

Una proposta per misurare l'efficacia clinica delle prestazioni diagnostiche erogate dalle strutture ambulatoriali

Carlo De Luca,* Antonio Cannistrà*

Riassunto

Nei paesi occidentali una delle principali fonti di spesa sanitaria è rappresentata da una prescrizione medica particolarmente dispendiosa perché comprensiva di interventi terapeutici e diagnostici talora non necessari. Nonostante la necessità di dimensionare l'offerta specialistica ambulatoriale sull'efficacia clinica, a tutt'oggi i flussi informativi non consentano l'elaborazione di indicatori utili a questo scopo.

Sulla base di studi che hanno valutato la rilevanza diagnostica relativa di visite, esami di laboratorio e altre indagini strumentali, si è elaborato un sistema di pesatura delle prestazioni diagnostiche a mezzo del quale misurare la performance tenendo conto dell'efficacia clinica teorica. Con questo metodo, applicato all'attività diagnostica dei presidi della ASL Roma G, si possono ricavare, per ciascun erogatore pubblico e privato, misure e indicatori di attività. In particolare è possibile ottenere un indica-

tore, l'indice di rilevanza diagnostica (IRD), che misura il contributo nel soddisfare il fabbisogno diagnostico teorico espresso dalla popolazione di residenza. Inoltre, si può valutare la rilevanza diagnostica media (RDM) delle prestazioni effettuate.

In attesa che i flussi informativi registrino ulteriori informazioni, il sistema di pesatura studiato rappresenta la sola proposta possibile in grado di misurare la performance delle strutture erogatrici cogliendo, sia pure parzialmente, l'aspetto dell'efficacia clinica delle prestazioni diagnostiche erogate. Lo scopo del presente lavoro è proprio quello di proporre alla discussione questo sistema di pesatura.

Parole chiave: Attività specialistica ambulatoriale, Efficacia clinica, Indicatori, Prestazioni diagnostiche.

INTRODUZIONE

L'assistenza specialistica ambulatoriale è finanziata con il 13% del Fondo Sanitario Nazionale, una quota destinata presumibilmente ad aumentare in relazione al trasferimento progressivo di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ai livelli di erogazione meno costosi. Questo fenomeno, che risponde a tendenze di carattere generale,¹ è già in atto anche in Italia come espressione dell'avvento di metodiche diagnostiche tecnologicamente sempre più accurate e sofisticate, dell'evoluzione della pratica chirurgica in senso sempre meno invasivo e dell'introduzione di nuove tecniche anestesilogiche che hanno accelerato i tempi di recupero del paziente.² Tale tendenza, d'altronde, è recepita e incoraggiata dalla politica di contenimento della spesa sanitaria già da tempo perseguita anche in Italia e di recente ribadita.³

Tuttavia, occorre considerare che i servizi ambulatoriali sono generalmente più fruibili e più accessibili rispetto ad altri livelli organizzativi e quindi risultano maggiormente esposti al rischio di un uso "consumistico" non basato su esigenze reali. Negli Stati Uniti si è calcolato

che la crescita della spesa sanitaria ambulatoriale è, in misura preponderante, dovuta a elementi demografici e socioeconomici generali ma risente ancora, per una quota importante, di fattori produttivi correggibili.¹ D'altronde, è noto che uno dei meccanismi di produzione della spesa sanitaria ambulatoriale è rappresentato proprio dal cortocircuito che si può stabilire tra domanda e offerta delle prestazioni.^{1,4}

Si pone dunque il problema di una valutazione della spesa legata alla specialistica ambulatoriale che non può che basarsi sul criterio dell'efficacia clinica. Sotto questo profilo, in Italia il problema è stato affrontato dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza (LEA)⁵ che definisce liste di prestazioni escluse dall'SSN in quanto non pertinenti o di efficacia clinica non dimostrata (allegato 2a), a rischio di inappropriata clinica (allegato 2b), a rischio di inappropriata organizzativa (allegato 2c). Le liste degli allegati 2a e 2b si riferiscono a prestazioni ambulatoriali.

Nei paesi occidentali, il contenimento della spesa sanitaria sulla base di criteri di efficacia clinica è divenuto il nodo fondamentale da sciogliere, tanto più se si intende salvaguardare il carattere universalistico e solidaristico di sistemi assistenziali come quello italiano. Infatti, autore-

*ASL Roma G, Unità Operativa Sistemi Informativi

voli scuole di pensiero sostengono che sia possibile ancora oggi erogare a tutti e gratuitamente tutte le prestazioni di documentata efficacia clinica purché si rinunci agli interventi la cui efficacia non è dimostrata.⁶ D'altronde, in tutto l'Occidente, compresi i paesi dove l'assistenza sanitaria è prevalentemente privata (Stati Uniti), la spesa sanitaria pubblica cresce a un ritmo sempre maggiore, erodendo quote progressivamente più ampie di prodotto interno lordo.⁷ Una delle principali fonti di spesa è rappresentata da una prescrizione medica (di terapie e di indagini diagnostiche) particolarmente dispendiosa, affatto informata ai criteri dell'evidenza clinica, sensibile agli stimoli più diversi e che finisce per comprendere una parte rilevante di trattamenti di efficacia non documentata.⁷

A fronte di una necessità generale di dimensionare l'offerta specialistica ambulatoriale su precisi criteri qualitativi delle prestazioni e in particolare sull'efficacia clinica, a tutt'oggi non esistono flussi informativi orientati in questo senso che consentano l'elaborazione di indicatori utili a questo scopo.

QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI E PERFORMANCE ASSISTENZIALE

In linea generale, per qualità si intende l'insieme delle "proprietà e caratteristiche di un prodotto o di un servizio che lo rendono capace di soddisfare bisogni espressi o impliciti".⁸ Così come recepita nella normativa italiana,^{5,9} la qualità delle prestazioni sanitarie si compone di almeno quattro aspetti. Innanzitutto l'efficacia clinica, intesa come capacità di produrre un beneficio significativo in termini di salute.^{10,11} In secondo luogo l'appropriatezza clinica (o specifica), che si identifica con l'erogazione di un intervento efficace e applicato con la corretta indicazione clinica.^{11,11[??]} Quindi l'appropriatezza organizzativa (o generica) che riguarda l'effettuazione della prestazione a un livello organizzativo sicuro ma meno costoso:^{10,11} definita in questo modo, l'appropriatezza organizzativa assume il significato di efficienza, così come essa è generalmente intesa.¹² Infine, il DPCM del 16 aprile 2002 introduce nella legislazione un ulteriore elemento della qualità, costituito da un aspetto dell'equità che è la tempestività dell'assistenza, quando nel preambolo afferma che "l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alla necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza".⁹

Con tutta evidenza l'efficacia clinica rappresenta l'aspetto centrale della qualità della prestazione, senza la quale perdono di significato sia l'appropriatezza clinica sia l'efficienza sia la stessa equità.

Gli attributi che definiscono la qualità assumono accezioni naturalmente diverse se essi sono riferiti non a una prestazione clinica ma a un "sistema" sanitario (servizio,

livello organizzativo, ecc.). In questo ambito, la qualità della prestazione assume perlopiù il significato di *performance*, unanimemente definita come "il grado con il quale un sistema realizza gli obiettivi che si è posto".¹³

La performance, o rendimento, ha dimensioni molteplici e complesse da esplorare. Le diverse organizzazioni internazionali che si occupano del problema hanno provveduto ognuna a stilare propri elenchi, che solo in parte si sovrappongono.^{14,15} I diversi aspetti della qualità possono essere sistematizzati all'interno di una struttura gerarchizzata. Così, delle sei dimensioni considerate dall'Health Services Utilization and Research Commission (HSURC), l'efficacia pratica dovrebbe essere considerata l'aspetto prevalente al quale sono funzionali le altre caratteristiche di un sistema sanitario: equità, accessibilità, accettabilità, rilevanza, efficienza.^{15,16} Da sottolineare che l'HSURC intende l'efficacia pratica non come generica capacità di raggiungere un risultato, ma come capacità di produrre benefici in termini di salute nel momento stesso in cui propone di misurarla con indicatori finalizzati a quantificare gli effetti del sistema sanitario sulla mortalità e sulla qualità di vita delle persone.¹⁵ Così intesa, l'efficacia pratica non si esaurisce nell'efficacia clinica ma la contiene implicitamente. Ad esempio, uno degli indicatori considerati è la "mortalità prematura" sulla quale influiscono diversi aspetti della performance (accessibilità ai servizi, pari opportunità nel ricevere le cure, ecc.), ma include senz'altro anche l'efficacia clinica della cura medica.

Dunque anche nelle valutazioni di rendimento, l'efficacia clinica continua a rappresentare il nucleo centrale ed essenziale della performance di un sistema.

SISTEMI INFORMATIVI E INDICATORI

L'istituzione di sistemi informativi regionali per la specialistica ambulatoriale è stata una conseguenza diretta dell'introduzione, nella normativa nazionale, di nuovi criteri di erogazione e finanziamento delle prestazioni ambulatoriali.⁴ Di conseguenza, questo flusso informativo si limita a raccogliere dati relativi alle prestazioni erogate e non ricostruisce episodi di cura, come accade invece per il sistema informativo ospedaliero. Con tutta evidenza la frammentazione dell'episodio di cura in diverse prestazioni complica particolarmente le analisi che non vogliono limitarsi a una valutazione meramente contabile.⁴

Il flusso informativo della specialistica ambulatoriale comprende un nucleo minimo di informazioni raccolte da tutte le Regioni italiane ai fini della determinazione della remunerazione delle prestazioni nell'ambito del sistema di Tariffa Unica Convenzionale, a mezzo del quale avviene la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.¹⁷ L'elemento centrale di questo flusso è costituito dalla classificazione nominale delle prestazioni ambulatoria-

li contenuta nel nomenclatore tariffario nazionale¹⁸ nel quale l'entità della tariffa è proporzionale all'impegno delle risorse impiegate. Questo sistema di classificazione, essendo finalizzato alla remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, contiene elementi utili ai fini di una valutazione di efficienza, ma sinora non si è riusciti a impiegarlo per altre finalità.

