

Protezione finanziaria

Per gli economisti sanitari l'UHC è una sorta di 'paracadute' dalle conseguenze economiche della malattia.

I meccanismi di finanziamento possono essere molteplici e riguardare la tassazione generale, un contributo a un'assicurazione sociale o un'assicurazione sanitaria privata. La letteratura disponibile evidenzia che non vi è consenso unanime sulla forma di finanziamento migliore in grado di garantire la copertura appropriata. Sia l'OMS che il mondo accademico invece raccomandano una forma di finanziamento che dovrebbe vedere coinvolte insieme più modalità di finanziamento per poter rispondere agli obiettivi dell'UHC: nessun Paese, e tanto meno i Paesi a medio e basso reddito, ha raggiunto una copertura totale, definendo invece solo una mera strategia finanziaria per stabilire cosa è garantito e cosa non lo è. In particolare l'OMS raccomanda che due debbano essere le misure in grado di valutare se un avanzamento è stato fatto in termini di UHC: l'incidenza di una spesa sanitaria fuori controllo e l'incidenza dell'impoverimento risultante dai pagamenti delle compartecipazioni dei cittadini per l'erogazione dei servizi sanitari.

Accesso ai servizi

La letteratura distingue la copertura per l'assistenza sanitaria 'ufficiale' da quella 'effettiva', intesa come reale accesso e utilizzo dei servizi sanitari in base ai bisogni di una popolazione, senza dover fronteggiare barriere di accesso e in relazione alla disponibilità dei servizi, al personale dedicato, all'accessibilità geografica e all'appropriatezza dei servizi richiesti.

CONCLUSIONI

Lo UHC è un concetto multidimensionale. Il punto di partenza è il riconoscimento alla popolazione del diritto ad essere curati. Definito questo, anche le implicazioni socioumanitarie, di economia sanitaria e di sanità pubblica dovranno essere prese in considerazione. Non solo, promuovere strategie in grado di definire una UHC significa attuare un processo in continuo cambiamento, viste le molteplici dimensioni coinvolte.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Paziente anziano e politerapia: i benefici oltrepassano i rischi?

Muth C, Glasziou PP

Guideline recommended treatments in complex patients with multimorbidity. New evidence is reassuring, but every patient is different

BMJ 2015; 351: h5145

Tinetti ME, McAvay G, Trentalange M et al

Association between guideline recommended drugs and death in older adults with multiple chronic conditions: population based cohort study

BMJ 2015; 351: h4984

Uno dei problemi legati all'invecchiamento della popolazione nei Paesi occidentali è rappresentato dall'elevata prevalenza e dalla frequente coesistenza di malattie cronicodegenerative, per le quali non di rado si rende necessaria una politerapia. Si calcola per esempio che il 40% circa degli individui oltre i 65 anni assume almeno cinque farmaci diversi nell'arco della giornata, ma tale numero può facilmente aumentare con il moltiplicarsi delle patologie croniche.

L'assunzione di farmaci diversi, anche se basata su linee guida autorevoli e universalmente riconosciute, può comportare conseguenze indesiderate. Per esempio, è noto che gli effetti benefici di un farmaco possono essere invalidati dalla presenza di altre patologie croniche o che con l'aumentare del numero dei farmaci aumenta il rischio di reazioni avverse impreviste. Inoltre, l'obbligo di assumere svariate medicine nella stessa giornata potrebbe ostacolare l'aderenza alla terapia specie se il paziente è una persona anziana. Infine, gli effetti di un singolo farmaco, seppur validati da studi affidabili, possono non essere confermati nel singolo paziente considerando che la multimorbilità rappresenta in molti casi un criterio di esclusione dai trial clinici.

