

Per il SARS-CoV-2 non siamo tutti uguali



Enrico Valletta, Martina Fornaro

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

*Why are all the angels white?
Why ain't there no black angels?*
MUHAMMAD ALI, 1983

Da sempre le calamità naturali danno scarsa mostra di imparzialità nel loro accadere. Le inondazioni spazzano via le baracche ma risparmiano i piani alti degli alberghi per turisti, i terremoti abbattano le case costruite con materiali poveri e senza i più costosi criteri antisismici, le carestie colpiscono i Paesi dove il tessuto economico e sociale è più fragile e precario e le epidemie si accaniscono là dove le condizioni igieniche e le strutture sanitarie sono carenti e la densità della popolazione più elevata. La Grande Pestilenza, sbarcata in Sicilia nel 1347 e diffusasi alla velocità di 4 km al giorno fino alle più lontane latitudini del Nord Europa, rallentò la sua natura pandemica dopo avere sterminato il 40% della popolazione europea, colpendo con particolare durezza gli strati più derelitti e malnutriti della popolazione e trasmettendosi con implacabile letalità (100%) da persona a persona soprattutto all'interno degli agglomerati urbani [1,2]. Più recentemente, alcune pandemie virali (SARS, influenza stagionale, H1N1) hanno mostrato un'evidente predilezione per le minoranze etniche e per le popolazioni più svantaggiate, con pesanti conseguenze in termini di morbilità e mortalità [3,4]. Una quota sempre più consistente di letteratura epidemiologica sul SARS-CoV-2 e sul suo corrispettivo clinico, Covid-19, si sta focalizzando sugli aspetti legati alle disuguaglianze etniche e socioculturali che renderebbero alcune fasce di popolazione a più elevato rischio di contagio, malattia e morte. È questo un fenomeno non nuovo – come abbiamo già detto – ma che desta preoccupazione in tutto il mondo per le dimensioni stesse dell'attuale pandemia e per la necessità di comprenderne meglio le dinamiche epidemiologiche in un'ottica di prevenzione, protezione, sostegno e forse anche di terapia. Non bisogna dimenticare le conseguenze degli enormi costi complessivi di Covid-19: ogni punto percentuale perso per l'economia globale significa oltre 10 milioni di persone in tutto il mondo che varcano la soglia della po-

vertà e vedono accrescere il proprio rischio di ammalarsi [2]. In alcuni Paesi la descrizione di questi fenomeni ha già raggiunto un sufficiente livello di evidenza, con peculiarità e specificità caratteristiche nelle diverse regioni del mondo.

Cosa accade in Gran Bretagna

La stampa scientifica britannica e più recentemente lo stesso Ministero della Salute hanno riconosciuto che la popolazione appartenente alle minoranze etniche, e in particolare a quella nera e asiatica (BAME: Black, Asiatic and Minority Ethnic), mostra un tasso di morbilità e mortalità per Covid-19 significativamente più elevato di quello della popolazione autoctona bianca [3,5-9]. I numeri, in questo senso, sembrano parlare chiaramente. In Inghilterra, tra il 16 marzo e il 3 maggio 2020, le etnie nere e sudasiatiche avevano un rischio relativo (RR) di contagio rispettivamente pari a 3,35 e 2,42, rispetto alla popolazione bianca britannica, con un rischio più elevato, all'interno dell'etnia asiatica, per la popolazione pakistana (RR 3,24) [2]. Lo stato di indigenza socioeconomica e la bassa scolarità erano a loro volta associati a un maggiore rischio (RR ≥ 2) d'infezione e di ricovero in ospedale. Le minoranze etniche costituiscono il 14% della popolazione britannica, ma rendono conto del 34% dei ricoveri per Covid-19 in area critica [10]. Tranne che per l'etnia bianca di origine inglese e irlandese, pressoché tutti i gruppi appartenenti alle etnie BAME (pakistani, bengalesi, neri caraibici e neri africani) hanno registrato una mortalità significativamente superiore a quella attesa sulla base del profilo d'età (Figura 1) [6]. I dati più recenti (12 giugno) indicano che nelle aree più povere dell'Inghilterra e del Galles la mortalità per Covid-19 (1 marzo-31 maggio) era rispettivamente 128,3 e 109,5/100.000 abitanti, circa il doppio (58,8 e 57,5/100.000) di quella registrata nelle zone a più elevato livello socioeconomico [8].

