

Marco Del Riccio e Virginia Casigliani

Questa pandemia ci mostra le fragilità delle nostre società: non manchiamo l'occasione di lavorare per ridurre le diseguaglianze e per proteggere la salute di tutti e tutte per questa emergenza e soprattutto per quelle che verranno.

Le catastrofi possono dilatare le diseguaglianze sociali e sanitarie, oppure possono essere l'occasione per aumentare la coesione sociale e migliorare la salute complessiva della popolazione. Questo secondo scenario è descritto da Amartya Sen a proposito di quanto avvenne nel Regno Unito nel periodo della Seconda Guerra Mondiale, e in particolare al decennio 1940-1951. In questo periodo, che vide il Regno Unito prima alle prese con una guerra distruttiva contro la Germania e poi con una difficile fase di ricostruzione, si verificò una rapida espansione della speranza di vita della popolazione, attribuito da Sen alle politiche di supporto promosse dai governi di allora: la condivisione dei mezzi di sopravvivenza, inclusa la condivisione dell'assistenza sanitaria e delle limitate risorse alimentari (attraverso il razionamento e i sussidi nutrizionali). I radicali provvedimenti del governo britannico per l'equa distribuzione del cibo e dell'assistenza sanitaria risultarono estremamente efficaci perché affrontarono le difficoltà materiali provocate dalla guerra, generando nel contempo un diffuso senso di coesione sociale tra la popolazione[1].

La pandemia da Covid-19 è stata paragonata a una guerra per i suoi effetti distruttivi sulla salute delle popolazioni e sull'economia ma non ha avuto l'effetto descritto da A. Sen, anzi sta provocando un terribile allargamento delle diseguaglianze sociali e sanitarie, che si traducono in maggiore numero di morti e malati, di persone sofferenti di fame e di emarginazione nei gruppi di poveri e vulnerabili della popolazione. Questo per due fondamentali ragioni:

1. **Il nemico non è immediatamente visibile** e non suonano le sirene di allarme quando si avvicina (allora le persone nei rifugi si accalcavano e la vicinanza reciproca dava sicurezza, a differenza di oggi dove l'altro è visto come un pericolo).
2. **Il governo, lo stato, non è così forte, presente e attivo nel mitigare le diseguaglianze sociali e intervenire prontamente nel soccorso dei gruppi più poveri, più precari, più vulnerabili** (operatori sanitari compresi)[2]. Diciamo: non sono alle viste figure come Winston Churchill (a capo di un governo di unità nazionale), William Beveridge (che progettò durante la guerra un sistema di welfare universalistico) e Aneurin Bevan (che mise in moto il NHS).

In alcuni contesti internazionali più di altri, l'epidemia di Covid-19, capace di insinuarsi e diffondersi tra le maglie di reti sociali e sanitarie non troppo salde, ci ricorda dolorosamente quanto le diseguaglianze di salute possano colpire e mettere a rischio tutti in molti modi[3].

Le assicurazioni sanitarie

Gli Stati Uniti sono un esempio del perché le diseguaglianze razziali, economiche e di altro genere ci rendono più suscettibili alle pandemie. Il 45% degli adulti statunitensi di età compresa tra i 19 e i 64 anni non è adeguatamente assicurato e 44 milioni di persone sono, per motivi economici, *underinsured* (cioè si avvalgono di assicurazioni sanitarie che non coprono completamente le spese sanitarie) a partire dal 2018, il che comporta spese e costi elevati, che possono mettere a rischio le risorse economiche di milioni di famiglie[4]. Alla comparsa di sintomi compatibili con quelli del COVID-19, queste persone saranno meno predisposte a cercare assistenza medico-sanitaria per paura di non potersela permettere, o lo faranno in ritardo, solo quando estremamente necessario, facilitando quindi la diffusione tra familiari, amici, colleghi e infine interi gruppi di persone. Non stupisce infatti che **la mortalità per Covid-19 negli Stati Uniti sia sproporzionatamente più elevata fra gli afroamericani**, che hanno in media un'incidenza maggiore di malattie come il diabete o problemi cardiovascolari, che correlano con un outcome peggiore, e che spesso hanno una peggiore assicurazione sanitaria (vedi [Covid-19 e USA: diseguaglianza su base etnica](#)).

