvolti nel dato processo operativo.

Il numero delle prestazioni complessive (2.208) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

Successivamente si riporta la sintesi economica delle determinazioni effettuate per la quantificazione dei costi di assistenza dei vari gruppi di pazienti, sia a livello di consumi, tempi medi (tabella 5), che per singola prestazione (tabella 6). Da ultimo, verrà presentato il totale del costo di assistenza ed il costo complessivo dell'U.O. presa in considerazione.

Come si rileva dalla tabella 7 di sintesi, il costo di assistenza all'interno della struttura Ser.T di Pescara, risulta pari a € 929.171,65, laddove considerando anche il costo esterno dell'assistenza dei pazienti inseriti nei programmi di comunità terapeutiche al costo per giornata di ricoveri pari a € 39,72 e per complessive 40.883 giornate, si ottiene un costo di produzione dell'U.O. per l'assistenza pari a € 2.553.044,41.

Inoltre, volendo ora riconciliare le altre informazioni al fine di determinare il costo generale aziendale dell'U.O. Ser.T oggetto di analisi, dapprima si è imputato il costo totale dell'attività amministrativa e successivamente quantificato il relativo costo che risulta pari a € 2.694.139,10.

Tabella 5 – Consumi, tempo medio, gg trattamento pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività

Voce	Consumi/gg/tempo medio				Totale
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	5.204.366	2.512.585	343.714	–	8.060.665
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	9.097	3.044	3.996	–	16.137
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	159	52	48	65	324
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	31.088	6.160	8.045	–	45.293
Costo raccolta urine controllata (n.)	10.443	3.413	3.157	4.300	21.312
Costo prelievi ematici (n.)	159	52	48	65	324
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	5.786	1.891	1.749	2.382	11.808
Visita media specialistica (n.)	2.869	938	867	1.182	5.856
Intervento psicologico (n.)	282	92	85	116	576
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	1.082	354	327	445	2.208
Totale costi di assistenza interna alla U.O.					

Tabella 6 – Costo per prestazione sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività

Voce	Consumi/gg/tempo medio				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	5.204.366	2.512.585	343.714	–	8.060.665
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	9.097	3.044	3.996	–	16.137
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	159	52	48	65	324
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	31.088	6.160	8.045	–	45.293
Costo raccolta urine controllata (n.)	10.443	3.413	3.157	4.300	21.312
Costo prelievi ematici (n.)	159	52	48	65	324
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	5.786	1.891	1.749	2.382	11.808
Visita media specialistica (n.)	2.869	938	867	1.182	5.856
Intervento psicologico (n.)	282	92	85	116	576
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	1.082	354	327	445	2.208
Totale costi di assistenza interna alla U.O.					

Per concludere, si riportano (tabelle 8, 9, 10, 11, 12, 13) alcuni indicatori, incentrati sul preliminare costo di assistenza dei pazienti in carico, utilizzabili per fini direzionali e di controllo dei costi e per la misura dell'economicità dell'ente.

5. Conclusioni

Dalle risultanze delle analisi seguenti possiamo stilare alcune considerazioni di sintesi.

In primo luogo, l'esigenza, stante uno stock di risorse sempre più limitate, vuoi per la contrazione dei trasferimenti ministeriali, e vuoi conseguentemente per la piena realizzazione del tanto auspicato federalismo introdotto con il decreto 56/2000, di sottoporre a valutazione i processi socio-sanitari nelle varie strutture pubbliche per poter realizzare gli obiettivi del Psn e rendere, come si è dianzi detto, il processo di allocazione di tali risorse secondo parametri non più legati alla mera popolazione ponderata, ma in funzione di parametri di efficienza, efficacia e di equilibrio economico. Da qui l'interesse anche dei Ministeri competenti per l'attivazione di nuovi flussi di rilevazione delle prestazioni, sempre più dettagliato ed analitico con il quale «rendicontare» e monitorare le prestazioni, ma non il costo sostenuto dalle strutture per l'assistenza ai vari pazienti in carico.

Pertanto, in secondo luogo, si è presentato una possibile metodologia operativa con la quale è possibile fornire una misurazione del costo di assistenza di un Ser.T (nel nostro caso prendendo a riferimento quello afferente

l'Asl di Pescara) a fronte di una limitata fonte di dati che al massimo vede la Contabilità generale quale unico riferimento possibile in moltissime regioni e quindi, manchevole di una contabilità analitico-gestionale che consenta di effettuare tali elaborazioni in maniera sistematica ed in fattivo collegamento con la CO.GE.