Si avverte la forte necessità che le rilevazioni ufficiali diano evidenza di queste differenze all'interno della struttura sociale britannica. Senza trascurare elementi di predisposizione etnica nei confronti delle

forme più gravi di Covid-19, è ragionevole ipotizzare che l'appartenenza a gruppi minoritari possa concretizzarsi in condizioni socioeconomiche, sanitarie (anche di morbosità preesistenti), abitative, culturali e religiose strettamente interdipendenti e tali da determinare un'evidente situazione di svantaggio nei confronti del rischio infettivo e delle sue più gravi complicanze. E il dibattito, come era prevedibile, è ormai uscito dalle stanze dell'epidemiologia e della clinica per coinvolgere i livelli politici e decisionali più elevati del Governo e del sistema sanitario britannici [9,11].

Negli Stati Uniti, il quadro è ancora più complesso

Come spesso accade, la struttura sociale e le caratteristiche dell'assistenza sanitaria statunitense rendono più evidenti e tendono a estremizzare le criticità legate al tema delle disuguaglianze. A partire dalla pandemia influenzale del 1918-19, gli Stati Uniti mantengono una lunga tradizione di incremento di morbilità e mortalità per le minoranze etniche in occasione di epidemie influenzali, parainflenzali, da virus respiratorio sinciziale o per le infezioni respiratorie in genere. Neri, ispanici, indiani apache e nativi dell'Alaska hanno un maggiore rischio di ammalarsi e di essere ricoverati in ospedale rispetto ai bianchi non ispanici (di qui in poi, solo bianchi) [4]. In occasione della pandemia da H1N1, gli indiani e gli alaskani nativi hanno sperimentato un maggiore rischio di ammalarsi (RR 2,6), di essere ricoverati (RR 2-4) e di morire (RR 4) rispetto alla popolazione bianca. Il dato, relativo alla maggiore fragilità delle popolazioni indigene, trova riscontro anche in Canada, Nuova Zelanda e Australia, sia per gli adulti che per i bambini, e si suppone possa essere legato a elevata presenza di comorbidità (diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione, asma), peggiore stato di salute complessivo, maggiore esposizione ambientale, minore diffusione delle vaccinazioni, svantaggio socioeconomico e ridotto accesso a servizi sanitari di qualità.

Se altrove si parla di "disuguaglianze", la società statunitense si deve confrontare con un vero e proprio "razzismo del siste-

ma” che limita l’accesso alle informazioni e all’assistenza sanitaria per ampie fasce di popolazione, esponendole altresì a una peggiore qualità del lavoro, dell’ambiente, dell’alimentazione e delle condizioni di vita nel loro complesso [4,12]. L’epidemia di SARS-CoV-2 irrompe in una comunità estremamente variegata e notoriamente ineguale, portando con sé un potenziale di ulteriore disgregazione e penalizzazione per i settori più deboli della società i cui effetti già oggi iniziano a manifestarsi.

In Illinois il 37% dei casi con Covid-19 e il 45% dei relativi decessi è a carico degli afroamericani, nonostante questi rappresentino solo il 16% della popolazione e analoghi dati provengono da Michigan, Missouri, Carolina del Nord e Carolina del Sud (Figura 2) [13,14]. Nel Distretto di Columbia la mortalità tra i neri è 6 volte più alta che tra i bianchi, in Kansas e in Wisconsin 5 volte, in Michigan e Missouri 4 volte. Complessivamente, pur rappresentando il 12,4% della popolazione statunitense, rispondono del 23,8% della mortalità per Covid-19 su scala nazionale. Nel Tennessee, i neri sintomatici hanno meno probabilità di essere sottoposti al tampone e, d’altra parte, i servizi diagnostici sono prevalentemente ubicati in prossimità delle comunità bianche. La Nazione Navajo ha registrato un’incidenza di Covid-19 superiore a quella della città di New York [15]. A questo si aggiunga che dal 2010 al 2018 i neri americani avevano il 50% e gli ispanici il 250% di probabilità in più rispetto ai bianchi di non avere un’assicurazione sanitaria. I nativi americani, così come le popolazioni indigene in tutto il mondo, soffrono di peggiori condizioni di salute, hanno una più elevata mortalità materno-infantile, una ridotta aspettativa di vita e i servizi sanitari a loro dedicati sono generalmente sottodimensionati.

Altrove la situazione non è molto diversa

Nei Paesi dove esistono quote apprezzabili di minoranze etniche e dove è possibile raccogliere dati disaggregati di morbilità e mortalità, le evidenze confermano che il Covid-19 colpisce in maniera diseguale. In Norvegia, la comunità somala ha una frequenza di infezione 10 volte superiore (1.586/100.000) a quella degli autoctoni (140/100.000). Analogamente, in Svezia, gli immigrati da Somalia, Siria ed Iraq hanno un tasso di contagio particolarmente elevato [13].

