

### **Impact of national cancer policies on cancer survival trends and socioeconomic inequalities in England, 1996-2013: population based study**

Exarchakou A, Rachet B, Belot A et al  
*BMJ* 2018; 360: k764

A partire da settembre del 2000 il *National health service (Nhs)* del Regno Unito ha posto tra le sue priorità il miglioramento delle terapie e del supporto psicologico ai malati di cancro.

Il National cancer transformation board ha contemporaneamente pubblicato un ampio spettro di passaggi necessari all'incremento della prevenzione e alla tempestività della diagnosi, valorizzando il sostegno psicologico del paziente per vivere adeguatamente il percorso terapeutico. Il fine ultimo è riuscire a correggere quei bias di sopravvivenza alla malattia dovuti alle ineguaglianze socioeconomiche presenti in Inghilterra.

La rilevanza dell'impegno del Nhs è dovuta al peso numerico dei malati oncologici: dal 1996 al 2013 a più di 35 milioni di individui, tra i 15 e 99 anni, è stato diagnosticato un tipo di cancro tra la rosa dei 24 più comuni, maligni e invasivi al momento esistenti. Lo studio in oggetto suddivide la popolazione oncologica per coorti, raggruppando gli individui per età nel momento in cui ricevono la diagnosi, sesso, anno e gruppo di privazione (la privazione relativa esalta le ineguaglianze socioeconomiche tra gruppi o persone. I quattro fattori chiave, quali salute mentale, povertà, educazione scolastica e situazione economica, contribuiscono a una maggiore esclusione sociale). Le stime ottenute sono state impiegate per esplorare i cambiamenti nelle tendenze alla sopravvivenza del cancro rapportate allo stato di privazione dei malati oncologici.

I risultati hanno evidenziato che dall'introduzione del piano antitumorale del Nhs ci sono stati miglioramenti nelle tendenze di sopravvivenza per alcuni tipi di cancro, soprattutto tra il genere maschile. Per il cancro ai polmoni questa percentuale è aumentata, passando dal 10% circa del 2008 al 17% del 2015.

Diverse le concause che hanno collaborato al raggiungimento di un outcome positivo: più chirurghi specializzati, più pazienti gestiti in centri qualificati (entrambi potenziali riduttori della variabilità nella mortalità postoperatoria) e la continua disponibilità di strumenti diagnostici innovativi (per esempio, tomografia computerizzata, risonanza magnetica per immagini, macchine ad ultrasuoni), che hanno potenziato la capacità di diagnosi precoce per i tumori alla tiroide e al cervello.

Gli autori riscontrano come in Inghilterra alcune ini-

ziative politiche di prevenzione targettizzate sul singolo individuo possano ottenere risultati migliori sul versante socioeconomico, soprattutto rispetto alla gestione del percorso di cura della malattia del cancro.

Nonostante l'ottenimento di risultati positivi in linea generale, le strategie nazionali hanno leggermente impattato sul tasso di sopravvivenza dei tumori senza riuscire a correggere l'inuguaglianza socioeconomica, rimanendo questo un problema sostanziale per un sistema sanitario fondato sull'equità.

La sopravvivenza in Inghilterra è migliorata costantemente dagli anni Settanta, seppur le disuguaglianze socioeconomiche relative persistono per la maggior parte dei tumori, nonostante nel servizio sanitario nazionale siano stati concertati sforzi e investimenti. Sostanzialmente la sopravvivenza per le classi più povere è costantemente inferiore, dimostrando come il divario di privazione persisteva in Inghilterra anche dopo l'introduzione di politiche nazionali mirate a colmare le discrepanze sociali nel percorso oncologico.

### **Tracing the cigarette epidemic: an age-period-cohort study of education, gender and smoking using a pseudo-panel approach**

Veday TF

*Soc Sci Res* 2014; 48: 35-47

In questo studio, Veday tenta di capire se la variazione temporale della prevalenza di fumatori possa essere riconducibile alla teoria della diffusione dell'innovazione.

