

Gavino Maciocco



Anche quando i membri delle minoranze etniche hanno lo stesso reddito, la stessa copertura assicurativa e la stessa condizione patologica dei bianchi ricevono comunque un'assistenza sanitaria di minore qualità.

---

Negli annali della storia della medicina non mancano episodi criminali di razzismo. I più orrendi sono certamente quelli perpetrati dal Dr. Josef Mengele ad Auschwitz dal 1943 al 1945.

Meno noto è il caso dell'esperimento di Tuskegee (Alabama). Per 40 anni - dal 1932 al 1972 - 399 uomini neri affetti da sifilide furono medicalmente osservati - senza essere curati ! - per studiare su di essi l'evoluzione naturale della malattia (l'ipotesi era che i neri avessero una tipologia di sifilide terziaria diversa da quella dei bianchi...). Per questo crimine - "*clearly racist*" - il Presidente Clinton nel maggio 1997 si scusò pubblicamente di fronte alle vittime e ai loro familiari (**Figura 1**).

Oggi episodi criminali di razzismo in sanità sono *forse* relegati solo nella trama dei romanzi (vedi "Il giardiniere tenace" di John Le Carré). Il razzismo di oggi è il razzismo "strisciante", non doloso, più sottile, meno visibile, spesso neanche consapevole, ma non per questo meno pericoloso e potenzialmente distruttivo.

**Figura 1. Dichiarazione di scuse del Presidente Clinton per i fatti di Tuskegee**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La letteratura medica anglosassone - inglese, ma soprattutto statunitense - si occupa da tempo di razzismo in sanità[1]. Da queste fonti riportiamo un paio di definizioni di razzismo.

1. Il razzismo è un sistema organizzato di valori sostenuto da un'ideologia che categorizza gruppi di popolazione in *razze* e usa questa classificazione per allocare preferenzialmente i beni e le risorse della società a coloro che sono considerati intrinsecamente superiori[2].
2. Il razzismo *istituzionale* è l'incapacità collettiva di un'organizzazione di fornire alle persone un servizio professionale e appropriato a causa del colore della loro pelle, della loro cultura della loro origine etnica. Ciò si traduce in atti e comportamenti che portano alla discriminazione a causa di inconsapevoli pregiudizi, ignoranza, insensibilità, stereotipi razzisti che danneggiano gli appartenenti alle minoranze etniche[3].

Il razzismo si manifesta in sanità attraverso tre differenti forme:

1. **La discriminazione nei confronti dei pazienti** a causa del colore della loro pelle, della loro cultura e della loro origine etnica.
2. **La discriminazione nei confronti degli operatori sanitari** a causa del colore della loro pelle, della loro cultura e della loro origine etnica.
3. **Lo stress e la sofferenza psicologica patiti da coloro che si sentono discriminati** a causa del colore della loro pelle, della loro cultura e della loro origine etnica.

### 1. La discriminazione nei confronti dei pazienti

La discriminazione nell'assistenza sanitaria a causa del colore della pelle, della cultura e della origine etnica dei pazienti riguarda sia l'accessibilità ai servizi che la qualità degli stessi. Negli USA è dimostrato che i quartieri abitati da minoranze etniche (*segregated neighbourhood*) sono meno dotati di ambulatori medici e di farmacie. Una serie di ricerche rilevano che le differenze razziali nella qualità delle cure sono sistematiche. Negli USA l'*Institute of Medicine* ha pubblicato un volume, dal titolo *Inequal Treatment*[\[4\]](#), che raccoglie una mole impressionante di dati al riguardo: per un ampio ventaglio di procedure terapeutiche che vanno dagli interventi ad alta tecnologia all'assistenza di base, i neri e altre minoranze etniche hanno maggiori probabilità di ricevere cure di minore qualità rispetto ai bianchi. La **Tabella 1** mostra le differenze di trattamento tra bianche e neri appartenenti, in quanto anziani, alla stessa organizzazione - Medicare. **I neri hanno rispetto ai bianchi minori probabilità di accedere a prestazioni ad alta tecnologia (come angioplastica e bypass aorto-coronarico), ma maggiori probabilità di subire l'amputazione degli arti (da complicazioni da diabete).** Riguardo a questo specifico punto, le diseguaglianze nell'amputazione degli arti, il fenomeno si sta aggravando nel tempo come dimostra la **Figura 2**.

**Tabella 1. USA. Differenze tra Neri e Bianchi nell'utilizzazione di procedure mediche e chirurgiche. Pazienti > 65 anni, beneficiari di Medicare.**

Tabella 1. USA. Differenze tra Neri e Bianchi nell'utilizzazione di procedure mediche e chirurgiche. Pazienti > 65 anni, beneficiari di Medicare. Fonte: *Unequal Treatment*

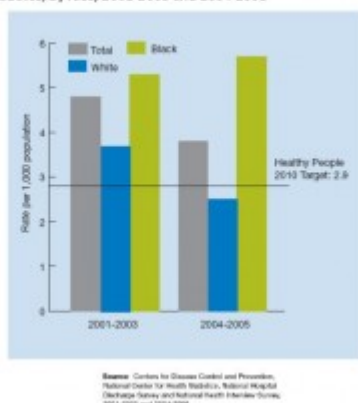
	Black	White	Black-to-White Ratio
Angioplasty (procedures per 1,000 beneficiaries per year)	2.5	5.4	0.46
Coronary Artery Bypass Graft Surgery (procedures per 1,000 beneficiaries per year)	1.9	4.8	0.40
Mammography (procedures per 100 women per year)	17.1	26.0	0.66
Hip Fracture Repair (procedures per 100 women per year)	2.9	7.0	0.42
Amputation of All or Part of Limb (procedures per 1,000 beneficiaries per year)	6.7	1.9	3.64
Bilateral Orchiectomy (procedures per 1,000 beneficiaries per year)	2.0	0.8	2.45

