

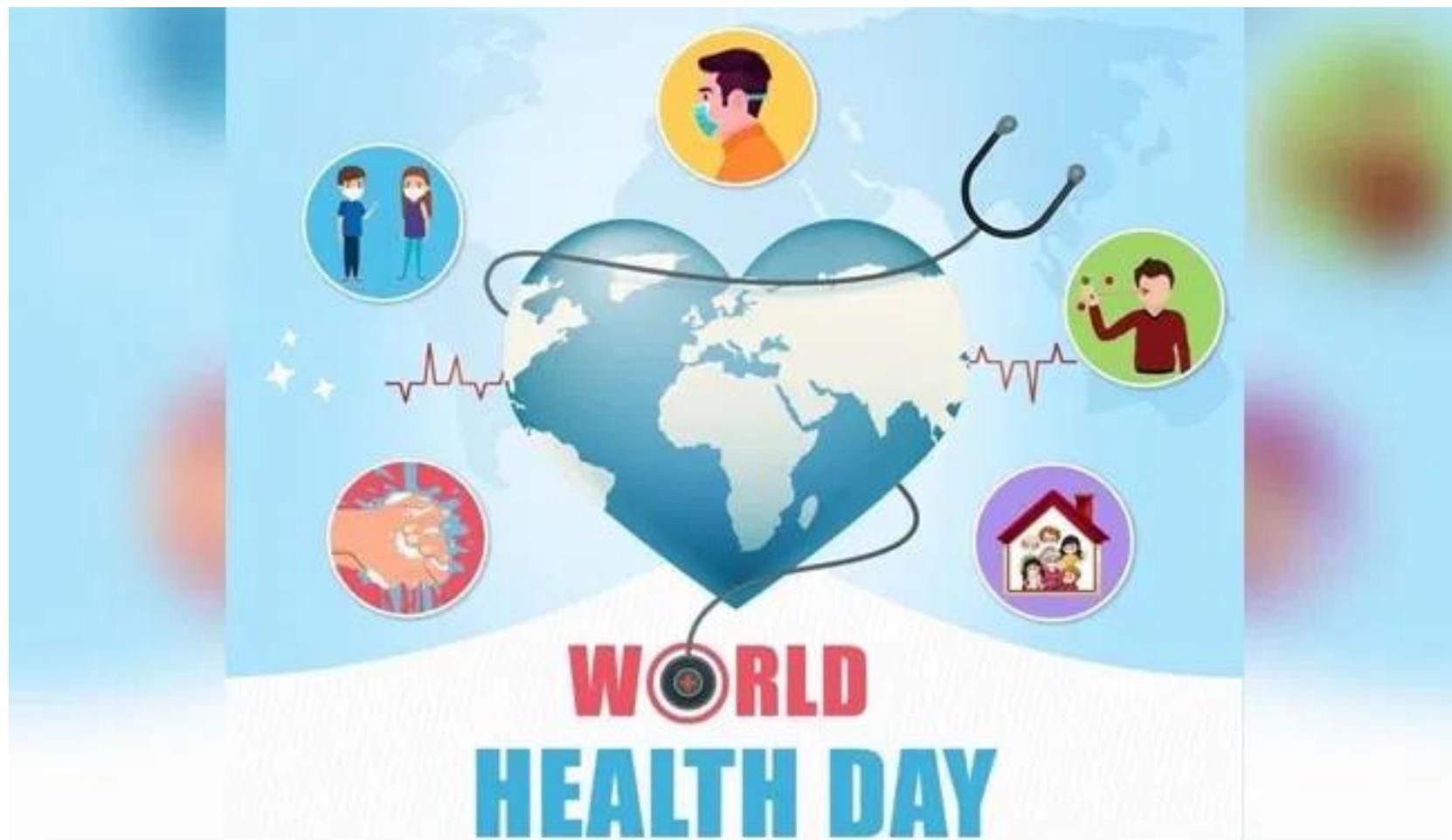


Popolazioni vulnerabili e nuove emergenze. Come le disuguaglianze hanno influenzato l'impatto di nuove malattie

Dott. ssa Maria Luisa Soranzo

*«Storie di epidemie e contagi. Dalla peste a COVID-19:
le malattie che hanno cambiato la storia»*

7 aprile «World Health Day». Come costruire un mondo più equo

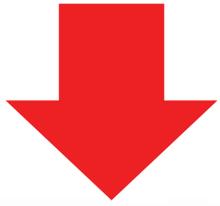


WHO. 7 APRILE «World health day» Campagna 2021

- Si stima che a causa della pandemia tra 119-124 milioni di persone si siano ridotte in estrema povertà
- Vi è convincente evidenza del gap di genere: rispetto agli uomini, si è ampliato il numero di donne che ha perso il lavoro
- COVID-19 ha evidenziato ancora di più le disuguaglianze nella nostra società e nei nostri Sistemi Sanitari
- I Governi devono rafforzare i propri Servizi Sanitari, **rimuovendo le barriere** che impediscono un equo accesso a prevenzione e cura.

