- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.21 Thu, 10 Jul 2025, 05:59:49



**Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data**
Vittal Katireddi S, Whitley E, Lewsey J et al
*Lancet Public Health 2017; 2 (6): e267-e276*

In Europa l'alcol rappresenta il secondo fattore di rischio di malattia e di morte prematura dopo il tabacco.
Secondo il *Global status report on alcohol and health* dell'Organizzazione mondiale della sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, il consumo di alcol nel 2012 ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti, ossia il 5,9% di tutti i decessi (7,6% degli uomini e 4% delle donne).
Le classi sociali svantaggiate subiscono maggiormente i danni da abuso di alcol, evidenziando un alto tasso di mortalità e morbilità: numerosi i decessi in cui l'alcol è la causa diretta (cirrosi epatica, pancreatite, tumori maligni e benigni, epilessia, disfunzioni sessuali, demenza, ansia, depressione) o uno dei responsabili (danni alcol-correlati).
Lo studio pubblicato sul *Lancet Public Health* ha l'intento di dimostrare quanto il consumo eccessivo di alcol sia condizionato dalla posizione sociale o da altri fattori di salute. Gli autori prendono in esame i dati della popolazione scozzese ritenendola un esempio di una discrepanza poco sondata: i ricoveri per abuso di alcol sono 7 volte più frequenti tra le classi sociali in stato di grave deprivazione rispetto alle classi più agiate, nonostante l'assunzione di alcol tra i diversi membri della società scozzese differisca di poco.
I dati presi in esame sono estratti da sondaggi effettuati dal sistema sanitario scozzese e sono trasversali a tutta la società adulta. Si basano su interviste *face to face* che rilevano gli stili di vita e i fattori demografici, e prevedono la misurazione individuale del peso e dell'altezza. Le misure valutative prese in esame sono quattro: istruzione, classe sociale, reddito familiare, grado di deprivazione. I dati elaborati sono relativi agli anni 1995, 1998, 2003, 2008-2012. Nel campione analitico sono stati inclusi 50.236 partecipanti (21.777 uomini e 28.459 donne), con 429.986 persone-anno come follow-up. La condizione sociale è stata associata ai danni attribuibili all'alcol, con la correzione per il consumo settimanale, le sbornie, l'indice di massa corporea e il fumo.
La prima valutazione è relativa ai ricoveri o decessi con causa diretta di abuso di alcol (standardizzati per ICD-9 e ICD-10) approssimati per mese e anno, mentre la seconda è per qualsiasi ricovero, morte o prescrizione medica attribuibile ai danni correlati ad alcolismo.
I risultati ottenuti dimostrano come la povertà riduca la capacità di resilienza alle malattie, predisponendo i bevitori di classi sociali disagiate a maggiori danni alla salute, nonostante l'esposizione all'alcol sia la stessa dei bevitori di classi sociali elevate, e motivando una sproporzionalità di morte e morbilità degli individui con deprivazioni maggiori.

**Analyzing disparities trends for health care insurance coverage among non-elderly adults in the US: evidence from the behavioural risk factor surveillance system, 1993-2009**
Assaf S, Campostrini S, Di Novi C et al
*Eur J Health Econ 2017; 18 (3): 387-398*

L'articolo utilizza i dati del Behavioral risk factor surveillance system (Brfss), la più ampia *survey* telefonica esistente condotta dai Centers for Disease Control and Prevention, che fornisce informazioni piuttosto dettagliate sullo stato di salute, sullo stile di vita e sull'accesso alla copertura assicurativa degli americani intervistati, oltre a fornire informazioni sul loro stato socioeconomico. Lo studio ha riguardato un campione di adulti di età compresa tra i 18 e i 64 anni. Sono stati esclusi gli over-65 coperti da Medicare, il programma pubblico di assistenza gratuita destinato a coloro che hanno un'età superiore a 65 anni, i disabili e i pazienti affetti da malattia renale all'ultimo stadio o da sclerosi laterale amiotrofica. Per calcolare la disparità di accesso all'assicurazione sanitaria gli autori hanno utilizzato un modello *time-varying coefficient* basato su una variabile dipendente binaria sì/no come indicatore di accesso alla copertura assicurativa. Tra le variabili di controllo sono stati presi in considerazione l'età, il sesso, il livello di istruzione, il reddito, l'occupazione, la razza e il numero di condizioni croniche di cui soffre l'intervistato. I risultati mostrano che la disparità è particolarmente significativa tra coloro che presentano un minor livello di istruzione e tra i neri e gli ispanici, che appartengono alle classi socioeconomiche più svantaggiate.