Il sistema informativo per la specialistica ambulatoriale, dunque, non è fruibile per calcolare la gran parte degli indicatori per l'assistenza distrettuale previsti dalla normativa. Infatti, tra tutti gli indicatori contenuti nel DM del 12 dicembre 2001,¹⁹ solo due si riferiscono all'assistenza specialistica e possono essere calcolati a partire dal relativo flusso informativo: prestazioni di assistenza specialistica sulla popolazione residente pesata e costo pro capite dell'assistenza specialistica. Essi contengono elementi utili ai fini di una valutazione di efficienza, ma non approssimano nemmeno l'aspetto dell'efficacia clinica.

Un altro indicatore che può essere ricavato dai flussi esistenti è il tempo di attesa delle prestazioni monitorate, inteso come differenza tra data di erogazione e data di prenotazione, quantunque esso, se calcolato retrospettivamente in questo modo, risente in misura determinante sia delle preferenze del paziente sia del fatto che molte prestazioni sono programmate secondo calendari prestabiliti.

Dunque, concludendo, l'assistenza specialistica ambulatoriale può oggi contare su pochi indicatori che esplorano due sole dimensioni, efficienza e tempestività, ma sono largamente insufficienti a valutare l'appropriatezza clinica e, soprattutto, l'efficacia clinica delle prestazioni effettuate. Inoltre, a differenza di quanto accade nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la specialistica ambulatoriale soffre di una sorta di stasi della ricerca e in particolare dell'assenza di proposte mirate a esplorarne l'efficacia.

Il sistema attuale di raccolta e utilizzo delle informazioni produce conseguenze rilevanti. Infatti la possibilità di misurare l'efficienza rappresenta una delle ragioni che sollecita le strutture erogatrici pubbliche a offrire le prestazioni più remunerative talora sottraendosi agli obblighi derivanti da valutazioni di efficacia e appropriatezza clinica.

PROPOSTA DI UN METODO DI PESATURA DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

La specialistica ambulatoriale, dunque, dispone al momento di uno strumento informativo il cui contenuto fornisce elementi sinora non utilizzati per la valutazione dell'aspetto centrale della qualità che è rappresentato dall'efficacia clinica, senza la quale perdono di significato sia l'appropriatezza clinica sia l'efficienza sia la stessa equi-

tà, e senza la quale diventa evidentemente discutibile la stessa valutazione della performance assistenziale.

Sul piano teorico gli indicatori utilizzati debbono chiaramente possedere alcune caratteristiche:¹⁵ chiarezza dello scopo, focalizzazione su un sistema, concentrazione su un risultato che è possibile migliorare con una politica adeguata, possibilità di essere utilizzati per procedere a confronti, semplicità. Riproducibilità e accuratezza sono le caratteristiche più importanti di un indicatore.²⁰ Sul piano pratico, perché l'indicatore sia pienamente fruibile deve inoltre preferibilmente possedere alcune caratteristiche. Innanzitutto il fatto di poter utilizzare informazioni già esistenti, come espressamente raccomandato dalla SI-QuAS,²¹ e preferibilmente contenute in un flusso informativo già attivo, senza la necessità di implementare la raccolta di ulteriori dati, operazione sempre onerosa. In secondo luogo appare importante che l'indicatore sia basato sui dati presenti in un solo flusso informativo, nel caso specifico quello della specialistica ambulatoriale, senza la necessità di dover trarre informazioni da più sistemi la cui interfaccia è foriera di errori e la cui integrazione non è affatto semplice.²² L'indicatore deve poter essere utilizzato da tutti allo scopo di procedere a comparazioni tra diverse realtà.¹⁵ Infine, l'indicatore deve poter sintetizzare un'informazione precisa.²² Alla luce di quanto detto sinora, appare fondamentale che esso possa in qualche modo entrare nel merito dell'efficacia clinica, che rappresenta l'elemento centrale della qualità della prestazione nell'ambito di quello che si definisce "governo clinico" della sanità.²³

Una valutazione dell'efficacia clinica delle prestazioni diagnostiche si può rigorosamente ottenere solo misurandone l'effetto sulla salute del paziente. Una valutazione di questo tipo è evidentemente fuori dalla portata dei sistemi informativi attuali e richiede studi epidemiologici molto complessi ed espressamente disegnati allo scopo. Tuttavia, se non è ancora possibile misurare routinariamente l'efficacia diagnostica reale, si può perlomeno tentare di quantificare, sia pure molto approssimativamente, l'efficacia diagnostica teorica delle prestazioni.