Le premesse

- Dichiarazione di ALMA ATA (1978) « Salute per tutti»
 - attraverso un nuovo ordine economico internazionale in cui è prevista la partecipazione delle persone in scelte riferite alla propria comunità d'appartenenza
- Commissione Determinanti Sociali della Salute (2008)
 - “affrontare/ mettere mano alla distribuzione iniqua di potere, denaro e risorse” che guidano e mantengono le sistematiche disuguaglianze sulla salute
 - migliorare le condizioni di vita quotidiana, in particolare di coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità.



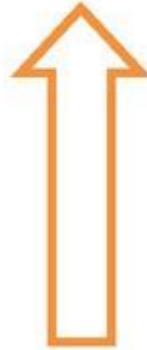
Health
Disparities

Social
Determinants
of Health

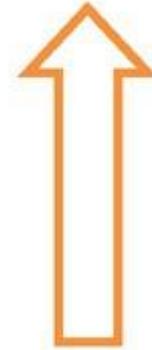
Health Equity



Problem



Pathway



Goal

USA (1)

Trends in Racial and Ethnic Disparities in COVID-19 Hospitalizations, by Region — United States, March–December 2020. MMWR 16 April 2021

- *Indagine su Database* relativo a dimissioni ospedaliere (marzo – dicembre 2020): 3,7 milioni di dimessi di cui 300.000 con diagnosi di COVID-19
- *Risultati* . Rispetto alla popolazione «bianca»
 - Gruppi razziali ed etnici di minoranza hanno sperimentato percentuali più elevate di ospedalizzazione per COVID-19
 - Maggiori disparità osservate a inizio pandemia (aprile – luglio); si sono mantenute anche a partire da dicembre 2020

USA (2).

Trends in Racial and Ethnic Disparities in COVID-19 Hospitalizations, by Region — United States, March–December 2020. MMWR 16 April 2021

Cause

- Maggior rischio di esposizione
- Maggior rischio di COVID-19 severo per presenza di comorbidità correlabili a condizioni occupazionali, abitative e a stato socioeconomico
- Insufficiente accesso a prevenzione e cura per condizioni di lavoro, tipo di occupazione, sede abitativa, problemi di trasporto

Inghilterra (1)

Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19- related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform

Studio di coorte osservazionale

- *Popolazione.* Adulti di età >18 anni per i quali erano disponibili cartelle cliniche elettroniche (piattaforma OpenSAFELY)
- *Dati raccolti.* Dimensioni famiglia, caratteristiche sociodemografiche e comorbidità
- *Che cosa si è valutato:* rischio di ospedalizzazione, di ricovero in UTI e rischio di morte

Inghilterra (2)

Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19- related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform

Risultati

- *Identificate 5 categorie in base a razza/etnia*: neri; provenienti da Asia meridionale; gruppo etnico misto; altro gruppo etnico
- *Rispetto alla popolazione «bianca»*
 - *Prima ondata*: rischio tre volte superiore (nell'ordine) per soggetti provenienti da Asia meridionale, neri, gruppo etnico misto, altro gruppo etnico
 - *Seconda ondata*: rischio maggior per popolazione Asia meridionale e più attenuato per i neri.

Inghilterra (3)

Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19- related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform

Cause di maggior vulnerabilità

- Scarsa alfabetizzazione sanitaria e accessibilità a comunicazione sanitaria
- Non effettuazione del test per timore di perdere reddito/occupazione in caso di positività (quarantena)
- Lavoro precario con scarsa protezione sul posto di lavoro. Impiegate minoranze in lavori «chiave»
- Maggior frequenza di comorbidità → conseguente suscettibilità ad infezioni
- Famiglie multigenerazionali → maggior rischio trasmissione

Italia.

