

Molte contee con le quote maggiori di popolazione nera o afro-americana (233 su 347 [67,1%]) e ispanica o latina (110 su 198 [55,6%]) evidenziano una percentuale di popolazione in età lavorativa più alta rispetto al valore mediano nazionale. Al contrario, 26 delle 33 (78,8%) contee con una vasta popolazione bianca non ispanica presentano una percentuale più alta di persone di età superiore ai 65 anni rispetto alla mediana nazionale.

Quasi il 70% delle contee a impatto longitudinale concentrato con una vasta popolazione bianca non ispanica è situato in aree rurali, mentre un'ampia percentuale (57,6%) delle contee a impatto longitudinale concentrato con un'ampia popolazione ispanica o latina è collocata principalmente in aree urbane.

La popolazione nera o afroamericana appare invece distribuita uniformemente in aree rurali, suburbane e urbane.

I fattori sociali associati in modo univoco alla mortalità per covid-19 nelle diverse contee a impatto longitudinale concentrato con prevalenza di popolazione nera e ispanica sono la maggiore disuguaglianza di reddito e la più alta percentuale mediana di giovani (<65 anni) senza assicurazione sanitaria rispetto alla mediana nazionale. In queste stesse contee si è evidenziato anche il rapporto sfavorevole più alto tra numero di residenti e presenza di medici del servizio pubblico rispetto a quello mediano nazionale e un numero superiore di degenze ospedaliere evitabili. Nelle comunità residenti nelle aree urbane anche il sovraffollamento abitativo, le difficoltà di spostamento e lo stress per garantirsi l'accesso ai servizi sociali e sanitari hanno giocato un ruolo come fattori associabili alla mortalità per covid.

Per quanto riguarda le contee a prevalenza bianca non ispanica, l'anzianità della popolazione e la difficoltà a raggiungere gli ospede-

dali dato il contesto rurale nel quale tali comunità sono generalmente collocate spiegano i numeri più alti di mortalità per covid.

Il fattore che si è dimostrato sempre associato a un aumento della gravità dei dati sugli effetti della pandemia è stato l'assenza di accesso a internet. I luoghi con un accesso a internet più limitato hanno infatti riscontrato una mortalità più elevata in tutte le contee e in tutti i contesti spaziali tali contee fossero collocate, in particolare in quelle situate in aree urbane (contesto rurale: + 2,43 su 100.000 abitanti, $p < 0,01$; contesto suburbano: +2,97 su 100.000 abitanti, $p < 0,001$; contesto urbano: +5,83 su 100.000 abitanti, $p < 0,001$).

Questo risultato suggerisce, secondo gli autori, la necessità di una maggiore consapevolezza sul ruolo essenziale che l'accesso alle tecnologie digitali svolge rispetto al benessere delle persone perché si traduce nella possibilità di acquisire informazioni affidabili, di lavorare e frequentare la scuola anche a distanza, di essere agevolati nell'acquisto di beni e servizi, di ampliare le proprie relazioni sociali.

Nonostante questo studio dimostri l'esistenza un'associazione tra i determinanti sociali della salute e la mortalità per covid-19 e che tale associazione varia in base ai gruppi etnici e ai tipi di comunità esaminati, secondo i ricercatori americani sono comunque necessari ulteriori approfondimenti che affrontino il tema delle disuguaglianze sanitarie e guidino le politiche a esplorare ulteriormente le diverse dimensioni e i differenti modelli regionali dei determinanti sociali della salute.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Verso un'eccellenza diagnostica più equa

McDonald KM

Achieving equity in diagnostic excellence

JAMA 2022; 327 (20): 1955-1956

IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA

La diagnostica rappresenta un aspetto fondamentale della medicina clinica ed è un prerequisito per l'erogazione di cure efficaci e di alta qualità. Alla base del ragionamento diagnostico vi è un'attività dinamica e multidimensionale di raccolta e analisi delle informazioni, che inizia con un'anamnesi e un esame obiettivo e spesso comporta test di laboratorio, di imaging, fino ad arrivare a indagini invasive¹.