La teoria della *diffusion of innovation*, introdotta nel 1962 da Everett Rogers, spiega come ciascuna innovazione segua un cammino di diffusione. Per diffusione si intende quel processo grazie al quale l'innovazione è comunicata ai membri di un sistema sociale attraverso dei canali e in un certo periodo di tempo. Nel processo di diffusione esiste un'élite (*early adopter*) caratterizzata da uno stato socioeconomico più elevato, per esempio da un maggiore grado di istruzione, che incrementa la sensibilità verso il contenuto innovativo poiché più propensa ad adottare per prima le innovazioni. L'élite, a sua volta, svolge un ruolo fondamentale nell'influenzare l'adozione dei nuovi prodotti prima da parte di una maggioranza anticipatrice (*early majority*), successivamente da una maggioranza ritardataria (*later majority*) e infine dai ritardatari (*laggard*), caratterizzati da un basso stato socioeconomico e da una minor apertura all'innovazione.

La teoria di Rogers è stata applicata in diversi ambiti e a diversi prodotti.

Veday utilizza dati provenienti dalla Norwegian labor force survey (Lfs) (1976-1991) e dalla Statistics Norway's omnibus survey (1992-2010). Partendo da uno studio basato su di un campionamento trasversale (*cross-section*), la ripetizione delle sezioni gli permette di costruire uno pseudo-panel dal quale ricavare la dinamica temporale dell'abitudine al fumo: gli individui che condividono alcune caratteristiche osservate e *time invariant*, come l'anno di nascita (considerando segmenti temporali di cinque anni), il genere, il più alto grado di istruzione raggiunto durante la vita (istruzione primaria e secondaria vs istruzione terziaria) sono raggruppati in coorti e trattate come osservazioni. L'approccio utilizzato nell'analisi è l'*age-period-cohort* (Apc).

Secondo i risultati ottenuti da Veday, la probabilità di fumare si è ridotta velocemente tra le coorti. In particolare le coorti giovani presentano una prevalenza minore di fumatori e questo accade soprattutto tra coloro che possiedono un titolo di studio più elevato. La prevalenza di fumatori nelle giovani generazioni tende ad essere più bassa tra le donne, ma il tasso a cui la prevalenza decresce tra generazioni è più elevata per gli uomini. I risultati sembrerebbero confermare la teoria della diffusione: gli uomini delle generazioni anziane erano gli *'early adopter'*, un'élite ristretta di fumatori e di consumatori di beni innovativi, quelli delle generazioni *'di mezzo'* rappresentavano prima la *'early majority'* e dopo la *'later majority'* con il tabacco come bene diffuso e di massa e una prevalenza che aveva raggiunto il picco. Per le generazioni giovani aumenta la disuguaglianza: i giovani istruiti non considerano il tabacco un bene innovativo, anzi, al contrario, privilegiano lo stile di vita sano, il fumo si concentra nelle classi più basse della società dove il tabacco attrae ancora anche se gruppi sempre più piccoli.

La popolarità del tabacco è cambiata drasticamente nel tempo. All'inizio del ventesimo secolo, in Europa, le sigarette, che del tabacco sono l'espressione più nota di prodotto finito, diventarono un vero e proprio bene di massa, grazie anche al costo meno elevato rispetto ad altri prodotti del tabacco. Le coorti di generazioni che entravano nell'adolescenza nel periodo in cui l'accesso al tabacco era diventato più facile, vennero attratte dal consumo di un prodotto che in quel tempo era *'innovativo'*. Il fumo iniziò a diffondersi dapprima tra gli uomini con un'elevata istruzione, più aperti all'innovazione e con risorse sufficienti per potervi accedere, e successivamente conquistò le altre classi sociali. Negli anni Quaranta in Italia, ad esempio, oltre il 50% degli uomini di età compresa tra i 20 e i 50 anni era fumatore. Negli stessi anni, invece, il fumo era poco diffuso

tra le donne della stessa età, tra le quali si registrava una prevalenza del 3% circa (La Vecchia et al., 1986). Negli anni Cinquanta il tabacco, ma in particolare le sigarette, divennero prodotti di massa ma non tra le donne: lo stereotipo negativo della *"donna fumatrice"* venne abbandonato con più ritardo verso gli anni Sessanta, quando diventò un simbolo femminile di libertà ed emancipazione.

