

**Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence**

Gunnell D, Knipe D, Chang SS et al

*Lancet Glob Health* 2017; 5: e1026-e1037

Il 14-20% del totale dei suicidi nel mondo avviene per autoavvelenamento da pesticidi. Partendo da questo dato, gli autori della ricerca tentano di dimostrare come l'effetto dei divieti nazionali o regionali sull'uso di alcuni di questi pesticidi incida sul numero di suicidi.

Sono stati utilizzati studi pubblicati su MEDLINE, PsycINFO e Embase tra l'1 gennaio 1960 e il 31 dicembre 2016. In tutto, sono stati individuati 27 studi condotti in 16 paesi: cinque paesi a basso reddito o medio reddito (Bangladesh, Colombia, India, Giordania e Sri Lanka) e 11 ad alto reddito (Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Ungheria, Irlanda, Giappone, Corea del Sud, Taiwan, Regno Unito e Stati Uniti). Le valutazioni si sono concentrate in gran parte sui divieti nazionali di pesticidi specifici (12 studi di divieto in sei paesi: Giordania, Sri Lanka, Bangladesh, Grecia [Creta], Corea del Sud e Taiwan) o restrizioni di vendita (otto studi di restrizioni in cinque paesi: India, Danimarca, Irlanda, Regno Unito e Stati Uniti).

Nonostante la Grecia sia stata l'unico paese che non ha mostrato una diminuzione del suicidio antiparasitario in seguito a un divieto, i divieti nazionali sui pesticidi sembrano altamente efficaci nella riduzione dei tassi di suicidio specifici e dei suicidi generali. Per quanto attiene alle restrizioni, i risultati ottenuti si rivelano di gran lunga inferiori.

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura sostiene la necessità di proibire l'uso dei pesticidi e incoraggia l'impiego di alternative per il controllo dei parassiti e dell'uso inappropriato dei veleni. A tale riguardo, concorrono allo stesso effetto iniziative quali programmi integrati di gestione dei parassiti e la sostituzione di pesticidi con alternative più sicure e meno tossiche che determinano un uso ridotto di pesticidi. In effetti una preoccupazione importante che limita la possibilità di incrementare il divieto nell'uso di pesticidi è legata al fatto che questo provvedimento potrebbe ridurre la resa delle colture e aumentare i costi di manodopera per mantenerle libere dai parassiti. Il divieto di utilizzare pesticidi specifici potrebbe inoltre portare al ricorso di agenti alternativi, forse più tossici. Per esempio, dati non pubblicati indicano che in Malesia i divieti su erbicidi a base di arsenico sono stati seguiti da un incremento dell'avvelenamento da paraquat.

In conclusione, gli autori sostengono che i divieti sulla vendita di pesticidi altamente pericolosi potrebbero anche determinare un calo nel tasso dei suicidi specifici e di tipo metodico nei paesi in cui l'autoinfezione da pesticidi è un metodo di suicidio frequentemente utilizzato e dove i divieti riguardano i prodotti più comunemente ingeriti. Presupponendo che i veti siano basati su valutazioni epidemiologiche locali, che rivelano l'uso improprio dei pesticidi, migliaia di decessi potrebbero essere impediti da un divieto diffuso dell'uso di pesticidi altamente pericolosi.

**Sex differences in Alzheimer's disease and other dementias**

Mazure CM, Swendsen J

*Lancet Neurol* 2016; 15: 451-452

Negli ultimi anni si è assistito a una drammatica crescita del peso sociale ed economico della malattia di Alzheimer e della demenza a esso associata. Col fine di opporre una risposta adeguata e innovativa in ambito preventivo e di trattamento, le autrici pongono l'accento sull'incidenza del sesso in questa malattia. Le differenze nello sviluppo e nella struttura del cervello dei due sessi, così come nella sua funzione e biochimica implica una sproporzionalità nel rischio di incorrere nella patologia. Di fatto, in molte parti del mondo le donne sono maggiormente colpite dall'Alzheimer e da altre demenze, soprattutto in età avanzata. In termini di cambiamenti cerebrali localizzati e funzione cerebrale, vari rapporti suggeriscono che le donne con diagnosi di Alzheimer sperimentano una più rapida atrofia ippocampale rispetto agli uomini, che presentano invece gravi danni alla parte periventricolare, con iperintensità della materia bianca e riduzione del globo delle prestazioni cognitive. Distinte sono anche le presentazioni cliniche tra un sesso e l'altro, poiché gli uomini mostrano comportamenti più aggressivi, più comorbilità e più alta mortalità rispetto alle donne che, di contro, tendono ad avere sintomi affettivi, maggiore disabilità e una sopravvivenza più lunga.

Le neuropatologie difformi richiedono strategie di cura dissimili. Recenti prove mostrano che il sesso, i fattori ormonali e genetici contribuiscono sistematicamente alla varianza di efficacia clinica. Ad esempio, la buona risposta al trattamento di inibitori della acetilcolinesterasi nelle donne con Alzheimer è stata attribuita a varianti del recettore estrogenico  $\alpha$  (ESR1).