Invero, ciò potrebbe migliorare anche il calcolo dei costi in quanto si avrebbero a disposizione delle informazioni strutturate con le quali garantire l'attendibilità dell'informazione ed evitare quindi dispendiose elaborazioni extra-contabili.

In ciò si è stati aiutati in parte dal software evoluto in possesso del Ser.T di Pescara e dalla stima offertaci dall'adozione del modello Sind di rilevazioni delle prestazioni. Tutto ciò costituisce il precipuo passo per avviare un vero e proprio sistema di programmazione e controllo della gestione e di fattiva misurazione dei risultati. Solo l'attivazione a regime di un set di indicatori, sempre più puntuali e raffinati, volti all'analisi dell'economicità potrà consentire di misurare al meglio la performance dell'U.O., permettendo così di utilizzare tali risultanze anche per fini direzionali e per il controllo di gestione. Agendo in siffatta maniera i meccanismi operativi con i quali si assegnano gli obiettivi di prestazione e di economicità di sistema ai vari operatori potrebbero essere efficacemente evidenziati, consentendo altresì l'introduzione di meccanismi responsabilizzanti con i quali indirizzare gli sforzi di ciascuno verso gli obiettivi di fondo dell'Azienda sanitaria pubblica.

Tabella 7 – Costo complessivo sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il Ser.T, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il Ser.T per altre attività, ed il calcolo del relativo costo aziendale dell’U.O. Ser.T dell’Asl di Pescara

Voce	Costo complessivo				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	57.248,03	125.629,25	101.911,20	–	284.788,48
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	65.953,25	22.069,00	28.971,00	–	116.993,25
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	15.875,74	5.188,15	4.799,04	6.537,07	32.400,00
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	66.588,19	92.400,00	9.214,42	–	168.202,61
Costo raccolta urine controllata (n.)	12.419,34	2.812,83	2.007,50	10.087,25	27.326,93
Costo prelievi ematici (n.)	188,81	42,76	30,52	153,35	415,44
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	60.789,32	13.768,05	9.826,18	49.374,35	133.757,91
Visita media specialistica (n.)	62.505,72	14.156,80	10.103,63	50.768,45	137.534,59
Intervento psicologico (n.)	3.449,42	781,25	557,58	2.801,69	7.589,94
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	9.163,31	2.075,38	1.481,19	7.442,63	20.162,52
Totale costi di assistenza interna alla U.O.	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	929.171,65
Costi per programmi di inserimento pazienti in comunità terapeutiche					1.623.872,76
Totale costo di produzione U.O. Sert	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	2.553.044,41
Attività amministrativa	3.104,08	11.851,95	3.104,08	123.034,57	141.094,69
Costo aziendale	357.285,21	290.775,43	172.006,34	250.199,36	2.694.139,10

Tabella 8 – Indicatori del costo "grezzo" delle risorse

<i>Costo globale grezzo al giorno</i>	CASS/gg operatività del periodo	2.545,68	Indica il costo totale grezzo medio di una giornata di lavoro di tutta l’U.O.
<i>Costo globale grezzo per soggetto assistito</i>	CASS/n. pazienti in carico	743,93	Indica il costo totale grezzo medio per soggetto in carico presso il SerT
<i>Costo globale grezzo per giornata di assistenza erogata</i>	CASS/gg TR	5,89	Indica il costo totale grezzo medio per giornata di assistenza erogata presso il SerT nel periodo osservato

Tabella 9 – Indicatori di costo delle prestazioni (per profilo professionale operatori)

<i>Indica il costo medio del personale per profilo professionale e per giornata di presenza presso l'U.O. nel periodo osservato. È un indicatore indiretto del costo delle prestazioni in quanto valuta la voce più influente per il costo delle prestazioni stesse, ma non costituisce il costo medio della prestazione. La sua evoluzione nel tempo, tuttavia, è un valido indicatore di efficienza delle prestazioni erogate al SerT.</i>		
<i>Costo medio del personale medico rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo medici/gg presenza medici	1.625,17
<i>Costo medio del sociologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo sociologi/gg presenza sociologi	987,87
<i>Costo medio dello psicologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo psicologi/gg presenza psicologi	1.478,46
<i>Costo medio infermieri rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo infermieri/gg presenza infermieri	782,66
<i>Costo medio educatore professionale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo educatori/gg presenza educatori professionali	145,37
<i>Costo medio assistente sociale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti sociali/gg presenza assistenti sociali	192,95
<i>Costo medio assistente ausiliario rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti ausiliari/gg presenza assistenti ausiliari	118,54