Questo processo non è esente da errori, sottolinea Kathryn McDonald del Center for Diagnostic Excellence, Armstrong Institute for Patient Safety and Quality della Johns Hopkins University di Baltimora (Usa), nel viewpoint pubblicato su *JAMA*.

Un rapporto del 2015 dell'Institute of Medicine degli Stati Uniti, *Improving diagnosis in health care*, ha evidenziato come gli errori diagnostici siano una delle principali cause di danni prevenibili ai pazienti^{2,3}. Considerato il suo ruolo essenziale nella pratica

medica e vista la sua profonda influenza sugli esiti dei pazienti, la diagnostica sta assumendo sempre maggiore interesse in ambito scientifico.

Nonostante gli importanti passi avanti in ambito tecnologico consentano oggi di strutturare percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, non tutti i cittadini riescono però ad accedere in modo equo a una diagnostica di eccellenza.

L'INIQUITÀ DIAGNOSTICA

Le popolazioni considerate a rischio di iniquità diagnostica sono rappresentate da gruppi emarginati, come le minoranze etniche^{4,5}. Sono noti anche alcuni fattori che giocano un ruolo negativo nell'iter diagnostico, quali il luogo di residenza (ad esempio, rurale versus urbano), il reddito, lo stato assicurativo, l'età e la presenza di disabilità, il livello di istruzione, il sesso, l'orientamento sessuale e l'identità di genere.

Nonostante la National Academy of Medicine (così si chiama ora l'Institute of Medicine) abbia implementato negli Stati Uniti un framework concettuale sul miglioramento della diagnosi, in grado di valutare il rischio di disuguaglianza, tale rischio permane per specifiche popolazioni². Durante il *Society to Improve Diagnosis in Medicine Patient Summit* del 2021, i caregiver delle persone con disabilità o affette da una condizione stigmatizzata (ad esempio, obesità

Prevenzione oncologica durante la pandemia di covid-19 negli USA

Fedewa SA, Star J, Bandi P et al

Changes in cancer screening in the US during the covid-19 pandemic

JAMA Network Open 2022; 5 (6): e2215490

Spencer JC, Pignone MP

Facilitating equitable, high-quality cancer screening in the post-covid-19 era

JAMA Network Open 2022; 5 (6):e2215496

L'indagine condotta da Fedewa e colleghi ha analizzato la prevalenza dello screening per il carcinoma alla mammella, al collo dell'utero e al colon-retto, confrontando i dati raccolti dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (un sistema di indagini sanitarie telefoniche, istituito nel 1984 dai Centres for Diseases Control and Prevention per raccogliere informazioni sui comportamenti a rischio per la salute, sulle pratiche cliniche preventive e l'accesso ai servizi sanitari negli Stati Uniti) nel 2020 rispetto agli anni precedenti, con l'obiettivo di comprendere se le disuguaglianze nell'accesso agli screening legate all'appartenenza etnica e allo stato socioeconomico fossero peggiorate durante la pandemia.

I DATI EMERSI DALLO STUDIO

In totale 479.248 individui sono stati inclusi nelle analisi dello screening per carcinoma alla mammella, 301.453 per lo screening

e schizofrenia) hanno evidenziato come la presenza di una condizione specifica (nella fattispecie, l'obesità) determini fenomeni di "oscuramento" delle altre condizioni cliniche del paziente, portando a un processo diagnostico insoddisfacente, con esiti potenzialmente gravi⁶.

L'IMPORTANZA DEL CONTESTO

Per comprendere appieno le disuguaglianze presenti nel processo diagnostico bisogna considerare anche gli aspetti esterni all'ambito medico.