Anche i fattori sociali hanno un loro peso nell'Alzheimer. L'istruzione e i livelli occupazionali possono influire sul rischio di demenza, evidenziando le grandi disparità tra i sessi. In altri casi, negli individui cui è stata già diagnosticata l'Alzheimer, i diversi stili di vita, comprese le abitudini alimentari, l'esercizio fisico e l'abuso di alcol, aumentano i fattori di rischio per le cardiopatie e accentuano alcune disabilità.

Il fine di questo articolo è sottolineare come sia necessario prendere in considerazione questa sproporzionalità sessuale nella pianificazione sanitaria, non solo per quanto attiene alla prevenzione e cura dell'Alzheimer, ma anche nella conseguenziale esigenza di maggiori figure femminili nel *caregiving*.

### **The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level**

Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga NS  
*Organisation for economic co-operation and development, Paris, 2017*

La tranquillità del paziente è una questione di primaria importanza. Il danno subito da un paziente, inteso come un qualsiasi effetto deleterio non necessario su chi riceve assistenza sanitaria, si verifica circa una volta ogni dieci incontri di assistenza sanitaria. Nonostante questo, si stima che i danni di questo tipo siano la quattordicesima causa principale del carico di malattia globale, paragonabile a patologie come tubercolosi e malaria. In alcuni paesi dell'Ocse l'onere della lesione per il paziente è simile a quello di alcune malattie croniche.

Gli autori di questo studio stimano la considerevole perdita di salute, le perdite finanziarie e i ragguardevoli costi economici di questi episodi: nel complesso, gli elementi disponibili indicano che il 15% delle spese e attività ospedaliere nei paesi dell'Ocse è impiegato per il trattamento delle lesioni procurate ai pazienti, per una stima dei costi a trilioni di dollari ogni anno. Dimostrano inoltre quanto questi risultati negativi portino a richieste di maggiore leadership, impegno e azione.

Non di meno, il costo del fallimento della sicurezza include la perdita di fiducia nei sistemi sanitari, nei governi e nelle istituzioni sociali. Di fatto, uno dei principali obiettivi dell'assistenza sanitaria è di non nuocere, garantendo che i benefici di trattamento superino gli effetti deleteri. Tuttavia la crescente complessità dell'assistenza sanitaria comporta anche un rischio più elevato, che richiede maggiore vigilanza, attenzione e investimenti per garantire che le cure siano sicure e maggiormente efficaci.

La maggior parte degli eventi avversi includono in-

fezioni associate all'assistenza sanitaria, tromboembolia venosa, ulcere da pressione, errore di farmaco e diagnosi errata o ritardata. Ad esempio, ogni adulto negli Stati Uniti sperimenta un errore diagnostico almeno una volta durante la sua vita mentre il costo annuale degli eventi avversi in Inghilterra equivale allo stipendio annuale di 2000 medici generici e 3500 infermieri ospedalieri.

Oltre a esaminare i costi dei fallimenti nella sicurezza dei pazienti, questo documento esplora anche come prevenire efficacemente ed efficientemente questi problemi con risorse limitate.

In conclusione, grazie a una revisione della letteratura e a un'indagine condotta da esperti nel campo della sicurezza del paziente, gli autori pervengono ad alcune proposte: maggiori investimenti nella prevenzione, coinvolgimento attivo di fornitori e pazienti, potenziamento dell'innovazione a livello clinico attraverso la leadership nazionale e identificazione delle priorità nazionali.

### **Cancer incidence and mortality among young adults aged 20-39 years worldwide in 2012: a population-based study**

Fidler MM, Gupta S, Soerjomataram I et al  
*Lancet Oncol 2017; 18: 1579-1589*

Lo scopo di questa ricerca è descrivere a livello mondiale la scala e il profilo dell'incidenza e della mortalità del cancro nei giovani tra i 20-39 anni sulla base dell'età, del sesso, del livello di sviluppo di un'area geografica e la regione geografica stessa.

Questo studio utilizza i dati sulla popolazione mondiale per quantificare il peso dei tumori tra i giovani adulti. La fascia di età presa in considerazione è quella tra i 20 e i 39 anni, poiché gli individui che vi rientrano hanno superato la pubertà e l'adolescenza, ma non hanno ancora sperimentato gli effetti del declino ormonale, il deterioramento o la disfunzione della risposta immunitaria dell'organismo associata a condizioni di salute croniche. I dati relativi al numero di nuovi casi di cancro o decessi associati al cancro verificatisi nel 2012 sono stati raccolti a livello globale, regionale e di ogni singolo paese e le stime sono state estratte dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro per tutti i tumori combinati e per i 27 tipi ritenuti i più importanti dalla Classificazione internazionale delle malattie.