L'impatto della pandemia sulle popolazioni migranti.

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/dossier-statistico-immigrazione-2020-pandemia>

- Nei primi mesi di pandemia la curva epidemica di COVID-19 tra gli stranieri, presenta un ritardo di 8-10 giorni rispetto a quella della popolazione italiana
- I dati evidenziano un maggiore rischio di ospedalizzazione (e quindi di livello di gravità clinica)
- E' probabile che gli stranieri vadano incontro a un ritardo di diagnosi dovuto a un ricorso posticipato ai Servizi Sanitari
- Sembra che la pandemia non abbia colpito nella stessa misura le diverse comunità di stranieri, probabilmente in relazione al tipo di occupazione.

Fattori che hanno influenzato diffusione e impatto della pandemia

Lavoro precario e condizioni di lavoro avverse (1)

- *Concorso di differenti fattori* : etnia, status di migrante, classe, sesso
- *Migranti* spesso impiegati in lavori precari: consegne a domicilio, servizi di pulizia, agricoltura, mercati generali.
- *Accesso limitato* a congedi per malattia, a Servizi Sanitari; salari insufficienti per ottenere accesso al cibo, sede abitativa adeguata, servizi igienici
- Riluttanza a mettersi in *quarantena*

Disuguaglianze economiche crescenti (2)

- *Divario economico*. Tra marzo e settembre 2020 le cinque persone più ricche al mondo hanno incrementato del 60% le proprie ricchezze
- *Differenze di genere*. Si stima che a livello globale le donne in povertà assoluta abbiano raggiunto i 47 milioni
- *Insicurezza alimentare*. In aumento, specie nelle aree colpite da crisi economica, conflitti etc.
- *Protezione sociale*. Inadeguata, soprattutto per chi ne ha più bisogno (lavoratori informali, migranti, giovani etc.)

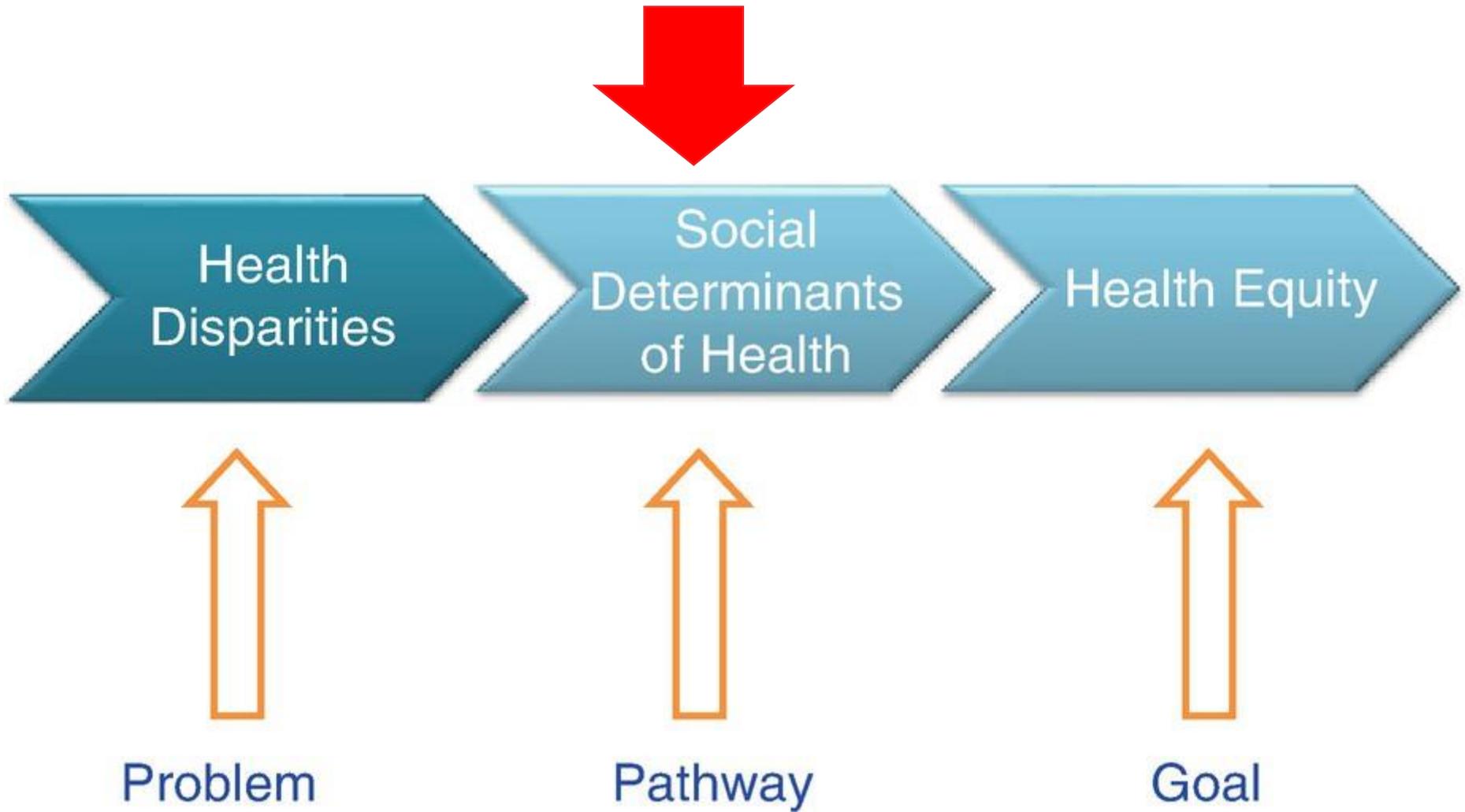
Misure restrittive e processi politici antidemocratici (3)

