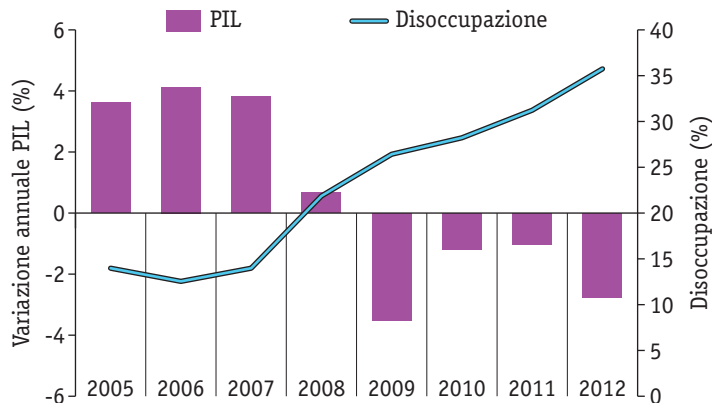


Variatione annuale del PIL e percentuali di disoccupazione per entrambi i sessi in Andalusia dal 2005 al 2012.



fonte di guadagno, la convivenza e lo stato lavorativo del partner.

RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 3210 individui (1185 donne) nel 2007 e 3633 individui (1486 donne) nel 2011. La maggior parte delle variabili è rimasta praticamente stabile nel corso dell'indagine anche se, come prevedibile, la proporzione dei disoccupati è 13,7% nel periodo precrisi e arriva nel 39,3% in piena crisi. Nel 2011 fra i soggetti lavoratori la prevalenza di una salute mentale scarsa aumenta per coloro che hanno termina-

to la scuola secondaria rispetto al periodo precrisi mentre diminuisce in maniera consistente per coloro che hanno conseguito la laurea. Nei disoccupati la prevalenza cresce considerevolmente solo per i soggetti che hanno terminato gli studi secondari.

DISCUSSIONE

Lo studio suggerisce che il livello di istruzione e lo stato lavorativo rappresentano delle determinanti nel livello di prevalenza per una scarsa salute mentale: fra i lavoratori solo quelli che hanno un livello di istruzione superiore non si sentono minacciati dalla crisi mentre i disoccupati diplomati ne sentono maggiormente la pressione. Non solo, coloro che hanno conseguito il diploma, sia fra i lavoratori che fra i disoccupati, sono doppiamente colpiti da uno stato mentale non sano.

La recessione economica attuale è quindi associata negativamente ad uno stato mentale deteriorato e i risultati dello studio potrebbero essere utilizzati per porre in essere misure di supporto sociale rivolto proprio alle fasce di popolazione che sembrano emergere come le più colpite.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas

Rimborso per i farmaci e salute mentale: evidenza da Medicare

Ayyagari P, Shane DM

Does prescription drug coverage improve mental health? Evidence from Medicare Part D

J Health Econ 2015; 41: 46-58

INTRODUZIONE

L'implementazione del Medicare Prescription Drug Programme Part D è avvenuta negli Usa a partire dal 2006 e ha determinato un significativo incremento nel ricorso all'assistenza farmaceutica nella popolazione adulta. Numerosi studi hanno documentato l'effetto del programma in termini di prevalenza d'uso dei farmaci, di spesa e di compliance ai trattamenti farmacologici; tuttavia

ancora non vi è sufficiente evidenza per valutare l'impatto che si è verificato in termini di salute mentale nella popolazione anziana, con particolare riferimento alla depressione.

MATERIALI E METODI

La base dati è l'Health and Retirement Study (HRS) consultata nel periodo 2000-2010: lo studio è rappresentativo a livello nazionale e consiste in un'indagine longitudinale realizzata su individui con più di 50 anni. Complessivamente i soggetti sono 30.671; per poter costruire il gruppo di trattamento e di controllo sono stati inclusi nell'analisi solo i soggetti con età compresa fra i 60 e 70 anni, le cui variabili sociodemografiche (età, sesso, razza, residenza e istruzione) fossero compilate in maniera completa. Sono stati esclusi i soggetti con età inferiore a 65 anni, che già usufruiscono del programma Medicare. Il campione finale risulta composto da 12.251 soggetti e 34.289 osservazioni per anno. Al fine di analizzare l'impatto in termini di salute mentale di tali pazienti

La nuova era del consenso informato

Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW

The new era of informed consent. Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making

JAMA 2016; 315 (19): 2063-4

Per secoli i medici hanno goduto di ampia discrezionalità in merito all'intero processo di cura e il ruolo del paziente, nello specifico il suo consenso alla prestazione medica, aveva una rilevanza pressoché minima.