*Cosa è cambiato con l'Obamacare*

L'Obamacare aveva previsto che il programma Medicaid venisse esteso a tutti gli individui il cui reddito familiare ammontasse a meno del 133% della soglia di povertà a livello federale (circa 30.000 dollari l'anno per una famiglia di quattro persone). Per tutti coloro che non rientravano nell'estensione del piano Medicaid, ma il cui reddito familiare ammontava a meno del 400% della soglia di povertà a livel-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.21 Thu, 10 Jul 2025, 05:59:49



lo federale (circa 88.000 dollari l'anno per una famiglia di quattro persone), erano previsti sussidi per acquistare un'assicurazione privata attraverso i siti internet promossi dal governo (conosciuti come *Health insurance marketplaces*) sul portale Healthcare.gov, entrato in funzione il primo ottobre 2013. Nonostante l'apprezzabile tentativo della riforma sanitaria nota come Obamacare di fornire la copertura assicurativa agli indigenti, non tutti gli Stati hanno aderito all'estensione di Medicaid.
Il problema della disparità di accesso ha continuato a persistere: gli adulti in età lavorativa ispanici e neri hanno fino a tre volte di più la probabilità di non avere un'assicurazione sanitaria rispetto alle loro controparti bianche.

*L'approccio di Trump alla riforma sanitaria*

Il principale risultato dell'Obamacare è stato certamente l'ampliamento della copertura assicurativa a circa 20 milioni di americani, che ha portato la percentuale dei cittadini non assicurati ai livelli più bassi della storia americana (8,6% di tutta la popolazione).
Donald Trump ha nominato Tom Price, un chirurgo ortopedico di Atlanta, accanito oppositore della riforma di Obama, come segretario del Dipartimento di sanità degli Stati Uniti.
Tom Price ha redatto *The empowering patients first act* (Epfa), una proposta di legge alternativa che si delinea come segue.
L'estensione assicurativa fornita da Medicaid, e prevista dall'*Obamacare,* prevedeva che gli Stati federali fossero liberi di stabilire il livello di copertura assicurativa così come l'espansione dello stesso programma Medicaid, e che fossero comunque sostenuti dalla compartecipazione dello Stato centrale, con una percentuale fissa della spesa complessiva. L'incentivo erogato dallo Stato centrale era inversamente proporzionale al reddito medio del singolo Stato membro (in rapporto al reddito nazionale) affinché anche le regioni con maggiori difficoltà economiche avessero la possibilità di estendere l'assicurazione gratuita pubblica ricevendo un finanziamento maggiore. Nel piano alternativo di Price, col fine di contenere la spesa federale, è prevista invece una *black grant,* ossia una compartecipazione a somma fissa, e non più percentuale, della spesa per gli Stati membri.
Per quanto riguarda i sussidi previsti nell'*Obamacare* per l'acquisto di polizze assicurative, Price prevede che questi siano erogati in funzione dell'età e non più del reddito, stimolando l'acquisto di polizze da parte di individui più anziani, ma riducendo l'impatto redistributivo del sussidio. Il possibile effetto negativo di tale scelta politica potrebbe amplificarsi se abbinato alla proposta di modifica della Medicare che, da attuale programma pubblico di assistenza gratuita destinato a coloro che hanno un'età superiore ai 65 anni e ad alcune categorie di disabili, potrebbe trasformarsi in un sistema di voucher, che serviranno ad acquistare assicurazioni private, con il contestuale innalzamento dell'età per l'iscrizione da 65 anni a 67 anni.
Con la *continuous coverage policy*, Price propone un inasprimento delle penalizzazioni per chi non ha continuità nella copertura assistenziale, che non tiene conto delle condizioni economiche del soggetto. Nel caso di perdita del posto di lavoro, fonte primaria di copertura assicurativa, l'individuo può scegliere due strade: optare per il *Consolidated omnibus budget reconciliation act* (Cobra), che consente ai dipendenti di mantenere la polizza assicurativa anche dopo il licenziamento per un periodo massimo di 18 mesi, oppure scegliere di affidarsi al mercato, sottoscrivendo polizze private individuali, iscrivendosi ai piani delle *Health maintenance organizations* (Hmos), che prevedono un prezzo ridotto rispetto agli altri piani ma anche un numero limitato di medici di base, specialisti e strutture ospedaliere presso cui rivolgersi, oppure scegliendo la tradizionale assicurazione a rimborso (*fee-for-service*), generalmente molto più costosa. Nella prospettiva della *continuous coverage policy*, Price permette anche alle assicurazioni che riscontrano un buco temporale nella copertura assicurativa di un proprio assistito un rincaro del premio standard fino al 150% per i primi due anni di copertura prospettata.
L'ultimo cambiamento introdotto da Price prevede l'abolizione dell'obbligo di stipulare polizze con prestazioni minime assicurate (per esempio, quelle per le patologie mentali, per la maternità e per l'assistenza pediatrica, e per alcune misure di prevenzione) e di lasciare libertà decisionale alle compagnie assicurative mirando a un equilibrio di mercato contraddistinto da piani meno generosi a prezzi più vantaggiosi e piani con una maggiore copertura sanitaria a prezzi decisamente più elevati.