Tabella 11 – Indicatori di densità prestazionale

<i>Indica il numero medio dei giorni di trattamento per paziente nel periodo</i>		
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE SerT nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone SerT in carico	132
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE Mmg nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone Mmg in carico	216
<i>Tempo medio di trattamento del paziente BUPRENORFINA nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti Buprenorfina in carico	183

Tabella 12 – Indicatori di beneficio pr soggetto

<i>Indica la quantità di denaro sottratta al crimine unitaria per soggetto medio assistito</i>		
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone SerT</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone SerT	4.159,09
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone Mmg</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone Mmg	6.644,29
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Buprenorfina</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Buprenorfina	8.428,54

Tabella 13 – Rapporto costo-beneficio

Indica la quantità di denaro sottratta al crimine unitaria per soggetto medio assistito		
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone SerT</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone SerT	4.159,09
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone Mmg</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone Mmg	6.644,29
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Buprenorfina</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Buprenorfina	8.428,54

Note

1. Il numero delle strutture socio-riabilitative proviene dalla rilevazione operata dal Ministero dell'Interno e riflessa unitamente a quelle dei Ser.T nel Piano sanitario nazionale 2006-2008.
2. In riguardo all'insorgenza del problema economico Amaduzzi (1978, pp. 2-3) ha sottolineato che: «aspirare a raggiungere il rapporto più favorevole, nel corso del tempo, fra un piano di bisogni prescelti da soddisfare e un volume di mezzi di cui disporre, posto che i bisogni tendono ad evolversi ed i mezzi sono sempre necessariamente limitati. Il fondamento causale del problema economico dei vari soggetti è costituito appunto dalla limitatezza di gran parte dei beni, dei beni che sono per tale caratteristica beni economici, e dalla possibilità di destinare tali beni limitati a piani alternativi di bisogni da soddisfare.».
3. Per oggetto di imputazione si intende la grandezza a cui riferire il calcolo e l'analisi dei costi, potendo essere costituito da pazienti, gruppo di pazienti, prestazioni, fino ad arrivare all'intera U.O. Sembra quasi inutile sottolineare che, a seconda della dimensione e della tipologia dell'oggetto di determinazione, diversi saranno i costi direttamente riferibili a ciascuno di essi e quelli indiretti o comuni ai medesimi. Ad esempio a livello macro di U.O. tutti i costi saranno direttamente attribuibili in maniera oggettiva.
4. Per un approfondimento tematico, si veda tra gli altri, Serpelloni, Bosco, Bettero (2006).
5. Per configurazione di costo si indicano le tipologie di costi che si intendono addensare nell'aggregato, ovvero il contenuto che si intende dare al costo di produzione ricercato in termini di voci incluse nel calcolo. Tali configurazioni possono essere così richiamate:
 - a) *Costo variabile*. Figura di costo che presuppone la chiara separazione dei costi variabili, cioè di quelli che variano al variare della dimensione dell'oggetto di calcolo (nel nostro caso del numero dei pazienti nei vari gruppi), da quelli fissi, cioè di quelli che non variano al variare del volume di *output* (modello del *direct costing*), conside-