A partire dagli anni Ottanta il tasso di fumatori, dopo aver raggiunto il picco, iniziò a decrescere prima per gli uomini di classe sociale più elevata (*early adopter*) e successivamente tra le donne. Oggi, in Italia, l'abitudine al fumo come *'older innovation'* è concentrata soprattutto tra coloro che appartengono ad una classe socioeconomica meno elevata, un tempo meno aperti all'innovazione (*laggard*).

### **Job loss, firm-level heterogeneity and mortality: evidence from administrative data**

Bloemen H, Hochguertel S, Zweerink J  
*J Health Econ* 2018; 59: 78-90

La perdita del lavoro è un'esperienza che molti individui frequentemente vivono. Solo negli Stati Uniti circa 3,2 milioni di lavoratori, da gennaio 2013 a dicembre 2015, sono stati destituiti dagli incarichi che tenevano da 3 anni (Bureau of labor statistics, 2016). La perdita del lavoro determina una forte riduzione del reddito, generando effetti duraturi o anche permanenti sulla salute e sugli stili di vita dei lavoratori. Chi subisce una brusca interruzione di carriera può non essere in grado di gestire il contraccolpo, rendendosi incapace di affrontare i cambiamenti. Nel caso di licenziamento il lavoratore può subire un abbassamento di qualità nella salute mentale, fisica e finanziaria tale da esporsi più facilmente al decesso. Lo studio in oggetto sonda gli effetti della perdita del posto del lavoro sul tasso di mortalità, tenendo conto della varietà di motivi che possono portare al licenziamento e delle cause endogene relative al decesso. Può esserci una differenza iniziale nello stile di vita di un operaio e nella relativa probabilità di morte rispetto a lavoratori più qualificati: non controllare potenziali differenze preesistenti pregiudicherebbe la stima dell'incidenza della perdita del lavoro sulla mortalità.

Lavori precedenti dimostrano come il licenziamento influenzi la mortalità a causa di una riduzione dei guadagni (Sullivan e von Wachter, 2009), di un aumento dell'autolesionismo (Keefe et al, 2002; Browning e Heinesen, 2012), di malattie mentali (Kuhn et al, 2009; Browning e Heinesen, 2012), di incidenti stradali (Browning e Heinesen, 2012), del vizio del fumo (Nero et al, 2015), dell'alcol (Eliason e Storrie, 2009; Deb et al, 2011; Browning e Heinesen, 2012)

fino a un indice di massa corporea negativo (Deb et al, 2011). In questo studio gli autori analizzano la mortalità influenzata da malattie cerebrovascolari e oncologiche con un driver comune, ossia l'effetto del licenziamento.

I dati utilizzati sono relativi ai dipendenti amministrativi dei Paesi Bassi per il periodo tra il 1999 e il 2010. La stima riguarda il licenziamento tout court e la probabilità di morte entro 5 anni dall'evento negativo. Vengono utilizzati i dati afferenti a perdita di lavoro di natura improvvisa così da eliminare una gradualità nella selezione dei ruoli soppressi.

La conclusione conferma l'ipotesi: il licenziamento causa un aumento costante di morte entro 5 anni con una probabilità che varia dal 34% al 60%. Se avviene frequentemente, lo stress si determina come condizionamento specifico al decesso, mentre le malattie del sistema circolatorio si rivelano un driver trasversale alle diverse modalità di perdita del lavoro. Non meno impattanti sono i cambiamenti di vita che ne conseguono: un esempio è l'ampia incidenza dei tumori legati al fumo.

