



XXII CONGRESSO A I R O

SIMPOSIO AIRO-AIOM

IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA

LA GESTIONE DEI COSTI

F. Lucà

GIARDINI NAXOS-TAORMINA 26-29 OTTOBRE 2013

Follow-up

Il termine **follow-up**, proveniente dalla lingua inglese, indica una serie di controlli periodici e talvolta programmati a seguito di un'azione o intervento.

in medicina indica la serie di controlli a cui viene sottoposta una persona in seguito a terapie mediche e / o chirurgiche. Ha lo scopo è di diagnosticare prima della comparsa di sintomi una ripresa della malattia, una nuova patologia collegata alla prima o un effetto dannoso legato al trattamento.

Follow-up oncologico

E' riferito ai controlli cui vengono sottoposti i pazienti dopo la diagnosi ed il trattamento per un cancro. Questi controlli prevedono:

- visita medica
- esami del sangue
- dosaggio di
- esami strumentali:
 - ecografie
 - radiografie
 - TAC
 - Scintigrafia ossea (in alcuni tumori)

La durata del follow-up oncologico, la cadenza, gli esami da richiedere variano in base al tumore primitivo, allo stadio in cui è stato diagnosticato e trattato, alle condizioni generali del paziente (età, malattie concomitanti).

Follow-up oncologico

La durata del follow-up oncologico, la cadenza, gli esami da richiedere variano in base al tumore primitivo, allo stadio in cui è stato diagnosticato e trattato, alle condizioni generali del paziente (età, malattie concomitanti). Infatti il follow-up oncologico ha senso **solo** quando

- esiste un rischio rilevante che la neoplasia si ripresenti
- esiste un rischio rilevante che compaia una seconda neoplasia nello stesso organo (per esempio un secondo tumore della mammella) o un tumore in altri organi in quanto i fattori eziologici sono gli stessi (per esempio un carcinoma del polmone in un paziente già trattato per un carcinoma della testa-collo: il fumo di sigaretta è un fattore di rischio comune).
- esiste un trattamento efficace per trattare una ripresa di quella determinata neoplasia se diagnosticata in fase iniziale e non se diagnosticata quando diventa sintomatica
- il paziente è in condizioni di ricevere il trattamento adeguato

ANALISI DEI COSTI

In sanità quando l'analisi dei costi si riferisce ad una specifica patologia, prende il nome di **”studio del costo di malattia”**. Si tratta di una valutazione economica incompleta in quanto analizza solo i costi diretti legati alla patologia.

Se nell'analisi dei costi si assume anche il punto di vista della società nel suo complesso, la valutazione prende il nome di: **“ costo sociale della malattia”**.

Il “costo sociale” fa riferimento a tre principali categorie:

a) **costi diretti** costituiti dalle spese relative all'attività di prevenzione, diagnosi e cura come i farmaci, i ricoveri, le visite specialistiche, gli esami strumentali. Mentre gli aiuti domestici retribuiti, i trasporti sono un costo diretto ma non sanitario;

b) **costi indiretti** costituiti dalla perdita della produttività lavorativa. Comprendono anche il tempo utilizzato dai familiari con riduzione della produzione per la società. Una recente revisione della letteratura internazionale ha dimostrato che i costi indiretti costituiscono mediamente più della metà del costo totale sanitario;

c) **costi intangibili** che sono costituiti da tutti quei fattori soggettivi come la perdita di benessere, diminuita percezione di felicità, peggioramento della qualità di vita, dolore. Sono anche identificabili in tutti quegli effetti negativi provocati dalla malattia che determinano un peggioramento della qualità di vita anche nei confronti di familiari ed amici.

LA STIMA DEI COSTI

Esistono due procedimenti per individuare il “costo sociale”: il **metodo bottom-up** e quello **top-down**.

Il primo è un metodo analitico in cui il costo si ottiene applicando il costo unitario delle singole operazioni alle relative frequenze. E' indispensabile un'analisi puntuale dei consumi e la conoscenza dei costi unitari dei singoli fattori.

Nel metodo top-down invece il punto di partenza è la disponibilità dei dati aggregati sui consumi e sui costi sanitari, suddivisi nelle singole voci. Da questi valori conoscendo i dati statistici relativi alla malattia è possibile dedurre gli insiemi pertinenti alla patologia studiata.