- rabili pertanto come meri costi di periodo o di struttura;
 - b) *Costo primo o diretto*. Deriva dalla somma di tutti quei costi riferibili in maniera oggettiva all'oggetto di imputazione, ovvero quelli nei quali sussiste una quantificabile relazione di consumo/assorbimento della risorsa rispetto all'*output*, senza alcun riferimento alla componente di costo indiretta, comune fra più oggetti;
 - c) *Costo di produzione*. Deriva dalla sommatoria di tutti i costi direttamente riferibili all'oggetto di analisi, con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile, di costi indiretti (modello *full costing* di produzione);
 - d) *Costo complessivo*. Trattasi di una configurazione di costo che include tutte le voci di costo dell'azienda, dipartimento, U.O., ovvero il costo di cui al punto precedente con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile di costi indiretti diversi da quelli di produzione (modello del *full costing*).
6. Trattasi del principio per il quale i costi devono essere imputati ai vari oggetti in maniera tale da riflettere la causa o determinante (*driver*) che ne ha provocato il sostenimento e per fare in modo che i suddetti costi riflettano il fabbisogno di risorse che ciascun gruppo di analisi esprime e richiede durante la gestione operativa del Ser.T.
 7. Giova chiarire, senza pretesa di approfondire, che la Buprenorfina costituisce molecola di sintesi utilizzata solo da qualche anno, a partire dal 2003, nelle terapie sostitutive in alternativa al metadone, da cui però diverge in particolare in termine di assorbimento sul paziente, anche sotto il profilo della posologia. Infatti, per via sub-linguale, può prevedere dosi iniziali singole giornaliere da 1-4 mg, fino ad un massimo di 32 mg al giorno rispetto a dosi giornaliere di metadone iniziali a partire, generalmente, da 30-40 mg fino ad un massimo di 120 mg. Da ultimo, è necessario rilevare che tale farmaco è sottratto al libero mercato e quindi non distribuibile presso le farmacie convenzionate.

Bibliografia

- AMADUZZI A. (1978), *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Utet, Torino.
- APSLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: current status and recommendations for future research*, NIDA Drug Abuse service Research, series 1, National Institute on Drug Abuse, Washington, DC.
- ASPLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-Effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: Current Status and Recommendation for Future Research*, NIDA Drug Abuse Service Research Series 1, National Institute on Drug Abuse, pp. 58-81, Washington, DC.
- BALL J.C., ROSS A. (1991), *The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services, and outcomes*, New York Springer-Verlag.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2005), *Principi e sistemi per amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRADLEY C.J., FRENCH M.T., RACHAL J.V. (1994), «Financing and cost of standard and enhanced methadone treatment», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, pp. 443-442.
- BRUSA L. (2000), *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- CARTWRIGHT W.S., KAPLE J.M. (1991), *Economic Costs, Cost effectiveness, Financing, and Community-Based Drug treatment*, Research monograph 113, DHHS Pub. No. (ADM) 91, 1823, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- CONTINI D. (1997), «L'analisi statistica delle storie individuali di utenti dei servizi per il recupero delle tossicodipendenze: considerazioni metodologiche», *Mecosan*, 22, pp. 7-21.
- D'EGIDIO P. (2002), «I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze», *Mission*, 2.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazioni dei risultati*, Egea, Milano.
- FINIGAN M. (1996), *Societal Outcomes and Cost Savings of Drug and Alcohol and Drug Abuse Treatment in the State of Oregon*, Report of the Office of Alcohol and Drugs Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources and the Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs.
- FRENCH M.T., BRADLEY B., CALINGAERT B., DENNIS M.L., KARUNTZOS G.T. (1994), «Cost Analysis of training of employment services in methadone treatment», *Evaluation and Program Planning*, 17, pp. 107-120.
- LOVASTE R., CAMIN E., LORENZIN G., GUARRERA G., FONTANA F. (2006), «Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze», *Mission*, 17, pp. 45-64.
- NAS T.F. (1996), *Cost-Benefit Analysis: Theory and Application*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- RAJKUMAR A.S., FRENCH M.T. (1996), *Drug Abuse, Crime Costs, and the Economic Benefits of Treatment*, Unpublished Manuscript, University of Maryland.
- SARGIACOMO M. (2003), *Comportamento manageriale e best practices nell'azienda Usl*, Giappichelli, Torino.
- SERPELLONI G., BOSCO O., BETTERO C. (2006), «Sistema per la valutazione dell'output in ambito territoriale: indicatori, tabelle SESIT di codifica delle prestazioni, software ed applicazione in pratica» in G. SERPELLONI, M. GOMMA (a cura di), *Analisi economica dei Dipartimenti delle Dipendenze. Prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati, Osservazione Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto*.
- TARRICONE R., CAVALLO M.C. (1996), «La valutazione del costo sociale delle malattie», *Mecosan*, 17, pp. 8-16.
- THOMPSON M.S. (1980), *Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation*, Sage, Beverly Hills, CA.
- VANNUCCI A., ABATI R., BOZZA G., MATTIOLO G., VILLANI G. (2001), «L'Analisi dei Costi per Processo: un metodo per migliorare la qualità delle prestazioni e la loro efficienza operativa. Esperienza applicativa in un Servizio per le tossicodipendenze», *Boll. Farmacodip. e Alcoholis.*, XXIV (3).
- YATES B.T. (1985), «Cost effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction», *Behaviour Assessment*, 7, pp. 207-234.
- YATES B.T. (1995), «Cost-effectiveness analysis, costbenefit analysis, and beyond: Evolving models for the scientist - manager - practitioner», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, pp. 385-398.
- YATES B.T. (1996), *Analyzing Costs, Procedures, Processes, and Outcomes in Human Services*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- YATES B.T. (1999), *Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost Benefit for substance abuse treatment programs*, NIH Pub., August.
- ZANGRANDI A. (1985), *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- ZAVATTARO F. (1988), «Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità», in M. MENEGUZZO et al., *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, pp. 49-87.