Per fare un esempio pratico, di fronte ad un paziente anziano affetto contemporaneamente da osteoporosi, artrite, diabete, ipertensione e bronchite cronica ostruttiva, per le quali potrebbe essere necessario prescrivere fino a 12 farmaci al giorno, i benefici attesi potrebbero essere teoricamente ostacolati da effetti sfavorevoli di alcuni farmaci su singole patologie, da interazioni fra i vari farmaci somministrati o an-



cora dall'effetto dei pasti sulle singole somministrazioni che devono necessariamente essere frazionate durante il giorno.

Considerata l'impossibilità di valutare tutto questo in un unico studio sperimentale randomizzato e prospettico, che sarebbe ovviamente l'ideale, un gruppo di ricercatori americani ha provato ad affrontare la questione utilizzando il disegno dello studio osservazionale. Il campione esaminato era composto da una coorte di oltre 8500 anziani (età media 77,4 anni) inseriti in un programma di Medicare, affetti da due o più patologie croniche (fra cui coronaropatie, nefropatie, depressione, diabete, ipertensione) e trattati con farmaci appartenenti a nove grandi categorie di comune impiego in questa popolazione (betabloccanti, calcioantagonisti, inibitori del sistema renina-angiotensina, anti-diabetici, inibitori della ricaptazione della serotonina e/o della noradrenalina, statine, tiazidici e warfarin).

Il follow-up, durato tre anni, ha preso sostanzialmente in considerazione la mortalità dei pazienti, stratificati in diversi gruppi in base all'assunzione o meno dei farmaci e alla presenza di comorbidità. Al termine dello studio la mortalità complessiva è stata del 15%.

Preso atto innanzitutto che oltre il 50% dei pazienti assumeva i farmaci raccomandati per ciascuna patologia indipendentemente dalla coesi-

stenza di altre patologie e che il numero medio di farmaci assunti quotidianamente era pari a 10, i ricercatori americani hanno riportato che gli effetti benefici sulla sopravvivenza di molti farmaci (betabloccanti, calcioantagonisti, statine e warfarin) sono comparabili a quelli ottenuti nei trial clinici di riferimento, anche se per betabloccanti e warfarin i benefici riguardano solo alcune patologie, mentre analoghi vantaggi sulla sopravvivenza non si osservano per altre categorie di farmaci (clopidogrel, metformina, etc).

Pur tenendo conto di inevitabili problemi metodologici e possibili bias correlati al tipo di studio (osservazionale), i risultati pubblicati dal gruppo americano appaiono generalmente in linea con quelli riportati da studi precedenti (prevalentemente di tipo metanalitico), ma indicano anche che sia le statine che altri farmaci cardiovascolari sono efficaci anche in pazienti particolarmente complessi e fragili, come quelli affetti da molteplici patologie croniche.

Non mancano ovviamente gli interrogativi e le questioni insolte, considerata l'estrema variabilità delle situazioni cliniche e delle patologie che si associano nell'età anziana, tuttavia i risultati dello studio ci rassicurano sul fatto che i farmaci di più comune impiego (specie quelli cardiovascolari) sono generalmente sicuri e tollerati sia nelle singole patologie per le quali sono formulate le linee guida che nelle condizioni di multimorbidità.

I rischi della politerapia tuttavia rimangono e il compito del medico nelle singole situazioni resta cruciale, perché egli dovrà comunque:

1. tener conto di variabili legate al singolo paziente fra cui condizioni sociali, personali e aspettativa di vita;
2. valutare attentamente rischi e benefici usando farmaci efficaci e con bassa tossicità;
3. individuare un preciso obiettivo da raggiungere con il farmaco, ottenendo il consenso informato del paziente;
4. rivalutare periodicamente la terapia in atto verificando l'attinenza alle prescrizioni;
5. considerare l'opportunità di sospendere un farmaco del quale non si abbia chiara indicazione, monitorando gli eventuali effetti da sospensione;
6. monitorare gli eventi avversi e considerare che nuovi sintomi possono dipendere anche dalla terapia farmacologica e vanno pertanto identificati e segnalati prontamente. ■ GB