## Criminal responsibility and mental illness in Pakistan

Qadir TF, Fatima H, Hussain sa, Menezes RG
*Lancet Psychiatry 2017; 4 (2): 97-98*

In Pakistan il 26 ottobre 2016 è stato giustiziato Imdad Ali, colpevole di aver assassinato nel 2002 un fervente religioso. La pena di morte sentenziata dalla Corte Suprema del Pakistan ha confutato il giudizio clinico espresso da un team di psichiatri pubblici, che aveva riconosciuto Imdad Ali affetto da schizofrenia paranoica con allucinazioni. Gli psichiatri avevano stabilito che la schizofrenia paranoica e psicotica di Imdad Ali lo rendesse incapace di intendere, di volere e anche di decidere.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.21 Thu, 10 Jul 2025, 05:59:49



La Corte ha invece sostenuto la correttezza del proprio giudizio, definendo la schizofrenia una malattia recuperabile (dalla prognosi positiva) e, in quanto tale, non classificabile come una delle malattie mentali della Mental health ordinance (2001).
La sentenza ha sconvolto l'associazione britannica degli psichiatri pakistani, che ha sottolineato con vigore l'incurabilità e la gravità di una malattia mentale come la schizofrenia.
*Guilty but mentally ill*, è stato il *claim* sostenuto da molte associazioni per i diritti dell'uomo, secondo le quali è necessario sondare il legame tra la condizione psicologica dell'accusato e il crimine commesso, col fine di intervenire salvaguardando la collettività ma anche la dignità del paziente.
Per essere consapevolmente affrontata, la malattia mentale deve essere capita e accettata.
In Pakistan, su 200 milioni di abitanti, 22 milioni presentano disturbi mentali. Se 500 sono gli psichiatri qualificati per curare determinati disturbi, il rapporto medico-paziente è di 1 psichiatra ogni 400.000 persone. Questa deficienza costitutiva (sociale e culturale) avalla facilmente il grande potere delle diverse tradizioni religiose. Le persone affette da disturbi psicologici gravi vengono così curate con metodi tradizionali, inclusa l'omeopatia, la naturopatia, la stregoneria o la preghiera, sottovalutando la pericolosità e l'irreversibilità di tali disturbi.

**Air pollution and infant mortality: evidence from the expansion of natural gas infrastructure**
Cesur R, Tekin E, Ulker A
*Econ J 2017; 127: 330-362*

