

COVIDnar on vulnerabilities and COVID-19  
WHO Europe Regional Office

**SINTESI WEBINAR**  
**22 ottobre 2020 -**

**Sir MARMOT – COVID-19, vulnerability and inequalities – WHO Europe  
Regional Office**

Introducono il dott. Francesco Zambon e la dott.ssa Natasha Azzopardi Muscat di OMS Europa.

La dott.ssa Azzopardi spiega che l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS si pone due priorità principali durante l'emergenza Covid-19 e di fronte a questa seconda ondata:

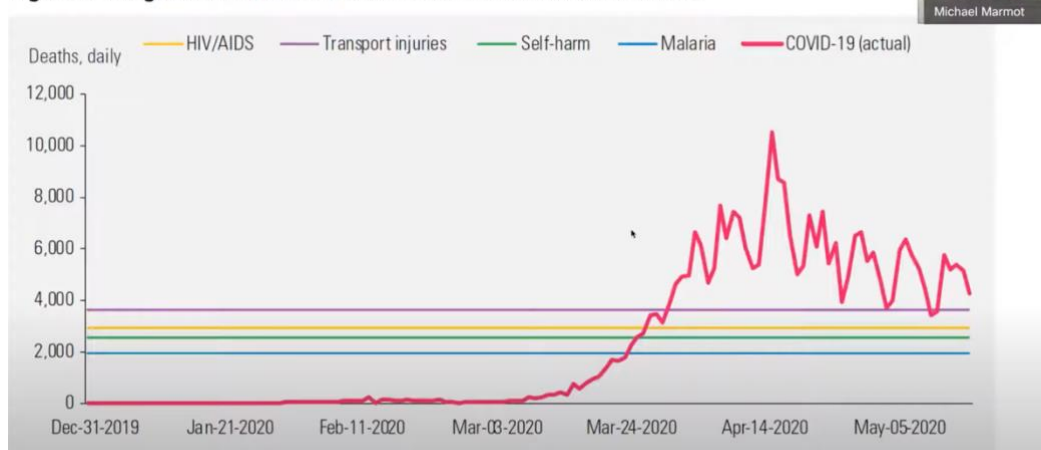
- 1) Non lasciare nessuno indietro
- 2) Rinforzare e dare supporto alle autorità sanitarie

L'Ufficio di Venezia, di cui il dott. Zambon è il riferimento in tema di salute, è ad oggi quasi totalmente focalizzato sul tentativo di "non lasciare nessuno indietro". Lo sforzo di portare avanti la salute di tutti con la stessa velocità ed intensità per ogni gruppo e fascia di popolazione è diventato un punto sempre più fondamentale a causa del Covid-19, e ancora di più lo sarà alla fine dell'emergenza sanitaria quando andremo incontro alle conseguenze di medio-lungo termine.

Intervento di Sir Marmot: Global Health Equity and the Pandemic

L'intervento si focalizza sulle disegualianze di salute pre e post Covid-19.

Figure 1. The global burden of disease: COVID-19 versus other causes



Source: Human Development Report Office calculations based on data from ourworldindata.org (accessed 29 April 2020).

Mostra come il Covid abbia assunto un peso elevatissimo all'interno carico complessivo di malattie su scala mondiale, e abbia di conseguenza avuto un impatto molto significativo sullo "Human Development Index (HDI)", un indice utilizzato dall'ONU che misura lo sviluppo umano costituito da tre dimensioni principali: l'aspettativa di vita, il livello di istruzione ed il reddito. Questo indice ha avuto una crescita costante a partire dagli anni '90 per poi iniziare a rallentare sensibilmente a partire dalla crisi economica del 2008. A seguito dell'emergenza sanitaria in corso, si prevede un ulteriore crollo dell'HDI, con un impatto molto più marcato nei paesi che già partono da un livello di sviluppo più basso.

Si tratta di un rischio analogo – ma più su larga scala- di quanto accaduto in passato per altre catastrofi naturali. Un esempio è l’Uragano Maria che colpì Portorico: in quel caso a distanza di due mesi dall’evento si registrò un aumentato livello di mortalità molto più significativo nei gruppi socioeconomici più poveri. Un discorso simile può essere previsto per quanto riguarda il Covid, che **espone e amplifica le diseguaglianze** in modo estremamente marcato.

Il libro di Marmot “The health gap” mette al centro queste tematiche, domandandosi “Perché curare le persone per poi rimandarle a casa nelle stesse condizioni che le avevano fatte ammalare?”. In questo senso un ruolo centrale viene assunto dalla copertura sanitaria universale, che tutte le persone del settore ritengono fondamentale, ma che diventa ancor più vitale durante una pandemia.

In Inghilterra, l’allora Primo Ministro Gordon Brown aveva domandato come applicare concretamente le scoperte e le raccomandazioni emerse dal lavoro sulle diseguaglianze, pertanto Marmot realizzò la cosiddetta “Marmot Review”. Sono ormai passati 10 anni dalla Marmot Review, pertanto a febbraio di quest’anno, in occasione dell’anniversario, ci si è guardati indietro per riflettere e domandarsi cosa fosse successo e cosa fosse cambiato in un decennio. La risposta, secondo Marmot, è lapidaria: “Abbiamo perso un decennio. E si vede”.

