

Valutazione farmacoeconomica dei costi sostenuti dalla ASP di Messina per la terapia domiciliare con ossigeno liquido

Salvatore Coppolino ⁽¹⁾



ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a very frequent disease in all industrialized countries. The cost for the community includes cost for hospitalisations, doctor visits, home care, rehabilitation, loss of working days, etc. From a therapeutical point of view, an effective progression of therapy and patients survival can be obtained only by stopping smoking and by following a long term oxygen therapy.

The aim of this retrospective study is to evaluate costs of liquid oxygen therapy performed at home.

Obtained results are very encouraging because a part from being cheap they also provide a better evaluation of the prescribed therapy which can also be extended to gaseous oxygen.

Keywords: COPD, oxygen therapy, home care therapy

Farmeconomia e percorsi terapeutici 2010; 11(1): 43-46

INTRODUZIONE

La broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) è una patologia dell'apparato respiratorio molto frequente in tutti i paesi sviluppati nei quali diventerà, entro il 2020, la terza causa di morte [1]. Tale affezione è caratterizzata dalla persistente progressiva ostruzione irreversibile, o parzialmente reversibile, del flusso aereo con iperproduzione di muco associata ad una abnorme risposta infiammatoria [2].

L'onere della BPCO per la società è tradizionalmente distinto in costi diretti e indiretti: i primi includono le spese per le visite mediche, i ricoveri ospedalieri, l'assistenza domiciliare, la riabilitazione, i test diagnostici e la terapia farmacologica; i secondi, invece, sono rappresentati dalla perdita di giornate lavorative o dall'abbandono dell'attività professionale per le persone in età lavorativa. Più complessa è la valutazione per i pensionati la cui perdita di autonomia e i limiti posti dalla malattia nello svolgimento delle normali attività quotidiane e di relazione richiede l'assistenza di familiari o di *caregiver* con una consistente incidenza di tipo economico e sociale.

Negli Stati Uniti i costi complessivi addebitati alla BPCO sono stati stimati per il 1993 in circa 24 miliardi di dollari, di cui 14,7 miliardi per i costi diretti e 9,2 miliardi per i costi indiretti da morbosità e mortalità [3]. Analisi più recenti indicano per gli Stati Uniti, nel 2000, un costo complessivo per BPCO di circa 30,4

miliardi di dollari, dei quali 14,7 addebitabili a costi diretti e 15,7 a costi indiretti [4]. Secondo lo studio "Confronting COPD in North America and Europe" nel 2002 in Italia si sono spesi, a causa della BPCO, mediamente € 1.261,25 a paziente per costi diretti, di cui € 963,10 per ricoveri ospedalieri, e € 47,29 per quelli indiretti. Un valore così basso può spiegarsi considerando che il 63% della popolazione presa in esame nello studio era costituita da pensionati [5]. Dai dati sopra indicati appare quindi evidente come la BPCO rappresenti un onere gravoso in termini di impatto economico e utilizzo delle risorse.

Dal punto di vista terapeutico soltanto gli interventi di cessazione dal fumo di sigaretta, l'ossigenoterapia a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare hanno dimostrato essere veramente efficaci sulla progressione della terapia e sulla sopravvivenza dei pazienti. L'ossigenoterapia a lungo termine consiste nella somministrazione continuativa di ossigeno supplementare in quantità tale da riportare il contenuto di ossigeno nelle arterie a valori vicini alla norma ($\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$) in pazienti con insufficienza respiratoria cronica. A tale proposito le linee guida GOLD consigliano l'impiego dell'ossigeno con una durata il più possibile vicina alle 24 ore al giorno. L'efficacia della terapia è tanto più marcata quanto più la terapia viene condotta in modo regolare e continuativo [6].

⁽¹⁾Dipartimento del Farmaco, ASP Messina

Corresponding author

Salvatore Coppolino
sacoppolin@yahoo.it

Mese	Pazienti (N)
Agosto '08	1.170
Settembre '08	1.238
Ottobre '08	1.224
Novembre '08	1.150
Dicembre '08	1.182
Gennaio '09	1.231
Febbraio '09	1.175
Marzo '09	1.187
Aprile '09	1.189
Maggio '09	1.185
Giugno '09	1.181
Luglio '09	1.185
Agosto '09	1.178

Tabella I
Numero di pazienti assistiti in ogni mese del periodo in esame

L'ossigenoterapia, introdotta in Italia negli anni '80, può essere praticata mediante:

- l'ossigeno gassoso compresso in bombole (tipicamente impiegato sui pazienti acuti);
- i concentratori, apparecchi in grado di arricchire l'aria di ossigeno (indicati per terapie domiciliari continuate);
- l'ossigeno liquido erogato in contenitori da 26.500 metri cubi o più piccoli (stroller) ma di capacità sufficiente a garantire una buona autonomia.

La distribuzione di ossigeno liquido e gassoso in Italia avviene con modalità differenti da Regione a Regione e, in taluni casi, nell'ambito della stessa Regione, da provincia a provincia.

