

Perché una maggiore equità diagnostica nelle malattie cardiovascolari (e non solo) conviene a tutti

Sarkar U, Bibbins-Domingo K

Achieving diagnostic equity in cardiovascular disease

JAMA 2022; 328 (9): 827-828

INTRODUZIONE

Con il termine equità, in ambito sanitario, si intende la possibilità per ogni cittadino di accedere nella stessa misura alle prestazioni fornite dal servizio sanitario.

Nella pratica quotidiana, tuttavia, diversi fattori fra cui la classe sociale, il sesso e l'etnia condizionano l'effettiva accessibilità ai servizi sanitari generando di fatto delle disuguaglianze.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha un ruolo molto importante nel modificare queste disparità garantendo un accesso equo alle cure e i migliori esiti per tutti, ma dalle evidenze disponibili risulta che, se questo compito viene svolto in modo soddisfacente per le cure di emergenza, la gestione delle patologie croniche e l'assistenza territoriale mostrano ancora diverse criticità. In Italia, per esempio, chi risiede nelle aree metropolitane del centro nord con elevato status socioculturale e buone risorse materiali ha un più facile accesso a strutture specializzate; di contro, chi è anziano, vive in zone periferiche e possiede una condizione sociale e culturale peggiore utilizza in modo limitato i servizi di welfare e il suo accesso alle cure avviene prevalentemente in situazioni di emergenza o in condizioni compromesse di salute.

In questo contesto, la pandemia da covid-19, esercitando una pressione enorme sul sistema sanitario, ha ritardato la cura di molte altre malattie inasprando di fatto le disuguaglianze socioeconomiche pre-esistenti. Tuttavia ha permesso anche di riproporre con urgenza il tema dell'organizzazione sanitaria con un'attenzione particolare al tema dell'equità, anche perché gli investimenti messi in campo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono una straordinaria opportunità per riformare questo settore nell'ottica di una maggiore qualità ed equità.

LA SITUAZIONE NEGLI STATI UNITI

Il tema delle disuguaglianze viene particolarmente avvertito negli Stati Uniti dove, in assenza di un SSN come il nostro, le barriere tradizionali rappresentate da razzismo, sessismo o povertà hanno implicazioni preoccupanti non solo per la salute pubblica, ma anche sotto il profilo economico. In questo Paese, infatti, le fasce di popolazione meno abbienti o emarginate, ignorando spesso i presidi sanitari di primo livello, ricorrono preferibilmente ai Dipartimenti di Emergenza degli ospedali, dove l'erogazione di una visita ha costi enormemente superiori a quella di un servizio ambulatoriale o di un medico di base.

MALATTIE CARDIOVASCOLARI: COME GARANTIRE EQUITÀ

Nell'ambito delle malattie cardiovascolari (CV), la carenza di un sistema equo può avere conseguenze importanti in relazione all'impatto epidemiologico di queste patologie e agli esiti in termini di invalidità che alcune condizioni, per esempio l'infarto acuto del miocardio o l'ictus, possono avere nella popolazione, generando un onere che ricade su tutta la società.

Secondo un autorevole editoriale pubblicato recentemente su *JAMA*, sono almeno quattro le criticità da risolvere per garantire efficienza ed equità nella diagnosi delle malattie CV.

1. In primo luogo, risultano significativamente maggiori i tempi di attesa per accedere alle cure in alcune fasce di popolazione, in particolare minoranze culturali o individui afro- o ispano-americani, specie se residenti in zone periferiche. Questo aspetto, critico nel caso delle emergenze CV, è ben esemplificato da uno studio su un'ampia popolazione di pazienti colpiti da arresto cardiaco, nella quale i tempi di attesa per il soccorso in ambulanza sono risultati abnormemente più lunghi per coloro che vivevano in aree urbane a basso reddito.
2. Nella popolazione più povera e svantaggiata vi è poi una obiettiva difficoltà nel riconoscere tempestivamente sintomi importanti e quindi attivare il soccorso, ma può anche subentrare il timore di segnalare un problema di salute per paura di perdere il lavoro. Il problema in questo caso appare di natura essenzialmente culturale e può essere risolto solo attraverso una maggiore educazione alla salute, ricorrendo per esempio ad associazioni e strutture territoriali, di carattere civile o religioso, impegnate nell'assistenza in zone più svantaggiate.
3. Una volta attivato il processo di cura, accade tuttavia che i pazienti afro- o ispano-americani ricevano in ritardo, rispetto a quelli della popolazione bianca, le procedure terapeutiche necessarie, per esempio la terapia trombolitica in caso di ictus o un cateterismo cardiaco in caso di infarto acuto del miocardio, probabilmente perché in alcune aree l'accesso ai centri di maggiore specializzazione è più difficile.
4. Infine, può accadere che i medici stessi siano meno efficienti e tempestivi nell'interpretazione dei sintomi, anche in questo caso per la presenza di bias culturali che ostacolano un corretto procedimento diagnostico. Il fatto che le donne della popolazione nera possano andare incontro a patologie CV importanti in età relativamente più giovane o presentino con maggiore frequenza sintomi atipici può essere alla base di errori nella diagnosi.

CONCLUSIONE

Per raggiungere l'obiettivo di una maggiore equità nella cura delle malattie CV è necessario, dunque, un approccio a vari livelli. Se gli ostacoli sono principalmente di natura culturale ed economica, vi è probabilmente in gioco anche un problema di scarsa fiducia complessiva nel sistema sanitario che, negli Stati Uniti e non solo, tende a manifestarsi proprio in quelle classi sociali che per la loro intrinseca fragilità hanno più bisogno di assistenza.

Giancarlo Bausano