Lo sviluppo economico e l'industrializzazione hanno determinato un rimarchevole miglioramento delle condizioni di vita dei popolosi Paesi in via di sviluppo, veicolando le loro economie nazionali verso un livello superiore di reddito e di assistenza sanitaria. Tuttavia, l'adozione di una politica aggressiva di espansione dello sviluppo locale e internazionale e la debole incisività sia degli accordi internazionali che dei protocolli sui cambiamenti climatici e sull'inquinamento hanno spinto verso un deterioramento delle condizioni ambientali e della qualità dell'aria. Nel tempo, i Paesi in via di sviluppo hanno mostrato una straordinaria reticenza all'acconsentire a una regolamentazione per controllare l'inquinamento atmosferico, spesso a causa di problemi governativi come quello della corruzione.
L'impiego del gas naturale nella combustione in sostituzione del carbone può sostenere l'irrefrenabile desiderio di forte crescita economica e l'aumento nel breve periodo dei fabbisogni energetici di questi paesi in concomitanza con la limitazione di emissioni di carbonio a livello globale.
L'articolo valuta l'impatto sul tasso di mortalità infantile in Turchia dell'impiego del gas naturale per i servizi residenziali e commerciali. Col fine di diversificare le fonti nazionali di rifornimento e far fronte alla scarsità globale di carburante, nel 1980 la Repubblica turca ha investito nella costruzione di una infrastruttura di gas naturale, ampliando la rete di gasdotti di matrice russa e iraniana limitrofi al proprio territorio. Questa infrastruttura ha permesso a 61 province turche su 81 di avere accesso al gas naturale, rendendo così possibile il rimpiazzo della combustione a carbone.
Per identificare i miglioramenti apportati da questa scelta, lo studio utilizza la variazione nel tempo della distribuzione e dell'intensità di espansione delle infrastrutture di gas naturale nelle province turche tra il 2001 e il 2011. I risultati indicano che l'espansione dei servizi di gas naturale ha comportato una significativa riduzione del tasso di mortalità infantile. La stima mostra come l'incremento di un punto percentuale nel tasso delle sottoscrizioni ai servizi di gas naturale avrebbe causato la diminuzione del 4% del tasso di mortalità infantile, con circa 348 bambini vivi in più nel solo 2011.
La validità e robustezza dei risultati stimati sono determinate dal calcolo delle variabili identificative delle caratteristiche della provincia studiata e di altri effetti fissi controllati. L'assunzione secondo cui l'espansione delle reti di gas abbia influito positivamente sulla mortalità infantile grazie al miglioramento della qualità dell'aria può essere messa in discussione da altri fattori, quali il prezzo dell'energia e la presenza di altri inquinanti atmosferici non rilevati dallo studio.
A livello internazionale, le opinioni sui vantaggi dell'utilizzo del gas naturale sono contrastanti. A favore del suo impiego come *bridge fuel* dai combustibili fossili a base di carbonio alle risorse ricavate dall'energia rinnovabile, c'è la tecnologia estrattiva impiegata, definita *hydraulic facturing* o anche *fracking,* che ha apportato dei vantaggi notevoli; contrari al suo utilizzo sono invece molti politici ed esperti, che vedono nella tecnologia del *fracking* un aumento dei danni ambientali, quali la diffusione di metano nell'atmosfera, la contaminazione delle acque sotterranee, il pericolo di fuoriuscita di sostanze chimiche durante l'estrazione e un possibile aumento dell'attività sismica.
I risultati in questo articolo sono particolarmente utili alla luce del dibattito politico sulle future scelte ambientali dei singoli Paesi. I benefici per la salute di una vasta sostituzione del carbone da parte del gas naturale può infatti non essere banale.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.21 Thu, 10 Jul 2025, 05:59:49



**The promise of telemedicine for chronic neurological disorders: the example of Parkinson's disease**
Schneider RB, Biglan KM
*Lancet Neurol 2017; pii: S1474-4422(17)30167-9*