Appendice I

**CASE-HISTORY
E PRECIPUI DESCRITTORI
DELL’U.O. SER.T DI PESCARA**

La struttura deputata all’assistenza ai tossicodipendenti della Asl di Pescara svolge la sua azione fin dall’anno 1982 nella sede di via Paolini, 68.

Il Ser.T si colloca in una palazzina di civile abitazione occupando 4 appartamenti dislocati su tre piani per complessivi 400 mq, ovvero:

- a. al primo piano è posta l’accoglienza;
- b. al secondo piano ci sono le sale per le terapie e per i prelievi;
- c. al terzo piano c’è la direzione, l’osservatorio epidemiologico, le strutture per il *counselling*.

Il servizio è dotato di attrezzature sufficienti, dispone di una rete intranet per la gestione delle attività del servizio tramite il *software* Proteus, e di un valido collegamento ad internet.

Il numero degli accessi quotidiani si colloca intorno alle 250 unità.

Quanto al numero dei pazienti, si tenga presente che mediamente dalla prefettura sono in carico circa 173 pazienti al 15 ottobre 2007 fermati dagli organi di poli-

zia competenti per abuso di sostanze stupefacenti e per ciascun paziente esiste un *case manager* indicato in un apposito registro.

Relativamente al personale impiegato nel Ser.T, risultano operative le seguenti figure professionali:

- 5 medici (di cui uno con l’incarico di direttore),
- 4 psicologi,
- 3 sociologi,
- 5 infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 1 educatore,
- 1 assistente sanitario,
- 1 ausiliario,
- 5 amministrativi,

per complessive 26 unità di personale.

Punti di forza

- Operatori motivati e con grande esperienza;
- Capacità di risposte rapide;
- Struttura ad operatori molto radicati nella rete territoriale;
- Capacità di condivisione e di organizzazione in microequipe;
- Importante livello di autonomia professionale;
- Accreditamento di rilievo a livello regionale e nazionale;
- Struttura interna orientata al management e alla valutazione di processo e di risultato.

Tabella 14 – Quadro sinottico – Anno 2006

	Età	Nuovi ingressi		In carico/rientrati		Totale
		M	F	M	F	
	<15	0	0	0	0	0
	15-19	11	3	12	1	27
	20-24	48	4	74	6	132
	25-29	24	3	148	9	184
	30-34	21	3	183	27	234
	35-39	10	2	136	17	165
	>39	12	2	202	29	245
Totale pazienti		126	17	755	89	987
Totale appoggi		221	41			262
TOTALE GENERALE		347	58			1249

Obiettivi di sviluppo

- Attivazione sul proprio territorio di almeno altri 3 Ser.T;
- Trasferimento della sede nella struttura già prevista;
- Attribuzione di un incarico di struttura semplice per l'area di attività «Terapie»;
- Ridefinizione di tutta la struttura di riferimento aziendale per le Dipendenze in Dipartimento secondo le modalità già suggerite e condivise con l'Agenzia per i Servizi sanitari regionale.

In merito ad alcune caratteristiche dimensionali del Ser.T è possibile fornire il quadro sinottico relativo all'anno 2006, preso a base della nostra analisi (tabella 14, figura 4).

Per quanto concerne, invece, i programmi in comunità terapeutiche la tabella 15 offre la rappresentazione del *trend* degli ultimi cinque anni, al cui interno si rinvengono anche i pazienti in affidamento, la durata media dei ricoveri, le giornate di ricovero, ed altre informazioni di sintesi.

