

## Dalla letteratura

### Che fare se un paziente è razzista?

Se lo chiede il *BMJ* in un articolo redazionale uscito il 10 gennaio 2023<sup>1</sup>. «Abbiamo creato una risorsa dedicata al razzismo sul posto di lavoro come parte delle pagine web del nostro hub etico» ha risposto alla giornalista del settimanale inglese un rappresentante del General medical council. «È mirata a sostenere coloro che subiscono discriminazioni, ma anche gli utenti, i datori di lavoro e i dirigenti medici. Non è necessario essere oggetto di comportamenti razzisti per affrontare i pazienti. In contesti non di emergenza, si può parlare e discutere con la persona che mostra un comportamento discriminatorio». La raccomandazione è quella di parlare col paziente, tenendo in massima considerazione il contesto in cui avviene il fatto. «A volte il paziente non sa che certe parole e azioni possono offendere». Se è impossibile rapportarsi al paziente, il professionista oggetto dell'attacco dell'utente dovrebbe cercare di affidarlo alle cure di un collega.

È molto preoccupante il dato esposto nell'articolo: circa il 40 per cento

dei medici britannici è stato oggetto di un attacco discriminatorio da parte di un paziente a causa della propria etnia, paese di provenienza, accento o anche semplicemente per il suo nome.

Stiamo parlando, infatti, di un problema molto sentito soprattutto in certi paesi. Alcuni studi hanno suggerito che le donne professioniste sanitarie di colore affrontano esperienze di discriminazione uniche a causa del loro status di doppia minoranza<sup>2</sup>. Altro dato inquietante è quello secondo il quale la violenza della polizia contro le persone di colore è associata a un successivo aumento della discriminazione<sup>3</sup>.

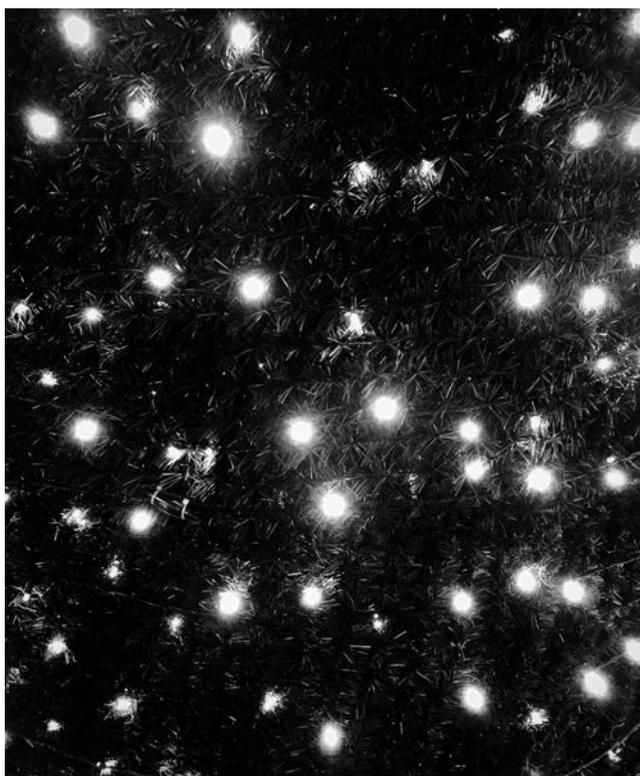
### Bibliografia

1. Torjesen I. How do I deal with a racist patient? *BMJ* 2023; 380: o2856.
2. Filut A, Alvarez M, Carnes M. Discrimination toward physicians of color: a systematic review. *J Natl Med Assoc* 2020; 112: 117-40.
3. Bor J, Venkataramani AS, Williams DR, Tsai AC. Police killings and their spillover effects on the mental health of black Americans: a population-based, quasi-experimental study. *Lancet* 2018; 392: 302-10.