In Israele desta preoccupazione la situazione epidemiologica tra gli ebrei ultraortodossi (Haredi) (12% della popolazione) e gli arabi (20% della popolazione) in un Paese dove la mortalità per Covid-19 si man-

tiene decisamente bassa (2,6/100.000) [16]. Per consuetudini culturali e credo religioso gli ebrei ultraortodossi costituiscono una comunità molto coesa attorno alle proprie figure-guida, con nuclei familiari numerosi (tasso di fertilità 7 figli/donna), basso tasso di occupazione e alto tasso di povertà, scarso accesso ai servizi sanitari, ridottissimo uso dei moderni mezzi di comunicazione e rigide regole di comportamento che i provvedimenti preventivi nei confronti della pandemia hanno scalfito solo in parte e con notevole ritardo. Il risultato è stata una rapida diffusione dell’infezione nelle città prevalentemente abitate dagli ebrei ultraortodossi (10% dei soggetti testati) [17].

Se la comunità arabo-israeliana, nel suo complesso e sotto la guida dei propri leader religiosi, ha mostrato una buona osservanza delle disposizioni per il contenimento dell’epidemia (molti di loro lavorano nelle strutture sanitarie), lo stesso non si può dire della popolazione beduina del Negev che agli inizi di maggio mostra-

va un tasso di positività superiore al 10%. Povertà culturale ed economica, alta densità abitativa, scarso controllo sanitario e intensa vita comunitaria hanno probabilmente contribuito alla diffusione dell’infezione.

Vale lo stesso anche per gli staff sanitari?

La predilezione del Covid-19 per le minoranze etniche sembra confermarsi anche all’interno del personale del sistema sanitario britannico (NHS). Alla metà di maggio, il 63% del personale socio-sanitario deceduto dopo aver contratto l’infezione apparteneva alle etnie BAME, proporzione tre volte superiore alla loro effettiva presenza nel NHS [18]. Erano BAME il 94% dei medici e il 76% degli infermieri/ostetriche deceduti. La gran parte di loro erano immigrati di prima generazione nati fuori dalla Gran Bretagna. Particolarmente colpiti appaiono gli infermieri di origine filippina, il 3,8% del personale complessivo ma il 22% dei paramedici deceduti.

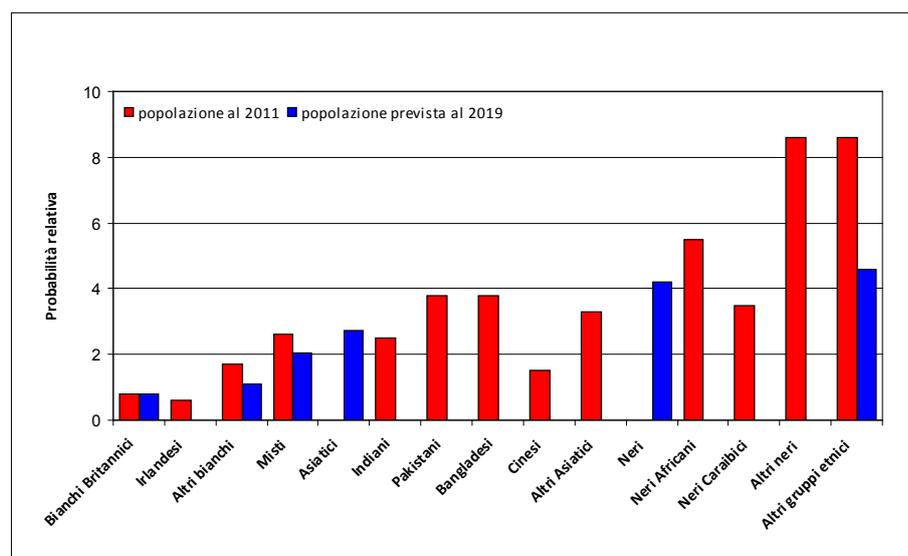


Figura 1. Probabilità relativa di morte per Covid-19 negli ospedali in Gran Bretagna [6].