A questo proposito sono particolarmente interessanti gli studi che hanno quantificato il peso della visita e degli esami strumentali in termini di contributo relativo alla diagnosi su popolazioni (pazienti inviati dal medico di medicina generale a uno specialista) sotto questo profilo assimilabili all'utenza della medicina specialistica in Italia. Così, è stato dimostrato che nei pazienti ambulatoriali una diagnosi corretta può essere eseguita con la sola visita (comprensiva di anamnesi ed esame obiettivo) nel 66-88% dei casi, con i soli esami di laboratorio nell'1-11% dei casi, con le sole altre indagini di tipo strumentale nel 23% circa dei casi.^{24,25} Da sottolineare che il contributo relativo delle analisi di laboratorio e delle altre indagini

strumentali è stato calcolato per l'insieme degli esami eseguiti dal paziente. Questi studi confermavano quanto già osservato in precedenza sul ruolo chiaramente preponderante della visita ai fini della correttezza della diagnosi rispetto agli esami di laboratorio.²⁶ Analoghi risultati sono stati ottenuti più di recente, sebbene su una popolazione diversa da quella occidentale.²⁷

Quantunque gli studi considerati^{24,25} siano stati eseguiti in anni ormai lontani, essi sembrano metodologicamente corretti, in quanto il loro disegno sperimentale rispetta i criteri fondamentali che riducono il rischio di errore sistematico. In particolare, essi sono stati eseguiti con uno sviluppo prospettico delle osservazioni, hanno fatto uso di un controllo delle diagnosi a distanza di tempo (il *gold standard*) e sono stati eseguiti su pazienti con uno spettro sufficientemente ampio di malattia. In un'ipotetica scala di evidenza, questi studi,²⁸ dunque, si collocherebbero a un livello elevato.

I risultati degli studi sperimentali sono d'altronde coerenti con l'opinione diffusa, almeno nella cultura medica nordamericana (statunitense e canadese), in base alla quale la visita rende conto del 77-79% delle diagnosi, mentre le indagini di laboratorio e strumentali del 21-23%.^{29,30} Aggiuntivamente dunque all'evidenza scientifica, anche il *common sense* suggerisce la netta preponderanza della visita nel cogliere la diagnosi corretta.

A partire da queste osservazioni le prestazioni ambulatoriali possono essere innanzitutto suddivise in diagnostiche e terapeutiche. Più specificatamente le 1989 prestazioni contemplate dal nomenclatore tariffario³¹ possono essere suddivise in 1294 di tipo diagnostico e 695 di tipo terapeutico. Tra quelle diagnostiche sono incluse anche rachicentesi (codice 3.31), paracentesi della camera anteriore (codice 12.91), laparoscopia (codice 54.21), artrocentesi (codice 81.91) e paracentesi (codice 54.91), che in realtà possono avere sia funzione diagnostica sia terapeutica.

Le prestazioni diagnostiche possono essere classificate in tre categorie (visita, esame di laboratorio, altra indagine strumentale) a ciascuna delle quali può essere attribuito un peso relativo di efficacia teorica. Allo scopo di non sopravvalutare oltremisura la visita, che comunque è considerata l'elemento preponderante della diagnosi, si può pensare di assegnare a essa il peso relativo minimo riscontrato in letteratura, mentre agli esami di laboratorio e strumentali il peso massimo osservato negli studi sperimentali.^{24,25} Così, più specificatamente, si può attribuire a tutte le visite eseguite dal paziente nello stesso giorno un peso relativo di 0,66, a tutti gli esami di laboratorio eseguiti dal paziente nello stesso giorno un peso relativo di 0,11 e a tutte le altre indagini strumentali eseguite dal paziente nello stesso giorno un peso relativo pari a 0,23.

In questo modo il numero assoluto delle prestazioni eseguite può essere trasformato in un numero di prestazioni pesate in termini di efficacia diagnostica teorica, dal quale è possibile ricavare misure e indicatori.

Infatti, il totale delle prestazioni pesate definisce da un lato il fabbisogno diagnostico espresso dalla popolazione e dall'altro il carico diagnostico delle strutture sanitarie, ambedue aggiustati sotto il profilo della rilevanza clinica. Il totale delle prestazioni diagnostiche pesate costituisce dunque il parametro di riferimento rispetto al quale si può ricavare un indicatore che misura il contributo relativo di ciascuna struttura a soddisfare il fabbisogno espresso dalla popolazione. Tale indicatore, che può essere definito indice di rilevanza diagnostica (IRD), si identifica con il contributo relativo, espresso come percentuale, con il quale ciascuna struttura si fa carico del fabbisogno diagnostico pesato. Se poi si suddivide il numero pesato per il numero assoluto di prestazioni diagnostiche, si ottiene una misura che esprime la rilevanza diagnostica media (RDM) delle prestazioni erogate. Il risultato di questo quoziente può essere moltiplicato per cento allo scopo di ottenere numeri maggiori, la cui differenza è più facilmente percepibile.

APPLICAZIONE DELLA PROPOSTA

Si considerino le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate con onere a carico del sistema sanitario regionale ai residenti nel territorio della ASL Roma G nel corso dell'anno 2005. Rispetto al totale delle prestazioni, quelle diagnostiche costituiscono il 73,99% in termini numerici e l'82,37% in termini di fatturato totale (dati non mostrati).

Tale attività diagnostica può essere classificata come mostrato nella Tabella 1, dalla quale emerge in quale misura ciascuna tipologia di presidio risponde alla richiesta dell'utenza in termini di volume e spesa. Si può così verificare che i presidi pubblici erogano una percentuale di prestazioni nettamente superiore a quella relativa al fatturato mentre per i presidi esterni accade l'esatto contrario.

Un'analisi complessiva eseguita in questo modo comunque appare insoddisfacente perché non è in grado di distinguere tra prestazioni di natura molto diversa. Per tale ragione è ormai abitudine^{8,35} presentare i dati sull'attività diagnostica suddividendo le prestazioni in tre categorie (laboratorio, visite, altro). In questo modo si ottengono classificazioni nominali (Tabelle 2 e 3) dalle quali emerge che le visite sono in gran parte effettuate dai pubblici e dagli esterni, come d'altronde ci si aspetta sulla base del fatto che in tutta la ASL solo una struttura privata può erogare in accreditamento una tipologia di visita (quella neurologica). Si può anche osservare che i privati erogano la maggior parte degli esami di laboratorio e del-

Tabella 1. Prestazioni diagnostiche erogate a residenti suddivise per tipologia di presidio. ASL Roma G, anno 2005

Tipologia presidio	Volume		Fatturato (€)	
	n.	%	Totale	%
Pubblici ASL RmG	1.859.330	39,93%	13.499.015,19	27,99%
Privati ASL RmG	1.824.520	39,19%	19.224.495,85	39,87%
Esterni ASL RmG	972.149	20,88%	15.497.599,25	32,14%
Totale	4.655.999	100,00%	48.221.110,29	100,00%

Tabella 2. Volume di prestazioni diagnostiche erogate a residenti suddiviso per tipologia di presidio e di indagine. ASL Roma G, anno 2005

Tipologia Presidio	Visite		Esami Laboratorio		Altre indagini strumentali	
	n.	%	n.	%	n.	%
Pubblici ASL RmG	195.281	52,87%	1.525.689	40,93%	138.360	24,75%
Privati ASL RmG	251	0,07%	1.599.589	42,91%	224.680	40,18%
Esterni ASL RmG	173.833	47,06%	602.227	16,16%	196.089	35,07%
Totale	369.365	100,00%	3.727.505	100,00%	559.129	100,00%

Tabella 3. Consumo di spesa per prestazioni diagnostiche erogate a residenti suddiviso per tipologia di presidio e di indagine. ASL Roma G, anno 2005

Tipologia Presidio	Visite		Esami Laboratorio		Altre indagini strumentali	
	Fatturato (€)	%	Fatturato (€)	%	Fatturato (€)	%
Pubblici ASL RmG	2.606.297,54	52,75%	7.482.699,39	32,02%	3.410.018,26	17,13%
Privati ASL RmG	3.421,13	0,07%	11.089.318,51	47,45%	8.131.756,21	40,85%
Esterni ASL RmG	2.330.986,65	47,18%	4.799.880,85	20,54%	8.366.731,75	42,03%
Totale	4.940.705,32	100,00%	23.371.898,75	100,00%	19.908.506,22	100,00%

le altre indagini strumentali. Sono altresì possibili numerose altre considerazioni. Un'analisi di questo genere è certamente più articolata ma soffre la mancanza di una misura di sintesi.

Pesando le prestazioni diagnostiche sotto il profilo dell'efficacia teorica, l'attività specialistica ambulatoriale

viene rilevata nel modo rappresentato dalla Tabella 4. Così, dal confronto tra tabelle emerge che i privati erogano circa il 39% delle prestazioni diagnostiche sia in termini numerici sia di fatturato (Tabella 1) ma contribuiscono per poco più dell'11% a soddisfare il fabbisogno diagnostico pesato (Tabella 4). Al contrario, i pubblici che erogano

Tabella 4. Prestazioni diagnostiche pesate erogate a residenti suddivise per tipologia di presidio. ASL Roma G, anno 2005

Tipologia presidio	n.	IRD*	RDM**
Pubblici ASL RmG	172.149,18	54,31%	9,26
Privati ASL RmG	35.861,20	11,31%	1,97
Esterni ASL RmG	108.979,53	34,38%	11,21
Totale	316.989,91	100,00%	6,81

*Indice di rilevanza diagnostica: percentuale rispetto al totale delle prestazioni diagnostiche pesate.

**Rilevanza diagnostica media: prestazioni pesate diviso prestazioni moltiplicato per 100.

Tabella 5. Prestazioni diagnostiche erogate ai residenti da parte dei presidi pubblici della ASL Roma G. ASL Roma G, anno 2005

	Prestazioni		Fatturato (€)		Prestazioni pesate		
	n.	%	Totale	%	n.	IRD*	RDM**
Ospedali	1.673.780	90,02%	11.552.107,90	85,58%	99.875,02	58,02%	5,97
Distretti	185.550	9,98%	1.946.907,29	14,42%	72.274,16	41,98%	38,95
Totale	1.859.330	100,00%	13.499.015,19	100,00%	172.149,18	100,00%	9,26

*Indice di rilevanza diagnostica: percentuale rispetto al totale delle prestazioni diagnostiche pesate.