### Disuguaglianze di accesso alle cure cardiologiche

L'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e negli esiti degli interventi è ormai una dimensione tra le più considerate e importanti nella valutazione della performance dei sistemi sanitari. È il risultato di decenni di attività di ricerca intensa e qualificata, portata avanti soprattutto nei Paesi anglosassoni, e negli ultimi decenni autorevolmente condotta anche in Italia, soprattutto in Regioni come il Piemonte, l'Emilia-Romagna, il Lazio. Sappiamo che le disuguaglianze nella salute sono pervasive e ben documentate: dannose per il sistema e non soltanto per i cittadini che più direttamente ne subiscono le conseguenze. Derivano da vari fattori e prendono forma diversa anche per l'intersecarsi di elementi ambientali, legali e sociali, come sottolineano gli autori di una viewpoint uscita sul *JAMA Cardiology*<sup>1</sup>.

«Storicamente, l'applicazione di nuove terapie cardiovascolari è diminuita tra i pazienti di colore o di origine latina o appartenenti a gruppi socio-economicamente svantaggiati. Coerentemente con il ridotto accesso alle terapie cardiovascolari, lavori precedenti hanno trovato associazioni tra razza, etnia e status socio-economico con un ridotto uso di interventi per le malattie cardiovascolari». Gli autori fanno poi riferimento ai risultati di uno studio originale condotto dal loro gruppo dell'università di Pennsylvania sede di Filadelfia che ha valutato l'uso della sostituzione transcateretere della valvola aortica (Tavr). Ebbene, nelle grandi aree metropolitane i codici di avviamento postale con alte percentuali di pazienti di colore o latinoamericani e di pazienti che hanno diritto a Medicaid e Medicare avevano tassi più bassi di Tavr. Non si tratta di una novità, dal momento che disparità analoghe sono state riscontrate anche nella diffusione di procedure simili per complessità. «L'accesso preferenziale alle cure da parte delle comunità bianche e benestanti contribuisce al razzismo sistemico all'interno dell'assistenza sanitaria e può esacerbare le disparità nei risultati tra gruppi privilegiati e svantaggiati» affermano gli autori. Alcune considerazioni che leggiamo nella viewpoint lasciano stupefatti: in uno studio condotto su pazienti neri



Filena Fortinguerra,  
Con i tuoi occhi.

affetti da ipertensione i malati hanno sostenuto che i medici durante gli esami fisici evitavano il contatto fisico come componente principale della discriminazione percepita e della diminuzione della fiducia<sup>2</sup>.

Come intervenire per mitigare – se non risolvere – il problema? Forse iniziando dal disegno degli studi clinici, dal momento che i pazienti appartenenti a gruppi razziali ed etnici minoritari sono molto sottorappresentati negli studi in ambito cardiovascolare e molti trial non riportano i dati stratificati per etnia. I comitati che coordinano gli studi clinici dovrebbero collaborare con le comunità e i gruppi storicamente emarginati – sostengono gli autori – così da garantire l'equità nell'arruolamento e la definizione di strategie per ridurre le barriere all'accesso. «Le agenzie regolatorie dovrebbero prendere in considerazione il monitoraggio degli esiti in coorti di pazienti che non ricevono i nuovi interventi cardiaci e monitorare direttamente il ricorso equo alle nuove terapie insieme ai tradizionali parametri di sicurezza e qualità».

### Bibliografia

1. Reddy KP, Eberly LA, Nathan AS. Inequities in access to structural heart disease Interventions. *JAMA Cardiol* 2023; 8: 5-6.
2. Greer TM. Perceived racial discrimination in clinical encounters among African American hypertensive patients. *J Health Care Poor Underserved* 2010; 21: 251-63.

### Spintarelle gentili per la salute del cuore

Se non conosci la teoria del nudging, in certi salotti intellettuali rischi di non avere cittadinanza. Il lavoro degli economisti comportamentali – alcuni dei quali, come Richard Thaler, vincitori del premio Nobel e altri, come Cass Sunstein, consigliere di Barak Obama durante la presidenza degli Stati Uniti – ha avuto e ancora continua ad avere una vasta eco. Confermata dall'interesse dimostrato nelle ultime settimane anche dal *JAMA Cardiology* che ha pubblicato uno studio interessante<sup>1</sup> accompagnato da un editoriale di commento.