Il *lockdown* ha colpito soprattutto donne / ragazze

- Ridotto accesso a i consultori, incremento di gravidanze indesiderate come pure il numero di aborti
- Aumento violenza domestica e sessuale

Sistemi sanitari orientati al profitto → effetti negativi sulla salute

- Assenza di normative su prevenzione e cura di COVID-19 rischia di favorire il settore privato



EQUITY MATRIX

- La pandemia ha evidenziato come esposizione e gravità di COVID-19 si correlino a disuguaglianze sociali, oltre che biologiche
- Interventi che riducano le disuguaglianze devono fare luce sull'intero spettro dei fattori responsabili
- *Equity matrix* può essere una guida chiara e trasparente per identificare interventi prioritari, tra cui anche la scelta di chi vaccinare

EQUITY MATRIX



Cochrane

Prende in considerazione

- Fattori che possono contribuire alla non equità sulla salute
- Motivo per cui si verifica la non equità (mancato accesso ai servizi sanitari, differente esposizione (suscettibilità, gravità) alla malattia
- Tipi di intervento per ridurre la non equità

Fattori che possono contribuire alla non equità sulla salute (1)

- *Malattie pre-esistenti*
- *Luogo in cui si risiede*: RSA, dormitori, prigioni, abitazioni di famiglie multigenerazionali, etc.
- *Razza*: diversità etno-culturale, status di immigrato/ rifugiato
- *Tipo di occupazione*: lavoratori «essenziali», insegnanti, soggetti che devono convivere in spazi limitati, soggetti obbligati a viaggiare per lavoro, etc.
- *Sesso /identità di genere*. Sesso maschile più colpito; soggetti che per personale comportamento potrebbero avere limitato accesso ai Servizi Sanitari

Fattori che possono contribuire alla non equità sulla salute (2)

- *Religione*. Differente accesso alla vaccinazione; differente esposizione, specie se raduni di massa
- *Grado di scolarizzazione*. Bassi livelli associati a ridotto accesso ai Servizi Sanitari e a più bassi tassi di vaccinazione in tutti gruppi di età; più probabile lavoro in presenza che non in smartworking
- *Stato Socio-Economico (SES)*. Basso livello associato a maggior gravità di malattia e di rischio occupazionale; insicurezza sul lavoro o inabilità lavorativa. Minor accesso a Servizi Sanitari (se non assicurati)

Fattori che possono contribuire alla non equità sulla salute (3)

- *Capitale sociale*. Assenza di una rete sociale di supporto; non fiducia nelle istituzioni con conseguente a mancato accesso a interventi di prevenzione
- *Età*. Anziani a maggior rischio. Con il rilassamento di misure di contenimento, può abbassarsi l'età del contagio. Nei bambini malattie lievi, anche se in aumento Sindrome Infiammatoria Sistemica
- *Altri fattori* (fumo, dipendenze). Teoricamente potrebbero interferire con l'accesso ai Servizi Sanitari. Effetto indiretto: aumento dei consumi con rischio di danni /morti correlate

Come applicare la matrice di equità

Non c'è nulla di più ingiusto che fare parti uguali tra diseguali (don Milani)



Fattori che contribuiscono alla non equità.