I risultati presentano 975.396 nuovi casi di cancro e 358.392 decessi correlati al cancro, verificatisi tra i giovani adulti di tutto il mondo nel 2012. Il peso è sproporzionatamente maggiore tra le donne e i più comuni tipi di cancro in termini di nuovi casi sono il carcinoma mammario femminile, il cancro del collo

dell'utero, il cancro alla tiroide, la leucemia e il carcinoma coloretale; in termini di decessi, i più frequenti sono il cancro al seno femminile, il cancro al fegato, la leucemia e il cancro del collo dell'utero. Il profilo del cancro varia in modo sostanziale nelle valutazioni che considerano il livello di sviluppo di un'area geografica e la regione geografica; in generale, il peso dei tumori è maggiore nelle regioni in fase di transizione. L'incidenza del cancro è elevata nelle regioni maggiormente sviluppate a livello socioeconomico (indice di sviluppo umano che tiene in conto l'aspettativa di vita, l'istruzione e il reddito nazionale lordo) rispetto alle regioni meno sviluppate; tuttavia, il carico di mortalità è 3 volte più alto nelle regioni poco sviluppate.

In conclusione, il peso globale del cancro tra i 20 e i 39 anni varia sostanzialmente per età, sesso, livello di sviluppo e area geografica. Sebbene il peso del cancro sia inferiore in questa fascia di età rispetto a quello osservato in età avanzata, le cause sociali ed economiche rimangono importanti, visti i principali effetti di morbilità e mortalità premature. Sorveglianza mirata, prevenzione e trattamento sono necessari per ridurre l'onere del cancro in questa fascia di età nei paesi poco sviluppati.

### **Cyclical vs structural effects on health care expenditure trends in Oecd countries**

Lorenzoni L, Millar J, Sassi F, Southerland D  
*Oecd health working papers, n. 92, 2017*

Il tasso di crescita della spesa sanitaria in molti paesi dell'Organisation for economic co-operation and development (Oecd) ha subito una contrazione prima ancora della crisi, ossia già nella prima metà del 2000. L'esperienza statunitense rappresenta ampiamente questo trend, poiché gli Stati Uniti hanno iniziato a diminuire drasticamente le spese in sanità dal 2002 e, successivamente alla crisi economica e fiscale del 2008-2009, hanno assestato i tassi di crescita medi circa alla metà del valore che avevano durante la recessione. Tuttavia un'analisi preliminare dei dati disponibili per l'anno 2014 suggerisce che la ripresa della crescita della spesa sanitaria negli Stati Uniti sia dovuta principalmente all'espansione della copertura per alcune cure e all'ingresso di nuovi farmaci, come quelli usati per trattare l'epatite C.

Gli autori di questo studio utilizzano le stime disponibili dal 1996 a oggi attraverso i System of health accounts di 22 paesi dell'Oecd per valutare l'entità dei cambiamenti di spesa sanitaria dovuti alle influenze economiche cicliche, ai rispettivi cambiamenti di prezzo, alla copertura e al volume

di assistenza erogato<sup>1</sup>. Anche se la decrescita della spesa si è verificata sia nel settore pubblico che in quello privato, dopo la crisi questo taglio è stato maggiore nell'ambito pubblico. In questo ambito c'è stato infatti un rallentamento maggiore degli investimenti nelle cure riabilitative e terapeutiche e nel rimborso dei farmaci, mentre in quello privato si è verificata una diminuzione generale delle spese per l'acquisto di beni sanitari, inclusi i farmaci.

I ricercatori hanno preso in esame diverse politiche governative, in atto in alcuni paesi dell'Oecd, che hanno contribuito a questi cambiamenti strutturali. Allo scopo di effettuare confronti nel tempo, l'inflazione è stata rettificata sulla base di vari indici di prezzo aggregati, comprese le proxy per il livello complessivo del prezzo specifico per il settore sanitario di ciascun paese.

La spesa sanitaria è anche influenzata dalle fluttuazioni cicliche dell'economia, poiché la spesa e la produzione generalmente si espandono e si contraggono, rispettivamente, durante i periodi di crescita e recessione. Per poter distinguere gli effetti ciclici da quelli dovuti alle misure politiche, sono state esaminate le tendenze comuni della spesa in molti paesi. Un'attenzione particolare è stata rivolta alle tendenze in atto negli 8 paesi dell'Oecd con la spesa sanitaria più alta in proporzione al prodotto interno lordo (Canada, Danimarca, Francia, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Svizzera e Stati Uniti).

La conclusione rileva come i cambiamenti strutturali abbiano limitato la crescita dei volumi di cura e abbiano comportato una marcata riduzione dei tassi di crescita della spesa sanitaria, superiore a quella che ci si potrebbe aspettare sulla base delle fluttuazioni economiche cicliche. Le analisi delle scelte governative suggeriscono che alcuni dei cambiamenti strutturali sono stati in realtà determinati dalle politiche adottate nei singoli stati. Di conseguenza, mentre la crescita della spesa sanitaria potrebbe accelerare man mano che l'economia si riprende dalla crisi finanziaria, i cambiamenti introdotti dalla politica, che hanno contribuito a rallentare tale aumento probabilmente continueranno ad avere questo effetto positivo in futuro.

*A cura di Sara Maria Barbani, Coripe, Torino*

<sup>1</sup>Il System of health accounts è un sistema che tiene traccia di tutte le spese sanitarie in un determinato paese e in un determinato periodo di tempo, indipendentemente dall'entità o dall'istituzione che ha finanziato e gestito tale spesa.