In estrema sintesi, la teoria del nudging attinge ai campi dell'economia, della psicologia sociale e delle scienze cognitive e descrive la complessa interazione di pregiudizi, motivazioni sociali e vincoli cognitivi alla base del comportamento umano. Le applicazioni alla medicina – soprattutto a programmi di sanità pubblica – delle teorie del nudging sono numerose: le “spintarelle gentili” possono trovare applicazione nel motivare i cittadini a incrementare l'esercizio fisico (avete presente le scale disegnate a forma di tastiera di pianoforte che suonano se le persone saltano o semplicemente salgono sui gradini bianchi e neri?) o a migliorare la salubrità dei comportamenti alimentari, anche semplicemente disponendo diversamente i prodotti sui banchi del supermercato.

Però, anche quando il nudging è efficace, spesso non riesce a dare risultati sulla totalità delle persone coinvolte così che gruppi considerevoli di pazienti non hanno benefici. È una delle osservazioni avanzate da Faraz S. Ahmad e Stephen D. Persell – clinici della Northwestern University di Chicago – nell'editoriale che accompagna lo studio citato in apertura<sup>2</sup>. «Fattori diversi dal medico, tra cui le caratteristiche del paziente, la comunità, il sistema sanitario e i fattori politici, influenzano l'efficacia di un'iniziativa basata sul nudging [...] e anche per questi motivi il nudging sanitario digitale rivolto ai pazienti oltre che ai medici è diventata un'area di ricerca». Gli autori dell'editoriale fanno l'esempio dello studio controllato randomizzato EPIC-HF (Electronically Delivered, Patient-Activation Tool for Intensification of Medications for Chronic Heart Failure with Reduced Ejection Fraction) che ha dimostrato un miglioramento del 19% nella prescrizione di terapia medica guidata con un nuovo intervento di salute digitale che comprendeva un video e una lista di controllo per attivare i pazienti prima di una visita cardiologica<sup>3</sup>. E anche di un'altra tappa significativa: uno studio clinico randomizzato, che ha valutato diverse strategie per incoraggiare la vaccinazione antinfluenzale, nel quale i pazienti che hanno ricevuto messaggi di testo prima delle visite di assistenza primaria hanno avuto una maggiore aderenza alla proposta di vaccino rispetto a quelli che non hanno ricevuto messaggi<sup>4</sup>.

Adusumalli et al.<sup>1</sup> riportano i risultati di uno studio clinico randomizzato a cluster che ha valutato l'efficacia del nudging rivolto ai medici, ai pazienti o a entrambi, in combinazione con la normale assistenza, per aumentare il tasso di prescrizione della terapia con statine per i pazienti idonei (in base alle linee guida della US Preventive Services Task Force) durante le visite di assistenza primaria. Lo studio è stato condotto su 28 centri di cure primarie, comprendenti 158 medici. Quali risultati? Il nudging rivolto a medici e pazienti e quello rivolto ai soli medici ha aumentato i tassi di prescrizione di statine; invece quello che aveva come target solo i pazienti non ha aumentato i tassi di prescrizione rispetto al gruppo di controllo.

In conclusione: un altro passo interessante per una ricerca che sta procedendo, con risultati di complessa interpretazione, anche perché molti degli aspetti che condizionano in positivo o



Filena Fortinguerra,  
*Dove ci siamo incontrati.*

in negativo l'esito di queste esperienze sono di ordine qualitativo e possono avere un impatto – come dire? – molto “site specific”, legato dunque al contesto di svolgimento e agli attori coinvolti.

