

Processi di acquisto e distribuzione dell'ossigenoterapia di lungo termine in Lombardia

Dante Cornago, Livio Garattini

CESAV - Istituto Mario Negri, Ranica (BG)

Gruppo lombardo GAUDIO: G. Frolidi¹, S. Gari², G. Gelosa³, G. Marini⁴, C. Romano⁵

¹Resp. Uff. Serv. Farmaceutico ASL di Mantova;

²Resp. Uff. Serv. Farmaceutico ASL Valle Camonica-Sebino (BS); ³Resp. Uff. Serv. Farmaceutico ASL Provincia di Milano 3;

⁴Resp. Uff. Serv. Farmaceutico ASL di Como;

⁵Resp. Uff. Serv. Farmaceutico ASL di Varese

I. Introduzione

Lo studio presenta le modalità di acquisto e distribuzione dell'Ossigenoterapia di Lungo Termine (OLT) analizzate in un campione di cinque ASL lombarde (Como, Mantova, Provincia Milano 3/Monza, Valle Camonica-Sebino e Varese).

Essendo l'ossigeno un prodotto tecnologicamente maturo, gli sviluppi più interessanti di tale mercato appaiono collegati a modalità di consegna e supporto tecnico agli utenti, riconducibili alla tendenza generale da parte dei servizi sanitari di porre al centro del sistema il paziente e di ridurre, specularmente, l'autoreferenzialità rispetto alle proprie strutture e professionalità presenti⁽¹⁾.

In Italia sono disponibili due canali alternativi per l'acquisto e la distribuzione dell'ossigenoterapia: la fornitura presso il domicilio del paziente attraverso gara d'appalto delle ASL e quella tradizionale attraverso le farmacie territoriali⁽²⁾. Viene, peraltro, lasciata ampia libertà d'azione alle singole Regioni che regolano, attraverso proprie normative o circolari, le modalità di acquisto e distribuzione di tale prodotto. Inoltre in molte Regioni le decisioni vengono demandate alle singole ASL, creando, quindi, un'inevitabile eterogeneità (non necessariamente negativa) anche a livello infraregionale. Da tale contesto nasce l'idea del Progetto GAUDIO (Gruppo AUsl Dispositivi per Incontinenza e Ossigenoterapia) che si propone di monitorare questa situazione in continua evoluzione, costituendo un Osservatorio nazionale mirato ad accrescere le conoscenze sui processi di acquisto e distribuzione di tipologie specifiche di dispositivi analizzati (ossigenoterapia, pannoloni e sacche per stomia) su tutto il territorio italiano, al fine di far emergere le problematiche comuni e valorizzare le

soluzioni giudicate più interessanti.

Questo studio riporta i risultati della prima fase, svoltasi in Lombardia, del progetto GAUDIO limitatamente all'ossigenoterapia.

2. Caratteristiche tecniche

L'ossigenoterapia, già da tempo sviluppatasi negli Stati Uniti, è stata introdotta in Italia solamente negli anni '80⁽³⁾; viene prevalentemente prescritta per la cura delle broncopatie croniche e, più in generale, di tutti i problemi legati alle malattie polmonari⁽⁴⁾.

Esistono tre diverse modalità di erogazione dell'ossigenoterapia:

- l'**ossigeno gassoso**, distribuito in bombole, rappresenta la forma più tradizionale;
- i **concentratori** (un'apparecchiatura che permette di arricchire l'aria di ossigeno) garantiscono al paziente la possibilità di usufruire della terapia al proprio domicilio in modo continuativo;
- l'**ossigeno liquido** permette ai pazienti di muoversi più liberamente e svolgere le attività quotidiane con maggior disinvoltura, grazie all'ausilio di contenitori portatili di capacità sufficiente per garantire una buona autonomia.

Ciascuna delle tre modalità di ossigenoterapia, in base alle proprie caratteristiche tecniche, può risultare più indicata per specifiche categorie di pazienti: l'ossigeno liquido sembra adatto ai pazienti in attività lavorativa con insufficienza respiratoria, il concentratore è indicato per pazienti cronici gravi con difficoltà motorie; la scelta dell'ossigeno gassoso compresso in bombole è suggerita, invece, in modo residuale per tutti gli altri casi, tipicamente i malati acuti temporanei⁽¹⁾.

3. Materiali e metodi

Le informazioni necessarie allo studio sono state raccolte con la fattiva collaborazione degli operatori sanitari.

Sono stati organizzati due incontri, nel corso dei quali i rappresentanti delle ASL selezionate hanno singolarmente presentato le modalità di acquisto e distribuzione adottate dalle loro Aziende relativamente alle forniture di OLT.

Le informazioni raccolte sono state riassunte per chiarezza espositiva in una tabella sinottica (Tabella 1), contenente le principali variabili analizzate nelle cinque ASL (indicate con un codice alfabetico).

4. Risultati

L'ASL A e l'ASL B adottano un modello distributivo simile che prevede la dispensazione dell'ossigeno gassoso attraverso il canale farmacia, mentre la distribuzione di ossigeno liquido avviene al domicilio dei pazienti a cura di un'azienda fornitrice. La differenza riscontrata fra le due ASL riguarda le modalità di dispensazione dei concentratori: nella ASL A vengono distribuiti dai distretti, mentre nella ASL B vengono consegnati al domicilio dei pazienti ad opera dell'azienda che distribuisce anche l'ossigeno liquido. Inoltre, l'appalto ha durata triennale e prevede un pagamento di un forfait giornaliero nel caso della ASL A, mentre nell'ASL B la durata della gara è annuale ed è previsto un pagamento forfetario mensile. Risulta interessante sottolineare che, per l'ossigeno distribuito a domicilio, le farmacie territoriali non percepiscono alcuna commissione in entrambe le realtà.