Tipo di occupazione

Fattori che generano «non equità»	Perché si verifica la «non equità»	Possibili interventi per ridurre la «non equità»
Tipo di occupazione	Differente rischio di esposizione: <ul style="list-style-type: none">▪ Operatori sanitari▪ Operatori «essenziali»▪ Operatori che non possono lavorare in smartworking e/o che hanno elevati contatti sociali▪ Agricoltori migranti specie se convivono in aree confinate▪ Soggetti che viaggiano molto per lavoro	<ul style="list-style-type: none">▪ Popolazioni con «priorità» per la vaccinazione▪ Vaccinare in setting «differenti» (mobile clinic, luogo lavoro)▪ Ridurre l'esposizione (maschera, lavaggio mani, distanziamento)

Fattori che contribuiscono alla non equità. Presenza di patologia cronica

Fattori che generano «non equità»	Perché si verifica la «non equità»	Possibili interventi per ridurre la «non equità»
Condizioni pre-esistenti (<i>malattie croniche, immunocompromissione, gravidanza, disabilità</i>)	Rischio di evoluzione severa di COVID-19 se <ul style="list-style-type: none">▪ Patologia cronica associata▪ BMI >40▪ Gravidanza▪ Disabilità: differente esposizione per<ul style="list-style-type: none">○ difficoltà nell'adottare misure di prevenzione○ residenza in strutture sanitarie	<ul style="list-style-type: none">▪ Popolazioni con «priorità» per la vaccinazione▪ Vaccinare in sedi e con modalità «atipiche»:<ul style="list-style-type: none">○ Ambulatori per il follow up di soggetti con patologia cronica○ Mobile clinic○ Luogo di residenza▪ Rafforzare le misure di prevenzione per ridurre l'esposizione

Fattori che contribuiscono alla non equità.

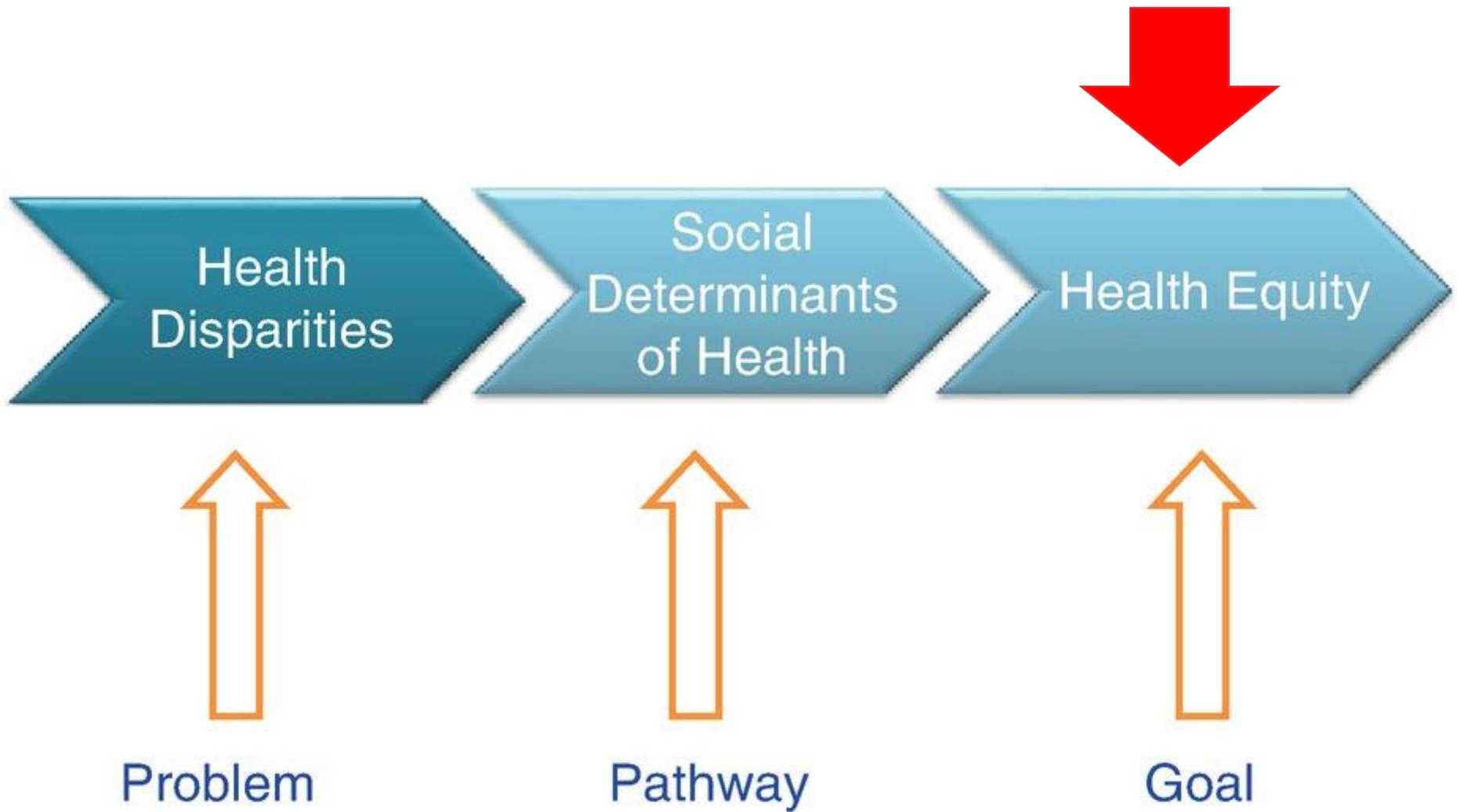
Razza, etnia

Fattori che generano «non equità»	Perché si verifica la «non equità»	Possibili interventi per ridurre la «non equità»
Razza <i>(comprese differenti etnie, migranti, rifugiati)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Maggiori tassi di COVID-19, oltre che di malattia severa▪ E' dimostrato:<ul style="list-style-type: none">○ Ridotto accesso ai Servizi Sanitari per possibile stigma, discriminazione○ minor tasso di vaccinati per malattie prevenibili○ minor propensione alla vaccinazione anti COVI▪ Viaggi internazionali: maggior esposizione di rifugiati, lavoratori migranti▪ Lavori precari: più rappresentati i migranti	<ul style="list-style-type: none">▪ Politiche contro il razzismo e in difesa dei diritti di gruppi minoritari▪ Favorire l'accesso a test e vaccinazione (es. mobile clinic) senza incrementare stigma e discriminazione▪ Coinvolgere Referenti di comunità nella definizione del piano di vaccinazione▪ Diffondere materiale informativo multilingue e con differenti media▪ Disponibilità di interpreti▪ Rafforzare le misure di prevenzione per ridurre l'esposizione

Fattori che contribuiscono alla non equità.

Sede di residenza

Fattori che generano «non equità»	Perché si verifica la «non equità»	Possibili interventi per ridurre la «non equità»
Sede di residenza <i>(rifugi per homeless, residenze per lungodegenti, distanza da Servizi Sanitari, sovraffollamento, etc)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Differente esposizione : evidenza di eventi epidemici in residenze per lungodegenti, ospedali, prigioni, etc.▪ Epidemie con coinvolgimento di maggior numero di persone osservati in comunità rurali remote▪ Maggiori difficoltà nell'adottare misure di protezione da parte di chi vive in aree sovraffollate (lavoratori migranti, senza tetto, abitazioni multigenerazionali, specie se in aree remote, rurali)	<ul style="list-style-type: none">▪ Popolazioni con «priorità» per la vaccinazione▪ Uso di mobile clinic per raggiungere sedi remote▪ Fornire dispositivi di protezione per ridurre l'esposizione▪ Coinvolgere Referenti di comunità per favorire la vaccinazione▪ Programmi e politiche che rafforzino le conoscenze di popolazioni emarginate allo scopo di favorire l'accesso ai Servizi Sanitari



Attuare politiche per rimuovere vulnerabilità nelle condizioni di vita e di lavoro

- *Eliminare il lavoro «occasionale»* specie se l'impegno è nel lungo periodo
- *Reddito di base universale*, pensioni di sicurezza sociale, assistenza all'infanzia nei posti di lavoro, congedi parentali, etc
- *Programmi di protezione sociale* per chi:
 - ha perso il posto di lavoro; è caduto in povertà; ha dovuto interrompere gli studi; non ha cibo ...