### Bibliografia

1. Adusumalli S, Kanter GP, Small DS, et al. Effect of nudges to clinicians, patients, or both to increase statin prescribing: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Cardiol* 2023; 8: 23-30.
2. Ahmad FS, Persell SD. Nudging to improve cardiovascular care. Clinicians, patients, or both. *JAMA Cardiol* 2023; 8: 31-32.
3. Allen LA, Venekchuk G, McIlvennan CK, et al. An electronically delivered patient-activation tool for intensification of medications for chronic heart failure with reduced ejection fraction: the EPIC-HF trial. *Circulation* 2021; 143: 427-37.
4. Bittenheim A, Milkman KL, Duckworth AL, et al. Effects of ownership text message wording and reminders on receipt of an influenza vaccination: a randomized clinical trial. *JAMA Network open* 2022; 5: e2143388.

### Erikson, Rockwell e la relazione tra il paziente e il terapeuta

Pochi sanno che Archibald Cochrane era paziente di Theodor Reik, psicoanalista allievo di Sigmund Freud<sup>1</sup>. Forse è ancor meno nota un'altra relazione importante, quella tra lo psicologo Erik Erikson e il pittore Norman Rockwell, entrambi di Stockbridge, nel Massachusetts. Ne ha parlato Arthur Lazarus, docente di Psichiatria alla Temple university di Filadelfia in un post su MedPage<sup>2</sup>, in cui racconta come l'artista si sia rivolto al terapeuta conosciuto per il ricovero della moglie conseguente a una depressione da abuso di alcol. Le riflessioni di Lazarus sono molto interessanti, soprattutto quando invita il lettore a ragionare sul sostegno reciproco che caratterizza la relazione tra il terapeuta e il paziente: «Mentre il medico è il guaritore apparente, il paziente aiuta a guarire il medico, di solito attraverso mezzi sottili che si scoprono dopo che il medico riflette

su una visita del paziente o al termine della relazione».

La storia di Erikson e Rockwell è un pretesto per uno sguardo competente su un aspetto importante della cura. «Le ricerche confermano che i medici che riescono a coinvolgere emotivamente i pazienti hanno risultati migliori e punteggi di soddisfazione più elevati. Quando un paziente percepisce che il suo medico si preoccupa e ascolta le sue preoccupazioni, è più probabile che si adegui alle raccomandazioni del medico e che ritorni per le visite di controllo. Ma ci sono poche ricerche che indicano che dare credito ai consigli e alle riflessioni dei nostri pazienti ci renda medici migliori. I pazienti possono stimolare la nostra crescita personale, come Rockwell fece per Erikson nella sua ricerca di identità? La risposta breve è che i medici possono diventare medici migliori essendo pazienti. Quando i medici sostituiscono il camice bianco con quello dell'ospedale, imparano l'importanza dell'empatia e del linguaggio e apprezzano il trauma



Filena Fortinguerra, *Il gioco dei giorni*.

della malattia e quello del trattamento. Il medico e scrittrice Danielle Ofri ha fatto eco allo stesso sentimento; ha dedicato un intero libro alle lezioni apprese dai suoi pazienti. Una delle più importanti, secondo lei, è imparare cosa si prova a essere davvero un paziente: nel suo caso, l'umiliazione e l'impotenza provate sia durante che dopo il parto».

Secondo Lazarus, la situazione di deponenza in cui il medico viene a trovarsi durante una malattia è un utile insegnamento soprattutto per quanto concerne la "cornice" in cui l'assistenza viene erogata: i ritardi evitabili nell'effettuazione delle procedure, i limiti di tempo che condizionano la relazione, le faticose lungaggini burocratiche. I pazienti definiscono il lavoro del medico, dando sostanza sia ai valori a cui lui si ispira, sia definendo la sua identità.

«Nel corso della nostra giornata, perdiamo di vista il ruolo speciale che possiamo svolgere nella vita dei pazienti. Solo quando riscopriamo la passione per la medicina e abbracciamo la nostra missione – servire chi soffre – ci rendiamo conto di avere il potere di trasformare i pazienti e, così facendo, di trasformare noi stessi».

## Bibliografia

1. Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124:982-8.
2. Lazarus A. Treatment is a two-way street. *MedPage* 2022; 26 dicembre.