Il principio del consenso informato trova la sua consacrazione soltanto agli inizi del '900 con l'affermazione da parte della Corte Suprema degli Stati Uniti che *"ogni essere umano adulto e sano di mente ha il diritto di decidere su cosa va fatto al suo corpo e il medico che esegue un intervento senza il consenso del paziente commette un'aggressione"*. Nonostante siano passati decenni da questa importante dichiarazione, tale diritto viene spesso misconosciuto.

Il ben radicato processo etico-giuridico alla base del consenso informato, così fondamentale per l'autonomia del paziente — e il suo diritto all'autodeterminazione — è stato recentemente og-

getto di una causa alla Corte Suprema del Regno Unito¹. Il caso riguardava una donna diabetica in gravidanza che affermava come l'ostetrica non le avesse comunicato il rischio di distocia di spalla durante il parto vaginale (una complicazione associata a macrosomia fetale), risultato poi in una grave anossia cerebrale del feto. La donna affermava, inoltre, che se avesse ricevuto informazioni complete sui rischi, avrebbe optato per un parto cesareo. L'ostetrica ed altri medici specialisti chiamati a processo, dal canto loro, sostenevano come tale rischio fosse molto basso e che quindi avessero ritenuto più appropriato non comunicarlo.

Nella sua decisione finale, la Corte Suprema ha stabilito come lo standard secondo cui i medici devono informare i pazienti su rischi, benefici ed alternative di trattamento non dovrà più essere determinato da ciò che i medici ritengono importante, piuttosto da ciò che i pazienti ritengono importante. Nel prendere questa decisione, il giudice ha spazzato via decenni di paternalismo medico inglese per abbracciare un nuovo standard incentrato sul paziente. Forse ancora più interessante, il direttore del Royal College of Surgeons ha sottolineato come l'unico modo per rendere operativo un cambiamento così sostanziale e necessario fosse lo sviluppo di un processo decisionale condiviso, ovvero un processo di

è stato realizzato un record linkage con il Medical Expenditure Panel Survey.

RISULTATI

I soggetti nella fascia di età 65-70 anni mostrano un peggior stato di salute nel periodo antecedente l'implementazione del programma; tuttavia nel 2010 gli stessi pazienti mostrano una migliore salute mentale rispetto alla coorte più giovane.

La copertura farmaceutica è associata ad una diminuzione dei sintomi depressivi e permette di affermare che una persona che non ha assicurazione sanitaria ha un rischio quasi doppio di presenza di sintomi depressivi rispetto chi è assicurato o parzialmente assicurato.

Più in dettaglio, la copertura assicurativa farmaceutica comporta una diminuzione del 14,8% nella presenza dei sintomi depressivi e una contrazione del 21,2% nella presenza di tre o più sintomi contemporaneamente. Altro risultato rilevante è la combinazio-

ne benefica di psicoterapia accompagnata alla prescrizione farmaceutica. Le donne presentano una maggiore propensione alla depressione nel corso della loro vita mentre i non ispanici neri presentano un rischio più basso rispetto ai non ispanici bianchi. Infine, i soggetti sposati presentano minori rischi di depressione rispetto a chi è vedovo, divorziato o non sposato.

CONCLUSIONI

L'evidenza mostra che il miglioramento in termini di salute per la popolazione in esame è sempre maggiore nel corso del tempo e questo implica che i risultati dello studio sono addirittura migliori rispetto alle stime iniziali, basate esclusivamente sulla riduzione della spesa a carico del cittadino (*out of pocket payments*) e che non includevano gli effetti in termini di salute.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas