

 Giacomo Galletti

L'analisi delle banche dati della farmaceutica ha permesso di riscontrare come siano i deceduti - piuttosto che i sopravvissuti - ad utilizzare costantemente più farmaci, specialmente negli ultimi 6 mesi di vita. L'età del paziente in prossimità del decesso non avrebbe alcuna relazione con l'incremento dei trattamenti sostenuti nella vicinanza dell'ineluttabile. Confutare l'età come driver delle spesa sanitaria non è cosa banale, soprattutto perché tale operazione innesca tutta una serie di nuove considerazioni sulla mortalità nell'ambito delle previsioni di spesa.

“Fatemi capire... mi state dicendo che le spese assistenziali per la popolazione anziana, diciamo dai 70 anni in su, sono in crescita. E va bene.

Poi siamo d'accordo che la tendenza a vivere più a lungo, anche in condizioni di cronicità, è in aumento, e va bene anche questo.

Poi sostenete che la maggiore spesa farmacologica si concentra negli ultimi mesi di vita per coloro che sono destinati a versare l'obolo a Caronte, e qui siete supportati da diversi studi, quindi va bene...

...Ora però, dal vostro studio, capisco che la spesa effettuata per l'assistenza farmacologica delle persone in prossimità del trapasso non è in relazione con loro età (che abbiano 70 anni, 80 o 90 anni... ma pensa tu: in prossimità della morte

siamo davvero tutti uguali. Praticamente una sorta di “livella anagrafica” ...), e che quindi l’età stessa del morituro non sarebbe una proxy attendibile delle condizioni di comorbidità, e che le condizioni di comorbidità, a loro volta, giustificerebbero l’incremento dei costi dei trattamenti... posso capire anche questo...

E quindi?

In ottica di programmazione degli investimenti nei trattamenti a livello territoriale delle persone anziane, alcune delle quali, molto o poco anziane, potrebbero morire, cosa dovremmo fare?

Ah, certo, siamo d’accordo: sarebbe utile disporre di una base di informazioni più dettagliate sulle singole condizioni di salute, sulle cronicità, le disabilità, e sulla base di quelle stimare un budget di spesa, e magari pure cercare di razionalizzarla, quella spesa, renderla appropriata...

...ma, spiegatemi bene, quando un settantaduenne maschio dal destino segnato costa 2,2 volte in più di un coetaneo che, più fortunato, sopravvivrà al periodo in studio (tre anni, dal 2006 al 2009, in Irlanda, se ricordo bene...) in che modo questa informazione potrà indicarci una programmazione efficace?

E poi, in fin dei conti, quando possiamo dire che un destino è segnato, se non a posteriori?”

Questo monologo potrebbe essere estrapolato da un dialogo virtuale tra un programmatore sanitario e gli autori dell’articolo pubblicato su *Social Science and Medicine*^[1] a fine aprile scorso. Gli autori, che appartengono alla prestigiosa istituzione del Trinity College di Dublino, hanno intitolato il lavoro: “Considerare il tempo vissuto, il tempo rimanente o la malattia? L’età, la prossimità al decesso, la morbilità e le spese prescrittive”.

L’obiettivo dello studio è quello di comprendere cosa veramente guidi le spese di prescrizione dei trattamenti farmacologici nel fine vita, cercando di creare una (prima) base informativa utile a stimare le prospettive di investimento per le cure, non solo per acuti o per le cronicità, ma anche a livello di territorio, e a pianificare l’assistenza. Alla base dello studio vi è un’analisi empirica delle spese pubbliche per i trattamenti medici per la popolazione irlandese più anziana (individui di età superiore ai 70 anni), mirata alla comprensione di quali siano le variabili a maggior impatto sulla spesa sanitaria nella

prossimità della morte.

L'analisi delle banche dati della farmaceutica tra il 2006 e il 2009 ha permesso agli autori di riscontrare come siano i deceduti - piuttosto che i sopravvissuti - ad utilizzare costantemente più farmaci, specialmente negli ultimi 6 mesi di vita, confermando un'evidenza statistica tutt'altro che nuova nell'ambito della letteratura internazionale. Il valore aggiunto dello studio, però, sarebbe un altro. Più che una significatività, l'attenzione viene posta su una "non-significatività" statistica. Questo sarebbe vero anche considerando le morbilità del paziente, le cui misure, tuttavia, richiedono di essere migliorate per produrre stime più solide.

Confutare l'età come driver delle spese di prescrizione non è cosa banale, soprattutto perché tale operazione innesca tutta una serie di nuove considerazioni sulla mortalità nell'ambito delle previsioni di spesa.