Nella ASL C viene bandita un'unica gara per la distribuzione a domicilio dei pazienti sia di ossigeno liquido sia di concentratori, sulla base di un forfait mensile per paziente. A differenza, però, di quanto accade nelle ASL A e ASL B, in questo caso viene riconosciuto alle farmacie territoriali un margine di intermediazione, pari al 15% (sostanzialmente simile a quello percepito per i farmaci etici), da aggiungere al prezzo di aggiudicazione della gara.

Nella ASL D l'OLT viene distribuita esclusivamente in

Modalità di distribuzione dell'ossigenoterapia di lungo termine in Lombardia

Tab. 1

	Distribuzione diretta ASL	Distribuzione attraverso farmacie	Distribuzione domiciliare
ASL A	Concentratore	O ₂ gassoso	O ₂ liquido
ASL B		O ₂ gassoso	O ₂ liquido + Concentratore
ASL C		O ₂ gassoso	O ₂ liquido + Concentratore
ASL D		O ₂ gassoso + O ₂ liquido + Concentratore	
ASL E		O ₂ gassoso + O ₂ liquido + Concentratore	

convenzione attraverso le farmacie che ricevono un margine per il servizio prestato. Alla luce della scelta di questa modalità di erogazione, le uniche forme di monitoraggio possibili della spesa consistono nel controllo periodico delle quantità di ossigeno erogato a carico della ASL, unitamente alla verifica delle effettive condizioni di salute dei pazienti. L'ossigeno gassoso distribuito attraverso le farmacie viene rimborsato a L. 9 (€ 0,0046) al litro, mentre quello liquido a L. 15 (€ 0,0077) al litro, ossia ai prezzi di riferimento nazionali.

Nella ASL E si è cercato di incentivare la collaborazione delle farmacie territoriali a partire dal 2001. Infatti, in precedenza l'assistito doveva recarsi al Centro pneumologico, dove riceveva la documentazione da portare all'ASL per ottenere l'autorizzazione annuale, e, quindi, dal medico di medicina generale per la ricetta mensile. Ora, invece, l'assistito deve recarsi dal medico di famiglia una sola volta all'anno. In teoria, l'interlocutore principale fra assistito, azienda produttrice e ASL diventa il farmacista. È stata stipulata, infatti, una convenzione con le farmacie che prevede il pagamento di un forfait al mese per paziente, compresa la visita domiciliare (servizio a carico del farmacista). In base a questa convenzione, la farmacia sceglie la ditta fornitrice, controlla i quantitativi erogati per ogni paziente, gestisce il servizio e si reca a casa dell'assistito mensilmente (senza medico). Essendo responsabile della distribuzione, la farmacia è tenuta a fare dei controlli mensili presentando una documentazione al momento dell'installazione e, periodicamente, una scheda di controllo relativa alla qualità e alla sicurezza del prodotto. Si è dunque passati da una logica di margine alla farmacia a una logica di servizio, superando il metodo un po' semplicistico del "pagamento a litri".

5. Discussione

Il confronto fra le cinque realtà lombarde analizzate ha consentito di evidenziare le differenti scelte adottate dalle singole ASL, confermando una prevedibile eterogeneità nelle modalità di acquisto ed erogazione.

Le soluzioni adottate nelle ASL A e ASL B sono molto simili, essendo state riscontrate come uniche differenze la modalità di distribuzione dei concentratori e la durata degli appalti.

La ASL D adotta uno schema distributivo sostanzialmente simile a quello della ASL E, con la differenza che nella prima il pagamento alle farmacie avviene "a litri", invece che in base a un forfait mensile.

Le soluzioni adottate dalle ASL C e ASL E sono molto simili relativamente alle farmacie. Ma mentre nella ASL E si responsabilizza la farmacia territoriale, riconoscendole un forfait mensile concordato direttamente con Federfarma locale, nella ASL C rimane la gara tradizionale e ci si focalizza, quindi, sul fornitore. In quest'ultima realtà, la farmacia svolge solamente una mera funzione di controllo e le viene riconosciuto un margine non incluso nel prezzo di aggiudicazione della gara. Peraltro, anche con la soluzione adottata dalla ASL E permane il rischio che la farmacia "scarichi" il servizio sul fornitore (dal momento che quest'ultimo deve comunque recarsi al domicilio del paziente per effettuare le consegne), ricevendo il pagamento di un servizio difficilmente monitorabile da parte dell'ASL. In sintesi, si tratta di un evidente miglioramento rispetto alla situazione pregressa dell'ASL E, quando le farmacie percepivano una provvigione per la prestazione di un servizio che apparentemente non aveva alcun valore aggiunto alla distribuzione dell'OLT (situazione che tuttora permane nelle ASL C e ASL D), anche se permangono dubbi sull'effettiva implementazione del servizio.

Bibliografia

1. Garattini L, Tediosi F: "L'ossigenoterapia domiciliare in cinque paesi europei: un'analisi comparativa", *Mecosan*, n. 35, Sez. 5.
2. Corsi F, Garattini L, Tediosi F: "I dispositivi medici nei principali paesi europei", Edizioni Kappadue, 1999.
3. Miselli V: "Assistenza al paziente domiciliare, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
4. Rees PJ, Dudley F: "Oxygen therapy in chronic lung disease", *British Medical Journal*, (1998A) 317: 871-874.