Tassazione progressiva e controllo di flussi finanziari illeciti

- Politiche fiscali Nazionali che assicurino maggior tassazione per chi ha redditi più elevati
- Fare in modo che le Società vengano tassate nei Paesi in cui operano

Accesso equo a tecnologie COVID-19

- *Non solo vaccini*, ma anche ossigeno, Dispositivi di Protezione Individuale, test diagnostici, medicinali.
- *Supporto a COVAX*: iniziativa delle Nazioni Unite per una collaborazione innovativa globale volta ad accelerare la produzione e l'accesso equo a test diagnostici, terapie e vaccini contro COVID-19

Rafforzare la raccolta dati e i sistemi di informazione sanitaria

- Disponibilità tempestiva di dati di alta qualità (disaggregati per sesso, ricchezza, istruzione, etnia, razza, genere e luogo di residenza) è la chiave per capire dove esistono le disuguaglianze e affrontarle
- Lo stato di salute di gruppi «emarginati»
 - Può essere mascherato, se utilizzate medie nazionali
 - Ha maggiore probabilità di essere assente dai dati.

Investire nell'assistenza sanitaria di base

- *Favorire l'accesso* ai Servizi Sanitari di base
- *Evitare tagli* alla spesa per la salute e ad altri settori sociali
- *Incrementare* il numero di operatori sanitari per migliorare la copertura sanitaria.
- *Democratizzare* il processo decisionale su Servizi Sanitari e uso di tecnologie mediche
 - *coinvolgere Referenti di comunità* in pianificazione, monitoraggio, attuazione dei programmi

LSE-Lancet Commission on the future of the NHS: re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19



Implementing High-Quality Primary Care
A Report From the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine

VIEWPOINT

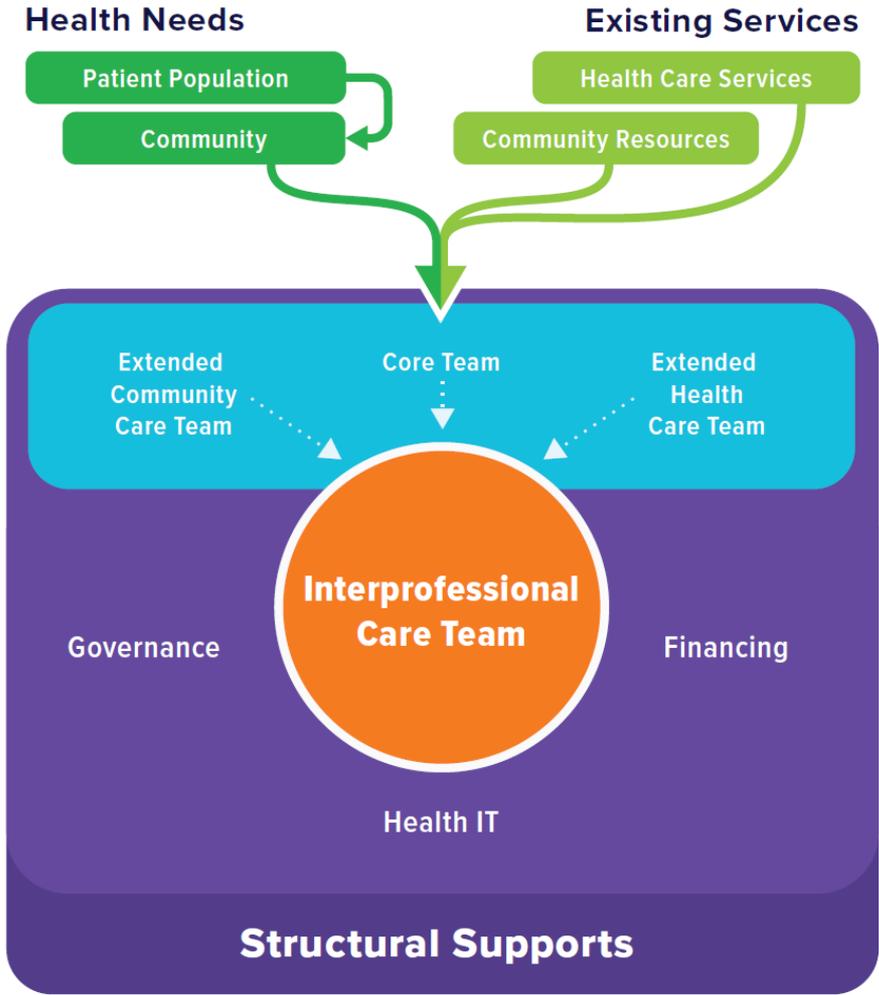
Il cambiamento in
sanità





- Core Team
- Extended Health Care Team
- Extended Community Care Team

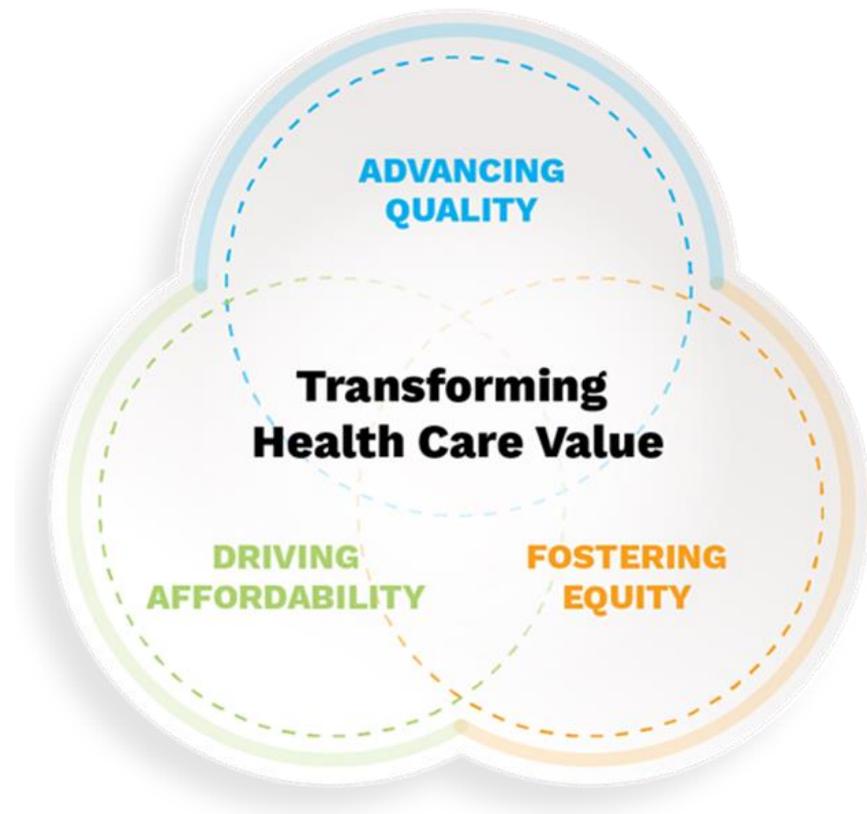
Equità = multidisciplinarietà + Interprofessionalità



Conclusioni

- La pandemia COVID-19 ha colpito più duramente gruppi che affrontano discriminazioni e ingiustizie storiche
- Condizioni di vita e di lavoro, contrassegnate da povertà e sfruttamento, hanno incrementato i rischi per la salute
- Sistemi di supporto per rispondere a questa crisi si sono rivelati inadeguati
- Molti Governi (principalmente autoritari) hanno utilizzato la pandemia per minare ulteriormente i diritti civili e umani

Conclusioni



- Un mondo post-COVID-19 deve garantire equità, giustizia sociale, solidarietà e uno spostamento dell'equilibrio *potere - risorse* verso coloro che vivono in condizioni di maggiore povertà ed emarginazione



ASPIC ODV Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso

Sede c/o Centro SERVIZI Vol.To, Via Giolitti 21, 10123 Torino CF. 97574720013
www.aspicodv.com +39 3343898714 aspicodv@gmail.com

RIFERIMENTI

- World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. WHO, 1978. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation*. World Health Organization, 2008. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Progress plus. <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>
- De Salbo B et al. Public Health COVID-19 Impact Assessment: Lessons Learned and Compelling Needs. <https://nam.edu/public-health-covid-19-impact-assessment-lessons-learned-and-compelling-needs/>
- Paremoer L et al. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n129.long>
- Mc Cauley et al. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. <https://www.nap.edu/catalog/25983/implementing-high-quality-primary-care-rebuilding-the-foundation-of-health>
- Shainoor JI et al. Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. <https://gh.bmj.com/content/6/1/e004087>
- Mathur R et al. Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19- related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00634-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00634-6/fulltext)
- Anderson M et al. LSE–Lancet Commission on the future of the NHS: re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00232-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00232-4/fulltext)