## Una risposta istituzionale alla disinformazione sulla salute

Il Dipartimento di salute e igiene mentale di New York ha implementato una risposta strutturata alla disinformazione sanitaria a partire dal marzo 2021. Ne ha parlato *NEJM Catalyst*<sup>1</sup>. È stata costruita una Misinformation response unit che si è concentrata sul monitoraggio della disinformazione, sulla risposta tempestiva attraverso la diffusione di informazioni accurate e sulla valutazione di quanto fosse necessario dare risposte sistematiche alla disinformazione. Del gruppo di lavoro facevano parte numerose persone di competenza diversa, da quella più specificamente sanitaria alla comunicazione.

Come spiegano gli autori, tutti coinvolti nell'attività dell'unità operativa,

«nei primi mesi della campagna di vaccinazione covid-19 nel febbraio 2021, l'unità operativa ha identificato i post sui social media che sostenevano che il vaccino covid-19 causasse infertilità, diffusi principalmente attraverso gli account degli anti-vax». Uno degli aspetti qualificanti è stata l'individuazione precoce delle fonti che in rete diffondevano informazioni fuorvianti: le strategie di risposta sono state discusse in riunioni svolte con cadenza settimanale da cui è tra l'altro scaturita l'indicazione a coinvolgere professionisti sanitari esterni al gruppo di lavoro ma che potessero con la loro competenza assicurare un valore aggiunto all'informazione.

È interessante che l'ambito di interesse dell'unità operativa non si è limitato al contrasto della deliberata disinformazione su covid-19 ma ha anche considerato la cattiva o imperfetta informazione, involontaria ma potenzialmente ugualmente dannosa. «Sia la disinformazione che la disinformazione hanno maggiori probabilità di diffondersi in un contesto di mancanza di dati, quando i cittadini non possono accedere facilmente a informazioni affidabili nei casi in cui



Filena Fortinguerra, *Lenti crepuscoli*.

la sfiducia negli attori e nelle istituzioni è elevata».

L'iniziativa del Dipartimento new-yorkese è pensata anche come strumento per la riduzione delle disuguaglianze in sanità, dal momento che la letteratura mostra chiaramente come la disinformazione o la cattiva informazione incidano maggiormente sui comportamenti di salute delle persone che fanno parte di comunità economicamente o culturalmente svantaggiate<sup>2</sup>. Negli Stati Uniti – notano gli autori – penalizzano fortemente le persone di colore o che già soffrono per marginalità sociale<sup>3</sup>.

I risultati ottenuti sono incoraggianti, anche se la cattiva informazione non è sicuramente stata fermata dall'iniziativa istituzionale. «La rapida diffusione di punti di discussione e materiali ha contribuito a creare fiducia a livello di comunità e a mitigare l'impatto della disinformazione circolante». È una novità positiva anche l'attitudine all'ascolto mostrata dal dipartimento basata su "punti di discussione credibili" inviati ogni giorno a 300 persone attive in agenzie cittadine e in organizzazioni presenti a livello della comunità.

## Bibliografia

1. Knudsen J. Combating misinformation as a core function of public health. *NEJM Catalyst* 2023; 11 gennaio.
2. Austin EW, Borah P, Domgaard S. COVID-19 disinformation and political engagement among communities of color: The role of media literacy. *The Harvard Kennedy School Misinformation Review* 2021.
3. Nava-Shellinger V. How misinformation hurts communities of color most. *National Council on Aging*. August 30, 2021.