Un problema trasversale a tutti i Paesi del mondo è la difficoltà di accesso alle cure, sia esso determinato dal risiedere in una zona rurale o dal costo elevato del ricovero in una casa di cura.
L'aumentare dei tassi di cronicità di molte malattie neurologiche concomitanti all'invecchiamento della popolazione e all'innalzamento dell'età media impediscono gli spostamenti verso i presidi ospedalieri facendo emergere ulteriori difficoltà di accesso alle cure.
Le proiezioni dello studio *Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations,* condotto nel 2007, stimano per il 2030 un raddoppio della prevalenza del morbo di Parkinson nel mondo. La bassa densità di personale sanitario nelle zone rurali (in particolare in Africa, nel sudest asiatico e nel Mediterraneo orientale), spesso inversamente proporzionale alla sua concentrazione nelle aree urbane, aggrava il problema della carenza di assistenza in particolare per chi soffre di un disturbo neurologico invalidante. I benefici delle cure per chi è affetto dal morbo di Parkinson sono infatti positivamente legati a un miglioramento della qualità della vita, alla diminuzione del rischio di una ospedalizzazione, della frattura dell'anca e di decesso.
L'intento dello è studio è di mostrare come la telemedicina, intesa come utilizzo della videoconferenza in tempo reale tra medico e paziente, possa garantire assistenza in modo pertinente, efficace e immediato, prescindendo dalle distanze fisiche o dagli impedimenti vari a una visita tradizionale.
Studi preliminari suggeriscono che l'impiego della telemedicina è possibile sia quando i pazienti parkinsoniani risiedono presso la propria abitazione sia quando sono ricoverati in una clinica. In uno studio pilota di 6 mesi, che comprendeva sia pazienti residenti nella propria abitazione sia in una casa di cura, il 97% delle visite di telemedicina è stato concluso con successo. In uno studio successivo di 7 mesi, nel quale le persone sono state sottoposte random sia a una visita tradizionale sia a una visita tramite telemedicina, il 93% delle visite di telemedicina è stato portato a termine efficientemente. Altresì diversi studi suggeriscono che è possibile esaminare adeguatamente il disturbo motorio (con rigidità e elementi di instabilità posturale esclusi), con una buona affidabilità dei risultati ottenuti, anche con visite condotte in videoconferenza.
L'impatto dell'impiego della telemedicina sulla salute e sul benessere dei pazienti affetti dal morbo di Parkinson e da altri disturbi neurologici cronici potrebbe essere sostanziale. Molti studi evidenziano il risparmio economico ottenuto con questa modalità di visita, che comporta anche la riduzione della distanza e del tempo impiegato per raggiungere lo studio del medico. Di fatto, rispetto alle visite tradizionali, si è riscontrata anche una riduzione significativa della durata stessa della visita (da 255 minuti a 53 minuti). Nell'Ontario un sondaggio condotto su 34 pazienti parkinsoniani seguiti grazie a una rete di telemedicina ha rivelato una riduzione media di 209 minuti del tempo di viaggio, una diminuzione media di 160 km percorsi, e risparmio medio di 200 dollari canadesi per ogni paziente. Presso il Seattle Veterans Administration Medical Center sono state eseguite 100 visite di follow-up di 34 pazienti affetti da morbo di Parkinson in strutture sanitarie attrezzate per effettuare visite in videoconferenza per un periodo di 3 anni, ottenendo un risparmio totale stimato dei costi di viaggio di 37.000 dollari americani e un risparmio supplementare di 100.000 km e 1500 ore di viaggio degli accompagnatori.
I risultati degli studi suggeriscono che i pazienti sono generalmente soddisfatti degli incontri di telemedicina, anche se questo sentimento non è universale. Altri studi suggeriscono che esiste da parte dei pazienti una domanda non soddisfatta dei servizi di telemedicina. A Vicktoria, in Australia, il 50% dei pazienti con diagnosi di Parkinson, residente sia nelle aree urbane sia in quelle regionali, ha segnalato un interesse per la telemedicina. I pazienti più giovani e con una buona educazione esprimono maggiore interesse per questo tipo di approccio.
Esistono ancora molte barriere alla diffusione della telemedicina in ogni paese, legate alla questione dei rimborsi difficilmente quantificabili, alla parte legale di tutela del paziente per quanto riguarda la privacy e all'impiego di una tecnologia efficace, utilizzabile per chi ha disturbi motori-neurologici e di facile apprendimento anche per chi non ha la consuetudine dell'uso del pc.
In conclusione, a fronte dei significativi vantaggi qualitativi ed economici offerti dalla telemedicina nel trattamento del morbo di Parkinson, è necessario stabilire, attraverso studi specifici, quanto la telemedicina possa effettivamente migliorare l'accesso alle cure neurologiche e quanto i risultati clinici ottenuti siano effettivamente paragonabili a quelli che si raggiungono con l'assistenza tradizionale.

*A cura di Sara Barbani, Coripe, Torino*