**Rilevanza diagnostica media: prestazioni pesate diviso prestazioni moltiplicato per 100.

poco più del 39% delle prestazioni, con un fatturato che è circa il 28% del totale (Tabella 4), hanno un indice di rilevanza diagnostica pari al 54%, ovvero si fanno carico della maggior parte del fabbisogno diagnostico pesato (Tabella 4). Anche la rilevanza diagnostica media delle prestazioni erogate è nettamente superiore per i pubblici rispetto ai privati.

Questa metodologia può essere applicata all'interno di ciascuna delle tipologie di erogatore sin qui considerate. Per quanto riguarda i presidi pubblici, si può verificare che i sei distretti, nessuno dei quali dotato di laboratorio analisi, pur erogando solo il 9,98% delle prestazioni e pur producendo solo il 14,42% del fatturato, comunque effettuano il 41,98% delle prestazioni pesate, ovvero soddisfanno oltre il 40% del fabbisogno diagnostico teorico che i residenti chiedono alle strutture pubbliche (Tabella 5). La

situazione è rovesciata per quanto riguarda gli ospedali, tutti dotati di laboratorio analisi. Dalla Tabella 5 si può anche osservare che la rilevanza diagnostica media delle prestazioni erogate è nettamente superiore per i distretti rispetto agli ospedali.

Se poi si analizzano le attività di ciascuno dei presidi pubblici, si ottengono i dati riportati nella Tabella 6, nella quale viene evidenziato il contributo dell'ospedale e del corrispondente distretto per ciascuna delle sei aree territoriali nelle quali è suddivisa la ASL. Si può così rilevare che gli ospedali erogano il maggior numero di prestazioni e producono la gran parte del fatturato al confronto con i distretti corrispondenti. Tale differenza si attenua notevolmente se l'attività diagnostica è valutata come numero di prestazioni pesate. Anzi, nell'area di Monterotondo l'ospedale e il distretto rispondono nella stessa misura al fab-

Tabella 6. Prestazioni diagnostiche erogate ai residenti da parte di ciascuno dei presidi pubblici della ASL Roma G. ASL Roma G, anno 2005

Area territoriale	Presidio	Prestazioni		Fatturato (euro)		Prestazioni pesate		
		n.	%	Totale	%	n.	IRD*	RDM**
Monterotondo	Ospedale	148.627	7,99%	999.645,74	7,41%	10.212,41	5,93%	6,87
	Distretto	18.511	1,00%	253.863,14	1,88%	10.212,79	5,93%	55,17
Guidonia-Palombara	Ospedale	202.416	10,89%	1.468.020,46	10,88%	14.512,20	8,43%	7,17
	Distretto	34.906	1,88%	469.712,17	3,48%	12.468,94	7,24%	35,72
Tivoli	Ospedale	319.538	17,19%	2.769.649,07	20,52%	30.672,89	17,82%	9,60
	Distretto	29.936	1,61%	330.079,28	2,45%	13.927,73	8,09%	46,53
Subiaco	Ospedale	242.853	13,06%	1.520.262,63	11,26%	11.429,80	6,64%	4,71
	Distretto	21.113	1,14%	141.873,09	1,05%	5.543,19	3,22%	26,25
Palestrina-Zagarolo	Ospedale	319.926	17,21%	1.828.859,28	13,55%	10.375,37	6,03%	3,24
	Distretto	24.149	1,30%	308.164,56	2,28%	12.891,34	7,49%	53,38
Colleferro-Valmontone	Ospedale	440.420	23,69%	2.965.670,72	21,97%	22.672,35	13,17%	5,15
	Distretto	56.935	3,06%	443.215,05	3,28%	17.230,17	10,01%	30,26
Totale		1.859.330	100,00%	13.499.015,19	100,00%	172.149,18	100,00%	9,26

*Indice di rilevanza diagnostica: percentuale rispetto al totale delle prestazioni diagnostiche pesate.

**Rilevanza diagnostica media: prestazioni pesate diviso prestazioni moltiplicato per 100.

bisogno diagnostico. Addirittura nell'area di Palestrina l'attività del distretto è superiore, sia pure di poco, a quella dell'ospedale.

Il metodo della pesatura delle prestazioni diagnostiche può essere applicato in ulteriore profondità a ciascuno degli ambulatori pubblici. I risultati sono tanto più importanti quanto più è variegata l'attività dell'ambulatorio. Si pensi, ad esempio, agli ambulatori di diabetologia nei quali vengono effettuate visite, diversi esami ematochimici e varie indagini strumentali. In questi casi diventa importante misurare l'attività dell'ambulatorio al di là degli elementi di efficienza (numero di prestazioni e fatturato), pure importanti ma evidentemente insufficienti per una valutazione complessiva.

CONCLUSIONI

Il sistema di pesatura delle prestazioni che viene proposto può essere utilizzato allo scopo di ottenere misure di rendimento ponderate in termini di efficacia diagnostica teorica. In particolare esso consente di ricavare un "indice di rilevanza diagnostica" con il quale quantificare il contributo relativo di ciascun erogatore nel soddisfare il fabbisogno diagnostico espresso dalla popolazione. Un tale sistema di pesatura, inoltre, permette di calcolare una "rilevanza diagnostica media" con la quale valutare il valore medio della prestazione erogata.

L'IRD presenta le caratteristiche di un vero indicatore, nel senso che esso rispetta sia la definizione di indicatore contenuta nella normativa¹⁹ sia quella di performance unanimemente accettata.¹³ Ambedue le definizioni infatti implicano che l'indicatore sia una misura confrontata con un parametro di riferimento, che in questo caso è rappresentato dal fabbisogno diagnostico espresso dalla popolazione e identificato con la quantità di prestazioni pesate richieste dai residenti.

Perché l'indicatore sia tale è necessario che esso abbia un'altra proprietà, espressamente prevista dalla normativa¹⁹ e ribadita di continuo nei consessi scientifici, ovvero la capacità di fornire indicazioni utili sotto il profilo della strategia sanitaria. Perché questa proprietà possa estrinsecarsi pienamente è tuttavia necessario che siano compiute le scelte generali di fondo, in particolare sul ruolo che un'Azienda Sanitaria deve svolgere. In questo senso risulta particolarmente importante la tripartizione delle prestazioni sulla base della tipologia dell'erogatore, che risponde all'esigenza di comprendere meglio quanto accade alla luce del sistema di finanziamento della specialistica ambulatoriale adottato nella Regione Lazio, dove le ASL pagano con la propria quota capitaria le prestazioni erogate dai presidi privati e dai presidi esterni (mobilità passiva).

Così, quel 54,31% di fabbisogno soddisfatto dai presi-

di pubblici (Tabella 4) può essere considerato tanto o poco a seconda che la ASL scelga di essere un "ente pagatore" di prestazioni erogate da altri soggetti (magari conservando il ruolo di programmazione e di controllo) o invece intenda continuare a svolgere (e magari incentivare) la funzione di erogatore delle prestazioni. Analogamente, quell'11,31% di fabbisogno soddisfatto dai presidi privati (Tabella 4), al prezzo di devolvere a essi circa il 39,77% della quota capitaria (Tabella 1), può dare esito a iniziative diverse a seconda del ruolo che la ASL ha deciso di svolgere.

L'IRD rappresenta inoltre uno strumento utile sotto il profilo del controllo di gestione. Applicato ai presidi pubblici, infatti, consente di valutarne l'attività oltre gli elementi, pure necessari, di mera contabilità. Così, applicato ai presidi pubblici della ASL Roma G (Tabella 5), esso permette di correggere almeno in parte il giudizio comune in base al quale la specialistica ambulatoriale continua a essere erogata in massima parte dagli ospedali quantunque sia inserita dai LEA nella macroarea territoriale.⁵

L'IRD e la RDM rappresentano al momento le uniche misure nel campo della specialistica ambulatoriale in grado di entrare nel merito della rilevanza diagnostica e quindi di cogliere, sia pure parzialmente, l'aspetto dell'efficacia pratica delle prestazioni erogate. Inoltre, questo sistema di pesatura presenta il vantaggio di utilizzare poche informazioni presenti in tutti i flussi informativi regionali (erogatore, codice fiscale del paziente, ASL di residenza del paziente, codice della prestazione, data di erogazione della prestazione). Ambedue hanno comunque, indubbiamente, il carattere della genericità perché non quantificano l'effetto reale delle prestazioni sulla salute delle persone, ma solo la loro potenziale capacità di produrre un beneficio in termini diagnostici.

Il sistema di pesatura, così come è stato proposto, può costituire un primo approccio verso la definizione di indicatori di performance applicati alla specialistica ambulatoriale e basati sull'efficacia diagnostica. Esso certamente attribuisce pesi medi ai diversi tipi di prestazione, non tenendo ancora conto del fatto che gli esami di laboratorio e le altre indagini possono dare un contributo relativo alla diagnosi che varia nelle differenti discipline. Pur con questa importante limitazione, si ritiene che esso possa essere utile ai fini di una valutazione complessiva e di massima dell'attività ambulatoriale in termini di rilevanza delle prestazioni rese. IRD e RDM, dunque, non rappresentano una valutazione esaustiva della performance, ma possono essere considerate elementi utili a costituire quel set di indicatori che appare necessario per una valutazione inevitabilmente multidimensionale.^{13,33}

Una migliore strutturazione di questo sistema potrà scaturire da due fattori. Innanzitutto da ulteriori studi che

approfondiscano la rilevanza dei diversi tipi di prestazioni nelle differenti discipline cliniche, come parzialmente si era iniziato a fare.²⁵ In secondo luogo, un ulteriore impulso potrà venire dagli studi ancora *in fieri* e intrapresi allo scopo di determinare sensibilità e specificità dell'esame clinico per la diagnosi delle diverse malattie,^{34,35} a condizione che i sistemi informativi si adeguino inserendo l'indicazione clinica nel set di informazioni raccolte. Quando questi studi avranno prodotto risultati generalizzabili, si potrà modificare il sistema di pesatura in modo da renderlo più aderente alla realtà clinica.