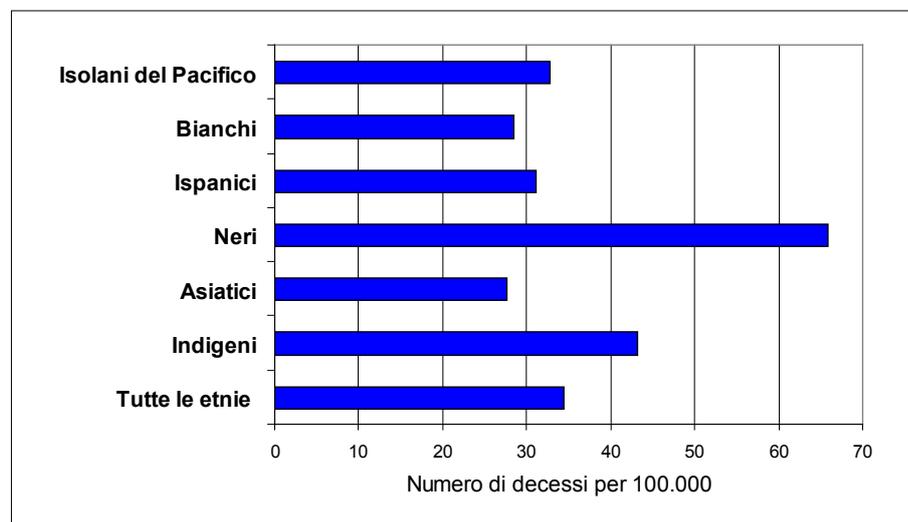


Figura 2. Tasso di mortalità per Covid-19 negli Stati Uniti (aggiornato al 23 giugno 2020) [14].

Le cause di questo eccesso di mortalità negli staff sanitari BAME sono, verosimilmente, diverse da quelle già discusse per la popolazione generale e comunque difficilmente ascrivibili a motivi di pura predisposizione etnico-genetica. Sia che si tratti di sovraesposizione, di diversa percezione del pericolo o di insufficiente protezione dei gruppi a evidente maggiore rischio, il riproporsi anche in ambito sanitario di questo fenomeno desta, comprensibilmente, preoccupazione e richiesta di grande attenzione a livello sanitario e politico [18-22].

Il SARS-CoV-2 approfitta delle disuguaglianze e ne crea altre

La notizia che il SARS-CoV-2 fosse partito dalla Cina ha fatto sì che, in tutto il mondo, le minoranze cinesi e più in generale asiatiche fossero immediatamente considerate alla stregua di moderni "untori". I mezzi di comunicazione riportano manifestazioni di intolleranza e aggressività, individuale o di gruppo, nei confronti dell'etnia cinese a Sheffield, Berlino, New York e Toronto [23]. In Australia, così come in Europa, cinesi che indossavano la mascherina protettiva sono stati oggetto di discriminazione, senza considerare che per molti asiatici l'uso quotidiano della mascherina è una consuetudine ormai consolidata da ben prima che il SARS-CoV-2 comparisse. Queste differenze e incomprensioni culturali hanno fatto sì che, all'estero, un cinese su quattro abbia sperimentato forme di esclusione sociale nei luoghi pubblici così come nei campus universitari. Uguale trattamento, entro i confini cinesi, è stato riservato ai cittadini e persino alle automobili provenienti da Wuhan e dalla Provincia di Hubei indipendentemente dal loro reale rischio infettivo. Lo stigma sociale, indotto dal timore dell'infezione e dell'ignoto, può avere conseguenze gravi anche dal punto di vista del contenimento dell'epidemia, inducendo le persone a disattendere le disposizioni di prevenzione e a evitare di accedere ai servizi sanitari se ammalate.

Non meno rilevanti sono le connessioni tra SARS-CoV-2 e disuguaglianze economiche, perché se è vero che le posizioni economiche più favorevoli non eliminano il rischio di infezione, è altrimenti probabile che quelle più sfavorevoli lo possano di molto aumentare [24]. C'è ragione di credere che il peggiore stato di salute e l'incremento delle patologie croniche che si accompagnano alla condizione di (relativa) povertà costituiscano fattore aggravante per il Covid-19. Condizioni di impiego precarie, usuranti o scarsamen-

te protette e situazioni igienico-sanitarie o abitative inadeguate possono vanificare qualsiasi provvedimento di distanziamento sociale e di prevenzione individuale e collettiva. Le ulteriori e ormai già incombenti difficoltà economiche causate direttamente o indirettamente dalla pandemia non potranno che peggiorare la situazione sociale e - là dove il sistema di cure non abbia carattere universalistico - sanitaria. Nel 2018 il 32,8% della popolazione europea e il 34,4% di quella italiana si trovava in una condizione di deprivazione economica; scivolare da qui alla povertà, ampliandone grandemente il ventaglio delle disuguaglianze, è un rischio concreto di cui l'attuale pandemia sta avendo la responsabilità.