Le condizioni socio-abitative

Queste considerazioni si aggravano se pensiamo che più di 2 milioni di americani non hanno l'acqua corrente a casa e moltissimi non dispongono neanche di un impianto idraulico interno, soprattutto in gruppi come le comunità latino-americana e afro-americana[5].

Per i Paesi a più basso reddito, come alcuni Paesi di Africa e Asia, tali problemi possono essere la norma piuttosto che l'eccezione: basti pensare che circa il 40% della popolazione mondiale soffre di scarso accesso all'acqua potabile. Anche un gesto semplice, come lavarsi le mani, non è possibile per tutti e tutte allo stesso modo.

I sistemi educativi

In Italia, come molti altri Stati dell'Europa e degli Stati Uniti, le scuole e le università sono ormai chiuse da settimane. In alcuni casi manca la tecnologia per l'educazione virtuale e questo comporta disagi e ritardi nel normale svolgimento dei programmi educativi: in Italia ben un terzo delle famiglie non ha un PC o un tablet, e

questo determina un'importante barriera per il diritto allo studio di bambini, bambine e adolescenti. Ma la situazione è ben più grave se pensiamo che molte famiglie dipendono dalle scuole per l'alimentazione e la supervisione diurna per i bambini più piccoli e per gli alloggi per gli studenti più grandi. Adesso alcune di esse (molte, in alcuni Paesi) si ritrovano senza soluzioni e con la normale organizzazione economica e familiare del tutto sconvolta.

Le comunità immigrate e le minoranze etniche e sociali

Queste comunità, in alcuni casi prive di risorse di base come l'accesso all'assistenza sanitaria e timorose di subire ritorsioni, hanno pochi incentivi a segnalare i sintomi di Covid-19. In molti paesi, sono costretti a condizioni anguste e sovraffollate che li espongono al traffico di esseri umani, alla violenza sessuale e fisica, oltre alle malattie trasmissibili tra cui il Covid-19 non è escluso. Tali condizioni si possono ritrovare in altre comunità emarginate e dimenticate, come la nostra popolazione carceraria che soffre da anni gli effetti del sovraffollamento e dove i casi, tanto fra i detenuti quanto fra gli agenti penitenziari, sono in aumento[6]. Queste comunità sono quelle colpite per prime e più duramente. Nel frattempo, le correnti politiche nazionaliste che promuovono xenofobia e razzismo guadagnano forza come in tutto il mondo, contribuendo alla paura, alla sfiducia e alla riluttanza a lavorare insieme verso un obiettivo comune.

Come affrontare le disuguaglianze

Sono emerse diverse raccomandazioni dirette ad affrontare le disuguaglianze per migliorare la nostra preparazione alle emergenze per le pandemie virali.[7] Alcune sono di semplice buon senso, come identificare le popolazioni svantaggiate prima di una pandemia per affrontare gli ostacoli alla cura, altre più utopiche (ad esempio, sviluppare accordi internazionali per consentire la distribuzione tempestiva dei vaccini ai gruppi svantaggiati)[8]. Sfortunatamente siamo tanto pronti a rispondere ad una crisi quando è alto il rischio per la nostra sicurezza e per i nostri cari, quanto rapidi a dimenticare quando la crisi è passata e il problema diventa "dell'altro". **La nostra tendenza a distanziarci da coloro che consideriamo alieni o intrinsecamente diversi da noi mette tutti in pericolo.** È un fraintendimento fondamentale di un rischio che è sempre presente e che può essere mitigato solo attraverso un'efficace pianificazione di emergenza, che richiede fiducia e un comune denominatore di impegno per la nostra umanità condivisa. Le pandemie ci stanno dimostrando quanto labili siano i nostri confini e quanto soltanto la cooperazione e la solidarietà fra gli stati possano essere l'unica strada efficace.