### **Challenges in health equity for indigenous peoples in Canada**

Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N  
*Lancet* 2018, 391: 1645-1648

L'1 luglio 1867, con il Constitution Act, fu proclamata la nascita del Canada moderno, paese che fino a quel momento era stato una colonia britannica e comprendeva solo quattro delle attuali dieci province (l'Ontario, il Quebec, la Nova Scotia e New Brunswick). Nel 2017 il Canada ha festeggiato il 150° anniversario della sua fondazione e dal 2018 ha assunto la presidenza del G7, stabilendo un'agenda di impronta progressista fondata su crescita economica, uguaglianza di genere, clima, pace e salute. Un fine, quest'ultimo, che sorprende in quanto il budget annuale per l'assistenza sanitaria investito in Canada è di 4 miliardi di dollari, lo 0,3% del reddito interno lordo. Percentuale ben al di sotto dello 0,7%, obiettivo stabilito a livello internazionale. Una mancanza di generosità che collide con la forza di questo paese, le cui prospettive economiche di crescita dal 1974 vengono continuamente alimentate.

I cinque principi fondamentali del sistema sanitario canadese, approvati con il Canada health act del 1984, sono universalità, globalità (intesa come *comprehensiveness*, nel senso che deve coprire tutti i trattamenti 'medicalmente' necessari), accessibilità, portabilità, pubblica amministrazione (nel senso che il Canada deve essere amministrato e gestito da un'autorità pubblica senza scopo di lucro). Nonostante questi principi, all'interno della società cana-

dese persistono disuguaglianze negli indicatori di benessere e accesso all'assistenza sanitaria della popolazione indigena del paese.

I bambini indigeni, i giovani, le loro famiglie e comunità continuano a vivere una sproporzione negli outcome di salute con tassi molto alti di mortalità infantile, tubercolosi, obesità, diabete, suicidio giovanile e una costante esposizione a contaminazioni ambientali.

Le persistenti iniquità sono probabilmente dovute a una complessità strutturale e sociale. Il Canada ha una storia coloniale abbastanza giovane, che ha determinato la creazione di una classe maggioritaria di coloni, ai quali se ne sta aggiungendo un'altra di nuovi immigrati, che si affianca alle popolazioni originarie indigene caratterizzate da una continua rinascita (i popoli Inuit e Métis stanno crescendo in numero). Sostanzialmente è un paese con una forte componente eterogenea, determinata dalle molte etnie, geograficamente multiforme, e con politiche differenti che tendono a sovrapporsi, suscitando conflitti giurisdizionali. La perdita delle proprie terre, la decimazione politica ed economica, e l'emarginazione sociale sono i driver della disparità nelle condizioni di vita di queste popolazioni.

Il sistema sanitario canadese si basa su un contratto sociale 'implicito' tra governi, assistenza sanitaria e fornitori pubblici, culturalmente rispettoso e di alta qualità. Tuttavia è difficile implementare tali obiettivi nel complesso sistema dei servizi sanitari.

Nel 2016 il Canadian human rights tribunal (Hrt) ha condannato il governo federale, colpevole di discriminazione e sottofinanziamento dei servizi sociali per i bambini delle popolazioni indigene ubicati nelle riserve, chiedendo una garanzia di accesso equo ai servizi culturali da parte degli adolescenti. Dal 2016 la Hrt ha emesso tre ordini di conformità al governo federale, sollevando domande sull'applicazione del "contratto sociale implicito" e dell'equità a esso collegata.

In conclusione, l'iniquità subita dalle popolazioni indigene è trasversale a diversi ambiti interdipendenti: quello clinico, quello sistemico e quello strutturale.

È necessario che chi ha bisogno di aiuto possa trovare empatia e comprensione negli operatori sanitari: il rispetto e la sicurezza culturali devono essere presenti in tutti i livelli di assistenza sanitaria. Scelte politiche e strutturali che riflettono e rispettano le diverse culture permettono di avere benefici in più ambiti, come relazioni sanitarie sane, migliore educazione medica, finanziamenti e giurisdizione appropriati con servizi e infrastrutture ubicate in tutte le aree. Non meno importanti sono le collaborazioni e le partnership tra governo, comunità e sanità pubblica così da poter fornire assistenza a tutti i canadesi.