Per concludere, dobbiamo riconoscere che le stesse misure contenitive poste inizialmente in essere per limitare la diffusione del virus - in sintesi, il lockdown - hanno inciso esse stesse sul tema delle disuguaglianze rischiando di prolungarne l'effetto nel tempo. La protratta chiusura delle attività economiche e - per quanto ci riguarda più da vicino - delle scuole ha creato un potenziale ulteriore divario tra chi ha potuto contare su adeguati mezzi economici, culturali e informatici propri e chi, al contrario, se ne è trovato improvvisamente sprovvisto o scarsamente dotato. Essere consapevoli di tutto questo può aiutarci a limitare le conseguenze negative di un'emergenza che, proprio per il fatto di non riconoscere confini, richiede uno sforzo collettivo di solidarietà internazionale [25].

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Duncan CJ, Scott S. What caused the Black Death? *Postgrad Med J*. 2005 May;81(955):315-20.
2. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread Covid-19. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e240.
3. Niedzwiedz CL, O'Donnell CA, Jani BD, et al. Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank. *BMC Med*. 2020 May 29;18(1):160.
4. Myers, EM. Compounding Health Risks and Increased Vulnerability to SARS-CoV-2 for Racial and Ethnic Minorities and Low Socioeconomic Status Individuals in the United States. Preprints 2020.
5. Butcher B, Massey J. Why are more people from BAME backgrounds dying from coronavirus? 19 June 2020, www.bbc.com.
6. De Noronha N. Why are more black and minority ethnic people dying from Covid-19 in hospital? Blog, Covid-19, Health & Care. <https://raceequalityfoundation.org.uk/>.
7. Singh I, Chand K, Singh A, Kandadi KR. Time for a culture change: understanding and

reducing risk, morbidity and mortality from COVID-19 in those of black and minority ethnicity. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020 May 2;81(5):1-4.

8. O'Dowd A. Covid-19: People in most deprived areas of England and Wales twice as likely to die. *BMJ*. 2020 Jun 12;369:m2389.
9. Patel P, Hiam L, Sowemimo A, et al. Ethnicity and covid-19. *BMJ*. 2020 Jun 11;369:m2282.
10. Peate I. Why are more BAME people dying from COVID-19? *Br J Nurs*. 2020 May 28;29(10):545.
11. Dodds C, Fakoya I. Covid-19: ensuring equality of access to testing for ethnic minorities. *BMJ*. 2020 May 29;369:m2122.
12. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S28-40.
13. Yaya S, Yeboah H, Charles CH, et al. Ethnic and racial disparities in COVID-19-related deaths: counting the trees, hiding the forest. *BMJ Glob Health*. 2020 Jun;5(6):e002913.
14. APM Research Lab Staff. The color of coronavirus: Covid-19 deaths by race and ethnicity in the U.S. 2020, June 24, www.apmresearchlab.org.
15. Curtice K, Choo E. Indigenous populations: left behind in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020 Jun 6;395(10239):1753.
16. Waitzberg R, Davidovitch N, Leibner G, et al. Israel's response to the COVID-19 pandemic: tailoring measures for vulnerable cultural minority populations. *Int J Equity Health*. 2020 May 19;19(1):71.
17. Saban M, Shachar T, Miron O, Wilf-Miron R. Effect of socioeconomic and ethnic characteristics on Covid-19 infection: The case of the Ultra-Orthodox and the Arab communities in Israel. *Research Square* 2020, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-32401/v1>.
18. Kearney L, Lennane S, Woodman E, et al. At least 23 nationalities among NHS staff killed by covid. *Health Serv J*. 2020 May;19, www.hsj.co.uk
19. Papineni P, Harrison T, Mutuyimana J. Ethnicity and covid-19: analysis must be inclusive and transparent. *BMJ*. 2020 Jun 1;369:m2166.
20. Kar P. Covid-19 and ethnicity-why are all our angels white? *BMJ*. 2020 May 5;369:m1804.
21. Rimmer A. Covid-19: Two thirds of health-care workers who have died were from ethnic minorities. *BMJ*. 2020 Apr 23;369:m1621.
22. CDC COVID-19 Response Team. Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 - United States, February 12-April 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Apr 17;69(15):477-81.
23. He J, He L, Zhou W, et al. Discrimination and Social Exclusion in the Outbreak of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 23;17(8):2933
24. Franzini M. Il Covid-19 e le disuguaglianze economiche. 2020 Aprile 8, www.questionegiustizia.it.
25. WHO-UNICEF- Lancet Commissioners. After COVID-19, a future for the world's children? *Lancet*. 2020 Aug 1;396(10247):298-300.