La task force del Massachusetts

Riconoscendo il divario significativo nella nostra preparazione alle disuguaglianze, lo stato del Massachusetts negli Stati Uniti ha creato una task force che convoca parti interessate da molti settori diversi, dalla sanità all'istruzione. L'obiettivo è sviluppare rapidamente una serie di raccomandazioni politiche incentrate sull'affrontare l'onere sproporzionato che Covid-19 avrà sulle popolazioni svantaggiate.

Una serie di potenziali approcci per aiutare i lavoratori a basso salario, le persone appartenenti a minoranze etniche, gli immigrati, gli anziani, le persone con disabilità e altri gruppi storicamente oppressi meritano tutti di essere presi in considerazione. Alcuni sono specifici per gli Stati Uniti, che ad esempio, a differenza di altre nazioni ad alto reddito con assistenza sanitaria universale, devono anche considerare se offrire trattamenti gratuiti e vaccini.

Altri potenziali approcci potrebbero essere rilevanti per tutti gli stati e i Paesi.

Questi includono:

- il finanziamento di organizzazioni di comunità per supportare le popolazioni immigrate;
- indennità economiche, congedo retribuito, congedo parentale, altre forme di supporto economico;
- il miglioramento dei servizi igienico-sanitari nelle strutture di quarantena come gli alberghi sanitari, nelle case di cura, nei rifugi, nelle carceri, nei centri di detenzione e per coloro i quali vivono in strada;
- fornire assistenza a supporto delle necessità di base come cibo per le persone in quarantena;
- offrire la consegna o il ritiro gratuito dei pasti per i bambini;
- sostenere i programmi di assistenza nutrizionale affinché le persone abbiano cibo per supportare una quarantena di 14 giorni;
- favorire l'accesso alle cure e all'assistenza per le persone con disabilità che hanno visto i loro servizi chiusi o limitati;
- accelerare l'accesso a Internet a banda larga alle comunità rurali per aumentare le opportunità di lavoro virtuale;
- indirizzare finanziamenti ad agenzie governative e dipartimenti sanitari per coprire costi imprevisti.

Altri approcci possono guardare alla prevenzione della prossima pandemia. Ad

esempio, un aumento degli investimenti nelle attività di prevenzione dei senzatetto e degli stranieri senza regolare permesso di soggiorno migliorerà la capacità di individui e famiglie di affrontare le emergenze della salute pubblica come le malattie infettive.

Questa pandemia ci mostra nuovamente le fragilità delle nostre società: non manchiamo l'occasione di lavorare per ridurre le disuguaglianze e per proteggere la salute di tutti e tutte per questa emergenza e soprattutto per quelle che verranno.

Marco Del Riccio, Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Firenze

Virginia Casigliani, Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Pisa

Bibliografia

1. Sen A. Lo sviluppo è libertà. Mondadori 2001, p. 55
2. Berger ZD, Evans NG, Phelan AL, and Silverman RD. Covid-19: control measures must be equitable and inclusive. BMJ 2020; 368 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1141>
3. Resnick A, Galea S, Sivashanker K. [Covid-19: The painful price of ignoring health inequities](#). BMJ 2020
4. Collins S, Bhupal H, Doty M. Health Insurance Coverage Eight Years After the ACA: Fewer Uninsured Americans and Shorter Coverage Gaps, But More Underinsured (Commonwealth Fund, Feb. 2019). <https://doi.org/10.26099/penv-q932>
5. Roller Z, Gasteyer S, Nelson N, Lai W, Shingne M. [Closing the Water Access Gap in the United States: A National Action Plan. Dig Deep and U.S. Water Alliance](#), 2019. Accessed March 12th, 2020
6. [Coronavirus, il contagio si estende nelle carceri italiane: positivi 58 detenuti e 178 agenti di custodia](#). Corriere della Sera, 08.04.2020.
7. Farrell J, Venator, J. [Paid Sick Days Work for U.S. Employees and Employers \(Center for American Progress, Aug. 2012\)](#). Accessed March 12th, 2020
8. Quinn SC, Kumar, S. Health inequalities and infectious disease epidemics: a challenge for global health security. Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science 2014; 12(5), 263–273. <https://doi.org/10.1089/bsp.2014.0032>