COSTI DIRETTI IN ONCOLOGIA (Censis 2011)

- Spese mediche: visite specialistiche; esami radiologici e di laboratorio; riabilitazione; protesi; parrucche; farmaci; assistenza infermieristica privata =

1.201 €/anno

- Spese non mediche: badante; trasporti; spese alberghiere; diete=

782 €/anno

COSTI INDIRECTI IN ONCOLOGIA(Censis 2011)

Mancato reddito di lavoro: valore
soggettivo variabile che l'indagine
identifica in un valore di € 11.560 pro
capite/anno a cui si deve aggiungere la
monetizzazione dell'attività da parte di
chi assiste quantificato in € 6228 che si
somma al mancato guadagno pari a €
3171

Tenuto presente che l'art.1, comma 170 della Legge n. 311/04, Finanziaria 2005 aveva stabilito dei principi fondamentali in riferimento alla determinazione delle tariffe delle prestazioni:

- che gli importi tariffari fissate dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime individuate dal SSN, restano a carico dei bilanci regionali;
- le tariffe massime sono definite in coerenza con le risorse programmate per il SSN;
- con cadenza triennale e comunque non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime anche comparando i tariffari regionali e sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate.

NUOVO NOMENCLATORE NAZIONALE

Il 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute ha provveduto all'aggiornamento del precedente nomenclatore 1996.

Delle 1715 prestazioni previste nel 1996 , ne sono state confermate 1702. Sono state abbassate le tariffe delle prestazioni che richiedono macchine/dispositivi, innalzate quelle che richiedono cospicuo contributo umano. Unica eccezione le prestazioni di radioterapia incrementate in media del 4,65%. Le Regioni hanno variabili che possono riassumersi: incrementi per aumento dei costi di personale e tecnologia; accorpamenti prestazionali

Decreto Ministero del Lavoro

27 Ottobre 2009

- Art.1 “Modifica del decreto del Ministro della salute 31/3/2008”:
E’ stabilito che le prestazioni rientranti nella quota del 20% di risorse vincolate prevista dal decreto sia esclusivamente:
 - Assistenza odontoiatrica;
 - Assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.

Art. 2 Definizione della prestazioni vincolate:

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria a favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio;

Prestazioni finalizzate al recupero della salute dei pazienti inabilitati da malattia o infortunio;

Legge 7 agosto 2012, n. 135 *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza di servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale del settore bancario”*.

Il titolo III di essa “Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria” è composto da un unico, lunghissimo articolo 15, che contiene disposizioni riguardanti i seguenti aspetti dell’attività e della spesa sanitaria:

- - farmaci
- - dispositivi medici
- - dotazioni di posti letto
- - acquisto di beni e servizi
- - costi e fabbisogni standard
- - tariffe per prestazioni convenzionate

ART:15

- Farmaci: diminuzione del finanziamento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera e quella riguardante i nuovi farmaci innovativi ad alto costo.
- Dispositivi medici: incidere sull'assistenza oncologica con riferimento alla fornitura di dispositivi come le carrozzelle, i letti antidecubito e i servizi di trasporto
- Dotazioni di posti letto: *3,7 posti letto per mille abitanti.*
“Concentrare l'assistenza ospedaliera oncologica nelle istituzioni che assicurano maggiore sicurezza ed elevata qualità”.

DEF 2013-2017 SPESA SANITARIA IX RAPPORTO CEIS-TOR VERGATA

La spesa sanitaria italiana pro-capite è stata nel 2011 inferiore del 23,9% rispetto ai Paesi all'EU a 14

Spesa sanitaria 2012, 7,1 % del Pil scende al 6,7 % del Pil 2017.

La spesa privata è cresciuta meno di quella pubblica attestandosi al 2.1 % del Pil.

In ogni caso la spesa sanitaria è per un quarto sostenuta direttamente dalle famiglie.