### **Are coresidence and nursing homes substitutes? Evidence from Medicaid spend-down provisions**

Mommaerts C

*J Health Econ* 2018; 59: 125-138

Nel 2013 negli Stati Uniti l'assistenza a lungo termine ha avuto un costo superiore ai 300 milioni di dollari, il 10% in più rispetto alle spese sanitarie totali trasversali a tutte le fasce d'età. Il continuo e costante invecchiamento della popolazione e la forte incidenza di malattie disabilitanti quali l'Alzheimer o l'obesità porteranno a far salire drammaticamente questi costi. Solo Medicaid fornisce una copertura assicurativa per l'assistenza a lungo termine, coprendo i 2/3 della spesa. Pur tuttavia pochi sono gli individui che riescono ad accedervi. Medicare non prevede questa copertura e il relativo mercato privato delle assicurazioni è piccolo e in declino. Molti individui sono così costretti a pagare personalmente cifre molto alte. L'alternativa è costituita dalle case di ricovero, delle quali potrebbero usufruire i pazienti più gravi. Uno studio condotto nei primi anni Novanta su di un campione di 9000 pazienti allettati ha però dimostrato che più del 30% di questi pazienti avrebbe voluto morire piuttosto che vivere permanentemente in una casa di ricovero (Mattimore et al, 1997). Inoltre, le case di cura offrono un pacchetto di servizi che potrebbe essere eccessivo per molte persone, ma adatto – se non addirittura necessario – a coloro che vivono una situazione di ospedalizzazione grave, giustificando così parzialmente il costo proibitivo che presentano. Un'assistenza domiciliare informale, fornita da un professionista retribuito direttamente dalla famiglia del paziente, spesso in coresidenza, offrirebbe un approccio umanamente e sanitariamente più flessibile rispetto a quello istituzionale. Se i malati presentano una netta preferenza per la ricezione delle cure a lungo termine nel proprio ambiente abitativo, i prezzi eccessivamente alti e inaccessibili ai più potrebbero influenzare negativamente il benessere individuale. Non meno rilevante è il ruolo di Medicaid, unico a finanziare l'assistenza a lungo termine, che pesa gravemente sui bilanci fede-

rali. Difatti molti politici hanno sollevato preoccupazioni sulla sostenibilità e convenienza di Medicaid, soprattutto alla luce dell'età media della popolazione, proponendo alcune possibili soluzioni, tra cui le sistemazioni alternative alla casa di cura.

Al centro di questo articolo si pone la sensibilità di reazione al costo delle cure della maggior parte delle famiglie di pazienti gravemente invalidi e le implicazioni che ne derivano. L'incidenza sui prezzi esercitata da Medicaid è alla base di questo studio e permette di evidenziare le differenze di sostenibilità economica dei due approcci di cura: residenza nella casa di cura o coresidenza con figli adulti. L'utilizzo dei dati relativi agli anziani dimostrano che il dispendio economico di Medicaid tende a influire negativamente sulla disposizione della famiglia a prendersi cura del malato, impennando così il ricorso a case di cura per gli ottuagenari. Anche l'eterogeneità è determinante: bisogno di cura, età e reddito sono elementi che pesano sulla valutazione delle politiche sanitarie (Dati Survey - ACS, dal 1980 al 2009).

L'assistenza a lungo termine è una fonte di rischio per gli anziani americani. L'interazione tra diverse fonti di cura, come case di cura, assistenza a domicilio e assistenza informale è sostanziale non solo per il benessere individuale ma anche per la creazione di programmi di assicurazione sociale appropriati ed efficienti. Se le persone sono *price sensitive* alla fonte di assistenza, la capacità di sostituirle ne è fortemente influenzata, nuocendo alla sostenibilità, politica ed economica, di Medicaid: la possibilità di accedere alle cure a lungo termine grazie a Medicaid, abbatte l'acquisto di un'assicurazione privata e ne sopprime così il mercato.

Nel complesso i risultati suggeriscono che i cambiamenti nella copertura Medicaid per le cure a lungo termine apporterebbero benefici per l'assistenza, impattando equamente sulle diverse modalità di cura, facendo cessare gli ingressi, con relativi costi alti, alle case di cura (fenomeno rilevante soprattutto per gli ottantenni con reddito basso) e migliorando il benessere individuale dei pazienti.

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