Figura 4 – Quadro sinottico - Anno 2006

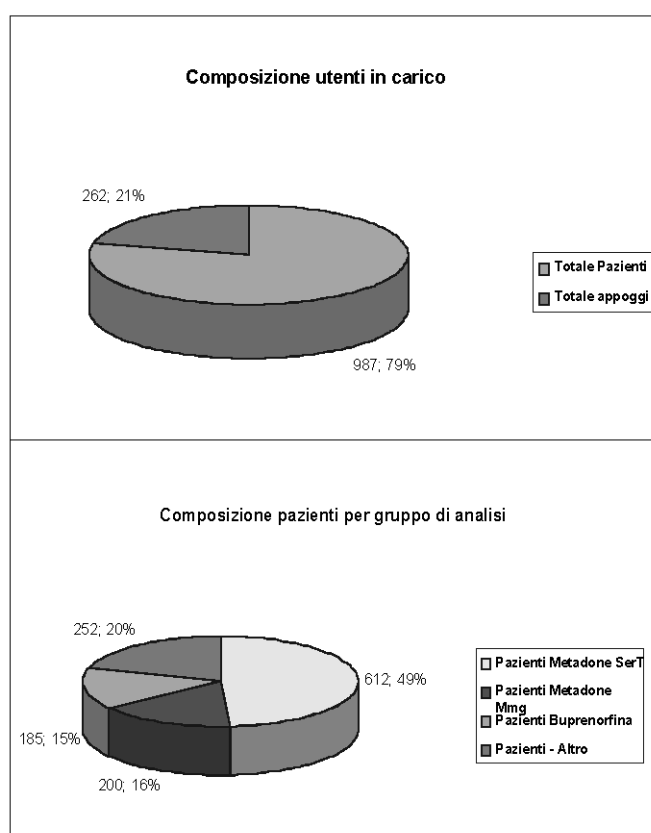


Tabella 15

Periodo di permanenza	2002	2003	2004	2005	2006
Totale giorni del periodo	365	365	366	365	365
Totale pazienti nel periodo	222	192	169	200	214
Totale giorni di ricovero nel periodo	42.015	36.650	29.869	37.770	40.883
Media giornaliera ricoveri	115	100	82	104	112
Durata media ricoveri	189	191	177	189	191
Durata mediana ricoveri	167	194	146	184	185
Costo totale a carico dell'Azienda in €	1.515.688	1.338.874	1.156.120	1.431.801	1.623.873
Costo medio per giorno di ricovero	36,07	36,53	38,71	37,91	39,72

Appendice II

**IL NUOVO MODELLO
DI RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI
PER I SERT SISTEMA INFORMATIVO
DELLE DIPENDENZE (SIND)**

- 01 **Attività telefonica**
- 001 Informazioni specifiche di prevenzione ed informazioni per esecuzione test clinici
- 002 *Counselling* telefonico (psicologico, medico, sociale ecc.)
- 003 Management clinico telefonico di paziente (utente già conosciuto/in carico; compresi contatti con terzi per la gestione del paziente e colloqui telefonici con familiari)
- 004 Altre attività non previste

- 02 **Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni**
- 005 Relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.
- 006 Prescrizione esami/ricetta/copia esami/esenzione ticket
- 007 Altre attività non previste

- 03 **Attività di accompagnamento**
- 008 Accompagnamento alle strutture di diagnosi e cure
- 009 Altre attività non previste

- 04 **Visite**
- 010 Visita medica specialistica (1° visita)
- 013 Visita medica (controllo)
- 014 Valutazione IP (*assessment/triage*)
- 015 Visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)
- 016 Visita in consulenza esterna
- 018 Altre attività non previste

- 05 **Colloqui**
- 019 Colloquio psichiatrico (1° colloquio senza esame obiettivo)
- 020 Colloquio psicologico-clinico (*counselling*, pre-test, post-test,...)
- 021 Colloquio per management clinico del paziente
- 022 Colloquio di consulenza a familiari
- 023 Colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo)
- 024 Colloquio informativo
- 025 Colloqui di assistenza sociale (comprende valutazione, *counselling*, sostegno e riabilitazione)
- 026 Colloquio con minore al seguito di utente in struttura
- 027 Colloquio socio-educativo motivazionale