Se il processo inizia all'interno del sistema sanitario, gran parte di ciò che accade prima che la persona diventi ufficialmente un paziente potrebbe non essere rilevata, compresi i primi sintomi di una patologia, le preoccupazioni e l'influenza che il contesto familiare può aver avuto sulle scelte sanitarie di una persona. Potrebbero anche non essere prese in considerazione le intuizioni dei membri delle comunità storicamente emarginate, che invece offrono il loro contributo alla creazione di una idea di eccellenza diagnostica che includa anche l'apprendimento dalle esperienze vissute e l'attivazione delle reti sociali nel corso del processo diagnostico stesso.

L'eccellenza diagnostica potrebbe, quindi, trarre giovamento se il sistema della pratica diagnostica non si limitasse a una 'lente'

del carcinoma al collo dell'utero e 854.210 per quello al carcinoma del colon-retto. Nel 2020, tra gli intervistati di età compresa tra 50 e 75 anni, l'11,4% era rappresentato da neri, il 12,6% da ispanici e il 67,3% da bianchi. Il 30% aveva un alto livello di istruzione. In termini di accesso e utilizzo dell'assistenza sanitaria, il 10,5% degli intervistati non anziani non risultava assicurato e la maggior parte degli intervistati ha riferito di aver ricevuto almeno una visita da parte di un medico di base e di aver usufruito di una normale assistenza, in modo sovrapponibile a quanto accaduto nel 2018.

Il trend dei dati degli ultimi anni evidenzia che, tra il 2018 e il 2020, il ricorso allo screening per carcinoma alla mammella è diminuito del 6% rispetto ai 4 anni precedenti (2014-2018), mentre il ricorso a quello per carcinoma al collo dell'utero è diminuito dell'11%, sempre rispetto al trend registrato tra il 2014 e il 2018. Per quanto riguarda lo screening per il carcinoma del colon-retto, tra il 2018 e il 2020 la prevalenza della colonscopia è diminuita del 16%, mentre la prevalenza del test delle feci è aumentata del 7%, dimostrando la capacità di questo test di mantenere costanti i tassi di screening a livello di popolazione, anche durante una grave emergenza sanitaria. In base alle variabili sociodemografiche e socioeconomiche analizzate, i tassi di prevalenza dello screening per carcinoma alla mammella e al collo dell'utero degli ultimi anni sono risultati inferiori nelle donne con un basso livello di istruzione rispetto a quelle con titoli di studio universitari (carcinoma della mammella: 50,3% vs 62,2%; carcinoma del colon-retto: 43,6% vs 55,7%). Nonostante anche il ricorso complessivo allo screening per il carcinoma del colon-retto sia risultato inferiore nelle persone con un più basso livello di istruzione, bisogna osservare che tra il 2018 e il 2020 si è verificato un aumento sorprendente (39%) del ricorso al test per la ricerca del sangue occulto nella popolazione più disagiata.

medica, ma cominciasse a utilizzare anche una 'lente' sociologica complementare, in grado di porre attenzione agli aspetti sociali che giocano un ruolo importante nel percorso di cura del paziente^{7,8}.

Eliana Ferroni

UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero Regione del Veneto

BIBLIOGRAFIA

1. Centor RM, Geha R, Manesh R. The pursuit of diagnostic excellence. JAMA Netw Open 2019; 2 (12): e1918040.
2. Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine et al. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academies Press, 2015.
3. Graber ML. The IOM report on improving diagnosis: new concepts. Diagnosis (Berl) 2015; 2 (4): 201-203.
4. Hughes HK, Hasselfeld BW, Cooper LA, Thornton RL, Commodore-Mensah Y. A process for developing a telehealth equity dashboard at a large academic health system serving diverse populations. J Health Care Poor Underserved 2021; 32 (2): 198-210.
5. National healthcare quality and disparities report. Agency for Healthcare Quality and Research 2022. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/index.html>.
6. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms - a qualitative study. PLoS One 2014; 9 (11): e111682.
7. Jutel A, Dew K. Social issues in diagnosis: an introduction for students and clinicians. Johns Hopkins University Press, 2014.
8. Lyles CR, Wachter RM, Sarkar U. Focusing on digital health equity. JAMA 2021; 326 (18): 1795-1796.