Bibliografia

- Hearle K, Koenig L, Rudowitz R, et al. Drivers of expenditure growth in outpatient care services. *Am J Manag Care* 2003;9:SP25-SP33.
- Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia-Romagna. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia Romagna. 9° Convegno Italiano sui sistemi di classificazione dei pazienti, Ferrara, 2005.
- Intesa Stato-Regioni, 23 marzo 2005. Razionalizzazione della rete ospedaliera e realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario. GU, 7 maggio 2005, n. 105.
- Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Rapporto sull'attività di assistenza specialistica nel Lazio. SIAS 1999. Ottobre 2000.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. GU, 8 febbraio 2002, n. 33.
- Warren KS. All effective treatment could be free. In: *Doing more good than harm. The evaluation of health care interventions.* The New York Academy of Sciences, New York, 1993.
- Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Principles for making difficult decisions in difficult times. *JAMA* 1994;271:1792-1798.
- Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione. Qualità e Servizio Sanitario Nazionale: riferimenti e documentazione.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 16 aprile 2002. Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa. GU, 27 maggio 2002, n.122.
- Materia E. Appropriatazza: origini, implicazioni, valutazioni. Tendenze nuove 2003;4-5:343-354.
- Arcà S. I livelli essenziali di assistenza. Tendenze nuove 2003;4-5:355-371.
- Kazandjian VA, Matthes N, Wicker KG. Are performance indicator generic? The international experience of the Quality Indicator Project. *J Eval Clin Pract* 2003;9:265-276.
- Vasselli S, Filippetti G, Spizzichino L. Il modello concettuale. In: *Misurare la performance del sistema sanitario.* Il Pensiero Scientifico, Roma, 2005.
- Bellini P. Indicatori sanitari: incombenze superate o possibilità attuali? In: *Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria.* Atti del Seminario, Roma, 19 giugno 2002.
- Health Service Utilization and Research Commission. System performance indicators: toward a goal-based health system. Issue and Directions, agosto 2000.
- Bellini P, Braga M, Rebba V, et al. (eds). Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria. In: *Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria.* Atti del Seminario, Roma, 19 giugno 2002.
- Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, 19 giugno 2003. Compensazione interregionale della mobilità sanitaria. Testo Unico.
- Decreto Ministeriale, 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe.
- Decreto Ministero della Salute, 12 dicembre 2001. Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. GU, 9 febbraio 2002, n. 34 (SO).
- Morosini P, Ferraro F. Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria. Indicatori clinici. http://www.siquas.it/pdf/Raccomandazioni_SQUAS.pdf.
- Buratta V, Solipaca A. Costruire l'informazione statistica in sanità In: *Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria.* Atti del Seminario, Roma, 19 giugno 2002.
- Grilli R. Governo clinico. *Care* 2003;4:19-20.
- Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, et al. Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnosis. *West J Med* 1992;156:163-165.
- Sandler G. Costs of unnecessary tests. *BMJ* 1979;2:21-24.
- Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975;2:486-489.
- Roshan M, Rao AP. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. *J Assoc Physicians India* 2000;48:771-775.
- Fife TD, Tusa RJ, Furman JM, et al. Assessment: vestibular testing techniques in adults and children. *American Academy of Neurology. Neurology* 2000;55:1431-1441.
- Rich EC, Crowson TW, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of internal medicine physicians. *Arch Intern Med* 1987;147:1957-1960.
- Markert RJ, Rich EC, Sakowski HA, et al. Comparative value of clinical information in making a diagnosis. *Med Gen Med* 2004;6:64.
- Decreto del Ministero della Sanità, 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe. GU, 14 settembre 1996, n. 216 (SO).

32. Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informativo. Ufficio di Direzione Statistica. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2004. <http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/Annuario%202004%20internet.pdf>
33. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *BMJ* 1984;288:1470-1472.
34. Straus SE, McAlister FA, Sackett DL. Clinical assessment of the reliability of the examination (CARE). *Evid Based Med* 2000;5:132-134.
35. Clinical Assessment of the Reliability of the Examination. <http://www.carestudy.com/CareStudy/Default.asp>

Summary

In Western Countries, a main driver of costs is a particularly expensive medical practice that includes therapeutic and diagnostic measures sometimes unnecessary. In spite of the need to found the ambulatory care on the effectiveness, up to today the informative systems have not been able to produce useful indicators in this order.

On the basis of studies that have quantified the relative importance of the history, physical examination, laboratory and instrumental investigations in making medical diagnoses, it has been elaborated a system to weigh the clinic relevance of diagnostic services in ambulatory care and to measure the effectiveness in the performance of health providers.

We applied this method to evaluate the diagnostic activity of health providers located in the ASL Roma G. In this way, it has obtained an indicator, the index of diagnostic relevance

(IRD), that quantifies the relative contribution to meet the expressed need of the population. Furthermore it has been obtained a measurement, the average diagnostic relevance (RDM), that expresses the average value of the provided services.

Awaiting further information recorded by informative systems, the presented method seems the only possible measure the provider performance emphasizing the effectiveness of diagnostic ambulatory care. The aim of this paper is to stimulate a discussion on this method of weighing the ambulatory services.

Key words: Ambulatory care, Effectiveness, Outcome assessment, Outpatients.