## I primi trent'anni di UpToDate

I clinici internazionali festeggiano i trent'anni di UpToDate, la soluzione di supporto alle decisioni cliniche più utilizzata del mondo. Più di due milioni di medici in oltre 190 Paesi si

affidano a questo strumento per prendere decisioni cliniche basate sulle prove. L'anniversario segna anche un'importante tappa nella partnership con il programma Better Evidence di Ariadne Labs: oltre 100.000 abbonamenti a UpToDate sono stati donati a operatori e istituzioni in contesti con risorse limitate presenti in 159 nazioni. «Gli abbonamenti a UpToDate hanno supportato i medici che lavorano in alcuni degli ambienti più difficili in tutto il mondo, consentendo loro di fornire cure migliori e più eque ai loro pazienti, indipendentemente dal luogo o dalle risorse», ha dichiarato Rebecca Weintraub, medico e direttore di Better Evidence, un centro per l'innovazione dei sistemi sanitari che collabora con il Brigham and Women's Hospital e l'Harvard T.H. Chan School of Public Health di Boston. «Dare agli studenti di medicina l'accesso a UpToDate in contesti a basse risorse, dove il costo è tradizionalmente una barriera importante, contribuisce a prepararli a fornire cure basate sull'evidenza per molto tempo nel futuro».

UpToDate è stato fondato nel 1992 dal famoso nefrologo Burton "Bud" Rose per rispondere alla sfida di aiutare i medici a rimanere aggiornati e a prendere le decisioni migliori per i loro pazienti. Tutto iniziò con la sua specializzazione in nefrologia. All'inizio UpToDate veniva spedito per posta su floppy disk; tre volte l'anno veniva rilasciata una nuova versione. Tre decenni dopo, UpToDate è utilizzato su smartphone, browser e all'interno dei sistemi di cartelle cliniche elettroniche da oltre due milioni di medici e 44 mila istituzioni in più di 190 Paesi. Viene aggiornato continuamente e utilizzato in modo intensivo: gli utenti accedono a oltre 54 milioni di argomenti al mese in 25 specialità.

Si è rivelato uno strumento essenziale anche durante la pandemia: con una base di conoscenze in rapida evoluzione, era indispensabile che i medici disponessero delle informazioni più recenti, verificate e affidabili per trattare i pazienti. UpToDate ha rapidamente ampliato le proprie risorse,

forndo accesso gratuito al Wolters Kluwer Coronavirus Resource Center, con oltre 90 argomenti diversi che sono stati aggiornati duemila volte.

## Altri numeri sul covid-19

Le vendite annuali dei vaccini a mRNA prodotti da Pfizer potrebbero raggiungere i 10-15 miliardi di dollari entro il 2030<sup>1</sup>. Eppure, ci sono parecchi dubbi sulla possibilità che la spesa dei governi per l'acquisto di vaccini contro Sars-CoV-2 continui a essere sostenuta nei prossimi anni. Una buona notizia per l'azienda statunitense potrebbe arrivare dalla commercializzazione del vaccino contro il virus respiratorio sinciziale di cui si prevede il lancio nel 2023, che potrebbe raggiungere il picco nel 2027 con entrate superiori a 2 miliardi di dollari.

I dati più recenti sulla protezione assicurata dai vaccini contro Sars-CoV-2 stimano in circa 18,5 milioni il numero dei cittadini statunitensi ai quali è stato evitato il ricovero<sup>2</sup>. Le campagne di vaccinazione avrebbero salvato 3,2 milioni di vite, secondo uno studio dei ricercatori del Commonwealth Fund e della Yale School of Public Health. I ricercatori hanno creato un modello informatico di trasmissione della malattia sfruttando informazioni demografiche, fattori di rischio personali, dinamiche di infezione e informazioni generali sulla vaccinazione: se non ci fossero stati i vaccini, gli Stati Uniti avrebbero subito 1,5 volte più infezioni, 3,8 volte più ricoveri e più di 4 volte il numero di morti rispetto a dicembre 2020 e novembre 2022.

## Bibliografia

1. Reuters. Pfizer sees \$10 bln-\$15 bln in potential revenue from mRNA vaccines by 2030. 12 dicembre 2022.
2. Fitzpatrick MC, Moghadas SM, Pandey A, Galvani AP. Two years of U.S. COVID-19 vaccines have prevented millions of hospitalizations and deaths. *To the Point (blog)*. Commonwealth Fund 2022; 13 dicembre.