- 029 Altre attività non previste

- 06 **Esami e procedure cliniche**
- 030 Prelievo venoso in ambulatorio
- 033 Raccolta urine per esame
- 036 ECG
- 039 Iniezione endovenosa
- 043 Medicazione di ferita
- 046 Iniezione intramuscolo
- 047 Esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine
- 048 Raccolta/invio materiali biologici
- 049 Raccolta campione per test di gravidanza su urine
- 052 Altre attività non previste

- 07 **Somministrazione farmaci e vaccini**
- 053 Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)
- 054 Consegna/affidamento terapia orale
- 056 Vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post
- 057 Altre attività non previste

- 08 **Interventi psicoterapeutici individuali**
- 058 Psicoterapia individuate (per seduta)
- 059 Altre attività non previste

- 09 **Interventi psicoterapeutici coppia**
- 060 Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare
- 061 Altre attività non previste

- 10 **Interventi psico/socio/educativi di gruppo**
- 062 Psicoterapia di gruppo (ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.)
- 063 Supervisione del gruppo/formazione operatori
- 065 Altri interventi di gruppo
- 066 Altre attività non previste

- 11 **Test psicologici**
- 067 Somministrazione/valutazione di test proiettivi e della *personality*
- 073 Somministrazione/valutazione di questionari (generico)
- 074 Interviste strutturate e semistrutturate
- 075 Test di valutazione della *disability* sociale
- 076 Altre attività non previste

- 12 **Attività di supporto generale al paziente**
- 077 Accompagnamento utenti fuori dalla struttura (residenziale o semiresidenziale)
- 078 Intervento di segretariato sociale (gestione pratiche ecc.)

079	Processo di accettazione del paziente	(prevenzione secondaria)
080	Assistenza IP al medico della struttura	110 Altre attività non previste
081	Assistenza IP al consulente specialista	
082	Attività educativo/formative	
083	Altre attività non previste	
13	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	18 Riunioni organizzative dipartimentali
084	Stesura progetto e negoziazione concordati con l'utente e con la sua famiglia	111 Riunione ristretta (es. con Direzione)
085	Riunione per caso clinico	112 Riunione gruppo di lavoro allargato
086	Altre attività non previste	113 Riunioni con enti in interno
		114 Riunioni con enti in esterno
		115 Altre attività non previste
14	Prestazioni alberghiere	19 Partecipazione a commissioni, comitati esterni
087	Fornitura alloggio e utilità relative all'assistenza alberghiera	116 Riunioni con commissioni, comitati in esterno
088	Fornitura pasti	117 Altre attività non previste
089	Altre attività non previste	
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico	20 Riunioni organizzativo/metodologiche interne
090	Erogazione di beni e servizi	118 Riunioni interne
091	Altre attività non previste	119 Altre attività non previste
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	21 Attività di Coordinamento/di Rete
092	Interventi sul territorio (scuole, CIC, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni, su gruppi ecc.)	120 Comunità Terapeutiche (interventi di verifica/monitoraggio programmi persone in trattamento)
093	Stesura di relazioni scritte	121 Attività di coordinamento generale/di rete effettuate con le organizzazioni significative (enti, agenzie, gruppi ecc.)
094	Coordinamento progetti specifici	122 Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza
095	Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)	123 Altre attività non previste
096	Intervento ambientale a tema (grande gruppo)	
097	Incontro operativo (informativo e/o di programmazione)	22 Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)
098	Collaborazione ad eventi specifici	124 Attività di ricerca
099	Conferenza/seminario/tavola rotonda	125 Altre attività non previste
100	Conduzione di gruppi (monitoraggio, supporto a progettazione, ecc.)	
101	Gestione stand informativo	23 Attività di formazione ed addestramento per operatori
102	Produzione di materiali informativi	126 Formazione come docente
104	Altre attività non previste	127 Formazione come discente
		128 Altre attività non previste
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)	24 Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operativa
106	Distribuzione/scambio profilattici	129 Rapporti/relazioni attività della struttura
108	Distribuzione vestiario	
109	Informazione/addestramento per abilità preventive	

NORME EDITORIALI

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a: Redazione Mecosan CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23

-20135 Milano La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12 La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano. BRUNETTI G. (1979), Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate, Milano: Franco Angeli.

Publicazioni con pi_ autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), Accounting and Management: Field Study Perspectives, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), Technology and Productivity: the Uneasy Alliance, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», Azienda pubblica, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), Principle of corporate Governance, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.