Facciamo però un passo indietro. Il ragionamento standard è piuttosto lineare: l'invecchiamento è frequentemente associato all'incremento dei costi dell'assistenza grazie ai maggiori bisogni, mentre non è del tutto definita la questione su quali costi siano associabili alle persone in prossimità del decesso.

Secondo gli autori, comprendere quali siano i trattamenti prescritti e quale sia il loro impatto in quest'ambito aiuterebbe i policy-maker a sviluppare nuove politiche per il controllo della spesa futura sui farmaci prescritti grazie a previsioni più precise. Infatti, quando si tenta di tenere conto delle morbilità di un individuo, la prossimità del decesso rimane un predittore particolarmente importante delle spese per le prescrizioni, soprattutto per prevenire una loro sovrastima.

La sovrastima, in particolare, riguarderebbe la tendenza a considerare i più anziani tra gli anziani, probabilmente più malati, ad usufruire, in prossimità del decesso, di trattamenti più numerosi ed onerosi. Lo studio irlandese tuttavia mostra come in realtà il "costo del morire" (*the cost of dying* nella versione originale) declini all'aumentare dell'età, tanto che il valore dell'obolo[2] pagato dagli ultra novantenni a Caronte sia, in media, inferiore di 1,3 volte di quello corrisposto dai 72 - 74enni in prossimità dell'Acheronte.

Ecco perché, secondo gli autori, un modello di proiezione di spesa basato come in questo caso su una coorte di prescrizioni dovrebbe concentrarsi sull'ultimo anno di vita delle persone ovvero nel momento in cui, indipendentemente dall'età, l' "effetto *Proximity to death*" è più marcato causa maggiore morbilità, di cui tale effetto è

evidentemente una proxy, un predittore.

“Quindi - riprende il policy maker - mi state suggerendo che per risparmi... per ottimizzare la spesa farmaceutica dovremmo essere in grado di ‘predire il predittore’? ...

Dite che possa essere utile disporre di una “contabilità” (account) più analitica dei decessi di tutte le fasce di età avanzata, per non tarare le proiezioni solo sui soggetti più anziani e non sovrastimare i costi?

E mi confermate che è possibile costruire questo dettagliato set di dati attraverso cui sia possibile collegare le prescrizioni alle misure di diagnostica e di esito delle cure sanitarie?

Beh, in effetti l’ipotesi della corrispondenza tra la domanda di trattamenti farmacologici, anche innovativi, e la maggiore aspettativa di vita delle fasce di età inferiori nella scala dell’anzianità dei malati è verosimile...

Ma, parlando di possibili soluzioni, avevate in mente qualcosa di particolare?

No perché ricordo di aver buttato l’occhio su un articolo interessante, anche se non recentissimo, sugli *Archive of Internal Medicine*^[3]; parlava dei costi sanitari nell’ultima settimana di vita... Insomma, beh, avete presente quei malati terminali di cancro che hanno una miglior qualità della vita in prossimità del trapasso, grazie a una buona comunicazione con medici oncologi e palliativisti disponibili a dedicare tempo alle conversazioni? Beh, pare proprio che questi pazienti sostenessero molte meno spese di altri che non avevano potuto contare su tale disponibilità da parte dei loro dottori. Magari date un’occhiata...

Per quel che ci riguarda teniamoci in contatto, vi farò sapere....”

A quel punto, Patrick V. Moore, Kathleen Bennet e Charles Normand usciranno presumibilmente dal dipartimento di Sanità in Hawkins Street, e voltando le spalle alla Liffey si incammineranno a passo lento verso Pearse Street. Qui gireranno a sinistra e passeranno lungo quella via, la stessa percorsa in direzione inversa dalla carrozza di Leopold Bloom, l’Ulisse dublinese che la mattina del 16 giugno 1904 accompagnava il corteo funebre dell’amico Patrick Dignam, padre di famiglia, deceduto nei torpori dell’alcol in modo non del tutto prevedibile, ma soprattutto senza aver gravato sul bilancio sanitario.

Giacomo Galletti. Agenzia Regionale di Sanità. Regione Toscana.

Bibliografia

1. Moore PV, Bennett K, Normand C. [Counting the time lived, the time left or illness? Age, proximity to death, morbidity and prescribing expenditures.](#) Social Science & Medicine 2017; 184: 1-14
2. Nell'antica Grecia, l'obolo era uno spicciolo di scarsa importanza valutaria (valeva un sesto di una Dracma) ma di alto valore simbolico: era la moneta attraverso la quale l'anima del defunto poteva essere traghettata oltre l'Acheronte per raggiungere l'Ade.
3. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA et al. [Health Care Costs in the Last Week of Life Associations With End-of-Life Conversations](#) Arch Intern Med 2009;169(5):480-488.