Clickare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: *Unequal Treatment*

**Figura 2. Hospital admissions for lower extremity amputations per 1,000 population age 18 and over with diabetes, by race, 2001-2003 and 2004-2006**

Figura 2. Hospital admissions for lower extremity amputations per 1,000 population age 18 and over with diabetes, by race, 2001-2003 and 2004-2006



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Il *New York Times*, commentando il volume in un editoriale, scriveva: “E noto che neri, ispanici e altre minoranze etniche ricevono cure di minore qualità rispetto ai bianchi e ciò viene attribuito al minore reddito, alla minore copertura assicurativa, alla mancanza di dottori nei quartieri abitati da quelle comunità. Le cause socio-economiche sono evidenti, ma il Rapporto dell'*Institute of Medicine* ci dice che anche quando i membri delle minoranze etniche hanno lo stesso reddito, la stessa copertura assicurativa, e la stessa condizione patologica dei bianchi, essi ricevono comunque un'assistenza sanitaria di minore qualità”. Alla base di ciò - conclude il NYT - vi sono pregiudizi e stereotipi razziali negativi che portano sulla strada sbagliata i medici e gli altri professionisti sanitari[5].

Tra i numerosi lavori pubblicati sul tema, **uno particolarmente significativo riguarda la differenza tra bianchi e neri nella sopravvivenza (a 5 anni) in caso di cancro, per quasi tutti i tipi di cancro**. Es: mammella: 81,5% bianchi, 68,9% neri; melanoma: 88,8% bianchi, 71,1% neri; fegato: 20,5% bianchi, 14,0% neri; orofaringe: 48,6% bianchi, 33,5% neri. Lo studio rileva che alla base di queste differenze c'è un ritardo nella diagnosi di cancro attribuibile non a una differente attitudine nei confronti degli screening o a differenze nei fattori di rischio tra i due gruppi; la causa va ricercata secondo lo studio (intitolato: *A Matter of Race*[6]) nel *razzismo istituzionale* che si esprime, come abbiamo già scritto, in pregiudizi, insensibilità, stereotipi razzisti che danneggiano gli appartenenti alle minoranze etniche.

## 2. La discriminazione nei confronti degli operatori sanitari

Ogni qualvolta si approfondisce la questione del razzismo si scopre che esso agisce su molteplici sfere. E' il caso di uno studio[7], pubblicato nel 2001, che dimostrava che in Inghilterra studenti, medici, infermieri - a causa del colore della pelle o addirittura del

cognome - erano oggetto di discriminazioni nel corso degli studi, nel posto di lavoro, nella loro carriera.

**Nel luglio 2008, l'American Medical Association (AMA) pubblicava un comunicato[8] che conteneva le pubbliche scuse per la lunga storia di disegualianza razziale praticata nei confronti dei medici afro-americani.** “Nel 2005 - si legge nel comunicato - l'AMA istituì una commissione di esperti per studiare le disegualtanze razziali all'interno dell'organizzazione medica e le sue conclusioni hanno portato alle pubbliche scuse. Noi siamo orgogliosi di tutto ciò, perché solo confrontandosi con il passato si può abbracciare il futuro”. In seguito l'AMA ha istituito il *Minority Affairs Consortium* con lo scopo di venire incontro ai bisogni dei medici e degli studenti in medicina appartenenti alle minoranze etniche.

### **3. Lo stress e la sofferenza psicologica patiti da coloro che si sentono discriminati**

Il razzismo fa male alla salute, non solo perché le vittime possono subire delle discriminazioni nell'accesso e nella qualità delle cure. “Il razzismo - scrive K. McKenzie sul BMJ - può essere etiologicamente importante nello sviluppo delle malattie”[9]. Infatti, **le vittime di discriminazioni razziali - attraverso il meccanismo dello “stress psico-sociale” - hanno maggiori probabilità di soffrire di ipertensione, malattie respiratorie e di disturbi mentali come ansia, depressione e psicosi.**

K. McKenzie, concludendo il suo editoriale, afferma: “La sanità pubblica è l'arte e la scienza di prevenire le malattie, di prolungare la vita e promuovere la salute attraverso gli sforzi organizzati della società. **Una delle principali responsabilità della sanità pubblica è dunque quella di incoraggiare politiche che si oppongano al razzismo, essendo questo un vero problema di sanità pubblica”.**

**Gavino Maciocco**, Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

### **Bibliografia**

1. Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *BMJ* 1998; 316: 1970.
2. Ahamed AT et al. Racial discrimination & health: Pathways & evidence. *Indian J Med Res* 2007; 126: 318-327.
3. Macpherson WH. Report on the Stephen Lawrence Inquiry, Cm 4262-1. London HMSO, 1999; cit. in “R.S. Bhopal, Racism in health and health care in Europe: reality or mirage? *European Journal of Public Health* 1999;17(3): 238-241.

4. Institute of Medicine, Unequal Treatment, 2002.
5. Editorial. [Subtle Racism in Medicine](#). New York Times, 22.03. 2002.
6. Virnig BA et al. A matter of race: early- versus late-stage cancer diagnosis. Health Affairs 2009; 28(1): 160-168.
7. Coker RS. Racism in medicine: an agenda for change. London: King's Fund, 2001.
8. AMA apologizes for history of racial inequalities and work sto include and promote minority physicians, July 10, 2008.
9. McKenzie K. Racism and health. BMJ 2003; 326: 65-66.