COSTO MEDIO IN ITALIA DELL'ASSISTENZA (Ceis 2008)

1° Profilo di base	€ 362,00
2° Profilo per pazienti complessi	€ 464,00
3° Profilo per pazienti terminali	€ 619,00

Crea-Tor Vergata 2013

Per effetto della spesa sanitaria out of pocket, con riferimento all' anno 2011, le famiglie povere sono aumentate rispetto all' anno precedente arrivando all' 11,1% con una crescita della spesa per la parte socio-sanitaria arrivata al 6% . In numero assoluto l' aumento del numero delle impoverite è salito di 500.000 unità, arrivando ad un totale vicino al milione e mezzo. Rischio massimo in Calabria con l' 11,2%, minimo in Emilia Romagna con l' 1,2%. Corrono pericolo non solo i ceti meno abbienti ma anche quelli medi.

Pit Salute 2013

Il 12% dei cittadini rinuncia alle cure per il lievitare dei costi e il 10,3% dichiara che anche il costo del ticket allontana dalle cure.

Rbm Salute-Censis

Il 50% degli italiani ritiene il ticket sulle prestazioni sanitarie un vero balzello. Il 40% dichiara che si è ridotta la copertura della sanità pubblica e per trovare soluzioni bisogna pagare in proprio. Si calcola che più di 12 milioni di italiani sia ricorso alla sanità a pagamento

OFFERTA PUBBLICA DI SALUTE

LIVELLO SOCIO ECONOMICO

	Alto/Medio/alto	Medio	Medio/basso	Basso Media
Ridotta	25,0	31,0	37,6	39,6 32,7
Ampliata	12,6	7,1	9,0	8,0 8,2
Inalterata	62,4	61,9	53,4	52,4 59,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0 100,0

RIABILITAZIONE ONCOLOGICA

“Concetto definito dal paziente stesso, consiste nell'aiutare una persona affetta da cancro ad ottenere il massimo recupero della condizione fisica, sociale, psicologica e lavorativa nei limiti imposti dalla malattia e dal suo trattamento”

Croneg G.- Rehabil Conseil Bul. 1978

PROBLEMATICHE RIABILITATIVE

Comuni a tutte le neoplasie

- a) Danni da chemioterapie: neuropatie periferiche e dolori. Emisindromi periferici
cerebellari, paraplegie, miopatie
- b) Danni da radioterapia: fibrosi e linfatici
retrazioni cutanee, osteoalgodistrofie, osteoporosi, turbe circolatorie
- c) metastasi
- d) dolore
- e) problemi psicologici
- f) fatica/astenia

Organo specifiche

- a) danni tissutali
- b) danni neurologici
- c) danni da infiltrazione
- d) danni circolatori venosi e
- e) dolori loco-regionali

VARIABILI DEL PAZIENTE

SPESA FARMACEUTICA 2008

Antineoplastici:

Classe A 19,2 milioni di € erogati all'80% nelle strutture pubbliche

Classe A 0,4 milioni di € pagati nel privato

Classe C 0,3 milioni di € con ricetta (pubblico-privato)

Totale 2.688.000 €

La spesa farmaceutica per antineoplastici rappresenta l'11% contro il 13% dei farmaci gastrointestinali; il 12,1% dei farmaci del sistema nervoso.

Il recente censimento del Censis sulle patologie tumorali ha documentato che i tumori rappresentano in Italia una patologia di massa sempre più cronica come dimostrato dai dati Inps per cui il 57% delle inabilità professionali verificate riguardano pazienti oncologici.

Dalla ricerca emergono importanti difformità territoriali che riguardano:

tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, per procedure diagnostiche e radioterapia;

accesso a nuovi farmaci antineoplastici;

prestazioni di medicina riabilitativa;

carenza generalizzata, marcata al Sud, dell'assistenza domiciliare integrata, sostegno psicologico e posti letto in hospice.

Conclusioni

Vi è la necessità di cospicui investimenti ma soprattutto la creazione di reti assistenziali integrate che debbano mirare alla ottimizzazione degli aspetti organizzativi, professionali e gestionali. Se il traguardo assistenziale è non solo diagnosticare e curare settorialmente ma prendersi cura del paziente in modo globale, non si può prescindere da principi di solidarietà, qualità e soprattutto continuità dell'assistenza.

ANNUNCI LETTI SULLE BACHECHE DELLE PARROCCHIE



Il gruppo di recupero della fiducia in se stessi
si riunisce Giovedì sera alle 7.
Per cortesia usate le porte sul retro.