Questo studio si propone di determinare in maniera retrospettiva i costi sanitari relativi alla terapia domiciliare con ossigeno liquido in un contesto in cui si cerca di porre al centro del sistema il paziente e di ridurre l'autoreferenzialità nella terapia privilegiando, invece, le strutture dell'ASP (Azienda Sanitaria Provinciale) e le professionalità in esse presenti.

MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE

Presso l'ASP di Messina l'erogazione dell'ossigeno gassoso avviene attraverso le farmacie private dietro presentazione di ricetta medica SSN. Per quanto riguarda l'ossigeno liquido invece il paziente si reca presso l'ufficio competente del Distretto Sanitario di appartenenza con una prescrizione redatta da uno Specialista Ospedaliero su cui sono riportati la diagnosi di BPCO e il valore di pO_2 , il flusso, la durata giornaliera della terapia e la validità della prescrizione che, in genere, non è superiore a sei mesi. Presso il Distretto Sanitario il medico autorizzatore esamina la prescrizione e, se la ritiene appropriata, rilascia l'esenzione ticket per la patologia respiratoria (024.518.81) e consegna al paziente un modulo di scelta su cui sono indicate le ragioni sociali dei 7 *Home Care Provider* (HCP) che svolgono il servizio per conto dell'ASP. L'HCP fornirà al paziente l'ossigeno liquido e i dispositivi medici necessari al suo utilizzo (occhiali, gorgogliatore, maschera di Venturi, ecc.) direttamente al proprio domicilio, impegnandosi, inoltre, a seguirlo nei suoi eventuali spostamenti in tutta Italia alle stesse condizioni economiche previste dal capitolato per l'erogazione domiciliare. L'HCP, inoltre, provvede, con il proprio personale specializzato, all'addestramento del paziente all'uso dell'apparecchiatura erogatrice e a illustrare i pericoli di un uso e/o di una conservazione non corretti.

Dal punto di vista economico l'HCP riceve per ciascun paziente un canone mensile di € 170

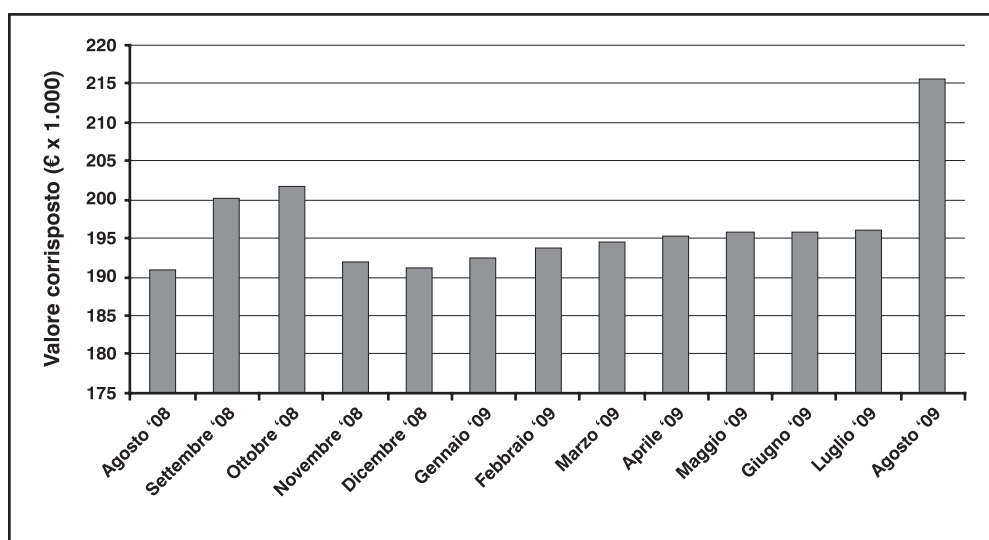


Figura 1
Trend di spesa per il servizio erogato nel periodo in esame

per terapie della durata di 30 giorni e di € 85 per trattamenti di durata inferiore, indipendentemente dal numero di contenitori (*dewards*) erogati al paziente nel mese. La trasmissione di tutta la documentazione (documenti di trasporto, fatture ed eventuali note di credito) perviene, entro i primi 10 giorni del mese successivo, al Dipartimento del Farmaco che provvede a valutare la conformità della documentazione, al carico delle fatture sul sistema informatico aziendale e ad approntare la delibera per la loro liquidazione.

MATERIALI E METODI

Per la stesura del presente lavoro sono stati analizzati i consumi e gli importi relativi all'erogazione di ossigeno liquido dal 1/08/2008 al 31/08/2009 nella ASP di Messina. I dati provengono dal database OLT gestito presso il Dipartimento del Farmaco. In questo database sono riportati i dati anagrafici dei pazienti (cognome, nome, indirizzo e Distretto Sanitario di appartenenza), il numero di consegne effettuato a ciascun paziente in ogni mese, i dati relativi alle prescrizioni specialistiche (durata prescrizione, valori pO₂, flusso, durata giornaliera) e gli importi da corrispondere agli HCP per ciascun paziente.

Durante il periodo considerato è stato distribuito ossigeno mediamente a 1.190 pazienti, i dati relativi a ogni singolo mese sono riportati in Tabella I. Per l'erogazione di tale servizio l'ASP di Messina ha corrisposto mediamente € 196.514 al mese; gli importi per ogni singolo mese sono riportati in Tabella II e il trend mensile della spesa per l'OLT è rappresentato in Figura 1.

Al 31/08/09 i pazienti in trattamento sono stati 1.178 con un aumento, rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, di 8 unità, pari all'1% del valore iniziale.

Mese	Importo corrisposto* (€)
Agosto '08	190.838
Settembre '08	200.070
Ottobre '08	201.599
Novembre '08	191.875
Dicembre '08	191.093
Gennaio '09	192.525
Febbraio '09	193.670
Marzo '09	194.480
Aprile '09	195.380
Maggio '09	195.755
Giugno '09	195.725
Luglio '09	196.095
Agosto '09	215.580

Tabella II

Importi corrisposti per l'erogazione del servizio nei vari mesi del periodo considerato

* IVA 4% esclusa

RISULTATI E DISCUSSIONE

Come è possibile notare dalla Figura 2, che confronta la spesa realmente sostenuta dall'ASP di Messina con quella di una ipotetica distribuzione attraverso le farmacie private, dove l'ossigeno liquido era fatturato a € 168 a contenitore, nel periodo considerato si è avuto un risparmio medio mensile di € 269.007, con un minimo di € 220.151 nel mese di Febbraio 2009 e un massimo di € 335.625 nel mese di Luglio 2009.

I risultati ottenuti sono molto incoraggianti e portano a ritenere che il servizio verrà prorogato almeno per un altro anno. La metodica distributiva, comunque perfezionabile, consente

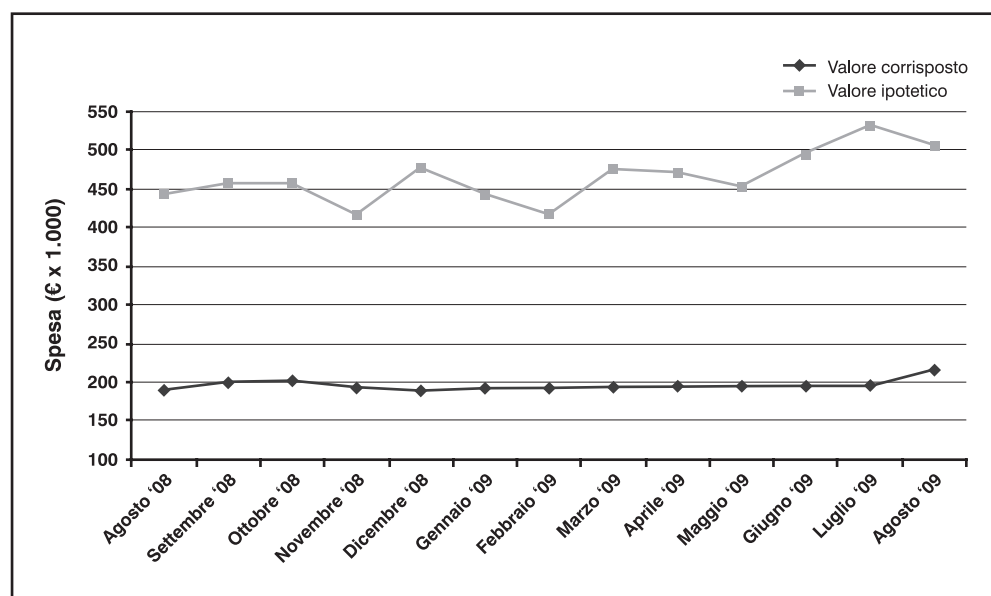


Figura 2

Confronto tra spesa sostenuta e spesa in caso di erogazione tramite farmacie private

oltre che un considerevole risparmio economico, anche una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva della terapia con ossigeno liquido e potrebbe anche essere estesa, come avviene in altre ASP italiane, anche all'ossigeno gassoso dove la prescrizione non è sempre sorretta da evidente necessità. Si è, dunque, passati da una logica di margine alla farmacia privata a una logica di servizio, superando il metodo piuttosto

semplicistico del pagamento a consegna. Inoltre, tenendo conto della centralità e della dignità del paziente, questo nuovo metodo distributivo ha consentito di definire un percorso clinico-assistenziale in cui è stato semplificato l'iter burocratico legato all'eccessiva ripetitività della prescrizione da parte del medico di famiglia e, contemporaneamente, è aumentata l'assistenza domiciliare da parte degli HCP.

BIBLIOGRAFIA

1. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J* 1995; 8 : 1398-420
2. Mannino DM, Braman SS. The epidemiology and economics of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2007; 4: 502-5
3. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee Ta. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117: 5-9
4. National Heart, Lung and Blood Institute. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Data Fact Sheet* 2001; 1-4
5. Dal Negro R, Rossi A, Cerveri I. The burden of COPD in Italy: results from the Confronting COPD survey. *Resp. Med* 2003; 97: 43s-50s
6. Pauwels RA, Buist AS, Calverly PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76