Dal 2010 infatti ha smesso di crescere, registrando un appiattimento della curva, l’aspettativa di vita.

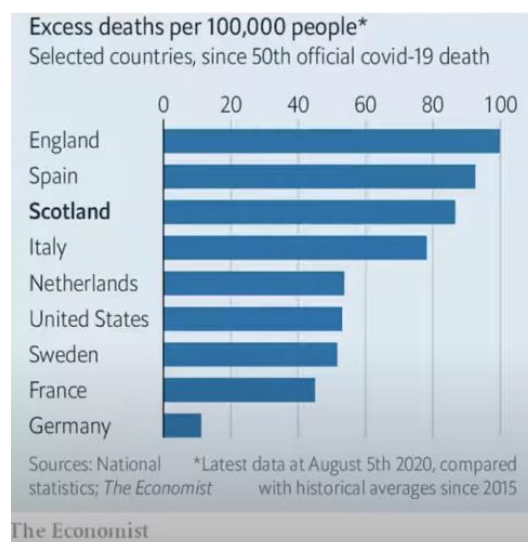
Ci si è dunque domandati cosa fosse successo nel 2010. Hanno influito degli eventi specifici, come ad esempio il fatto che nel Regno Unito sia cambiato il governo e differenti politiche possono aver avuto un’influenza, oppure è stato raggiunto una sorta di picco massimo dell’aspettativa di vita che non permette un’ulteriore crescita? L’ipotesi relativa al raggiungimento di un picco sembra non essere credibile, dal momento che in tutti gli altri paesi, ad eccezione degli USA e dell’Islanda, la curva relativa all’aspettativa di vita sta crescendo più rapidamente che nel Regno Unito.

L’elemento che davvero fa la differenza è l’ingiustizia sociale. Marmot ha lavorato a lungo sulla tesi per cui, se la salute di una società non migliora, significa la società intera non migliora. Ha inoltre documentato come le diseguaglianze di salute siano cresciute di pari passo con il divario sociale.

Nelle donne più povere che vivono fuori Londra l’aspettativa di vita non solo non sta più crescendo, ma sta addirittura scendendo.

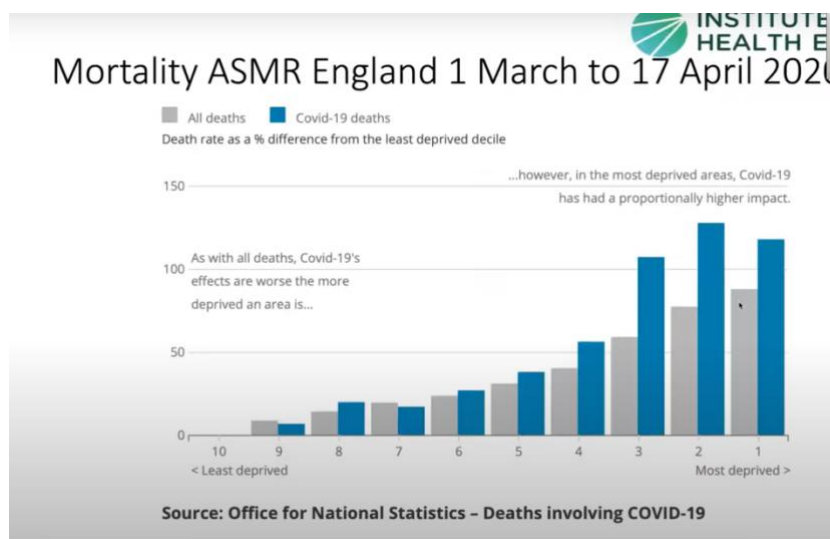
L’eccesso di mortalità durante la pandemia viene calcolato sulla base del tasso di mortalità nei 5 anni precedenti e ci dice quanto sono aumentati i decessi rispetto ai numeri attesi normalmente. Si sceglie di utilizzare questo dato perché più attendibile nel confrontare la situazione nei diversi paesi, in quanto il mero numero di decessi causa Covid-19 è influenzato dalle diverse modalità di attribuzione e registrazione delle cause di morte.

Facendo riferimento all’ Inghilterra l’eccesso di mortalità è risultato essere il più alto di tutti i paesi europei, ed è maggiore anche rispetto alla Scozia ed agli USA. Al contrario, un paese che in cui le cose stanno andando molto meglio è la Germania, con un eccesso di mortalità più contenuto.



Alla luce di questo Marmot ipotizza che vi sia un collegamento tra il fatto che l'Inghilterra fosse al primo posto in Europa in termini di rallentamento della crescita dell'aspettativa di vita pre-pandemia, e sia ora anche al primo posto in termini di eccesso di mortalità a causa del Covid-19. Questi due tristi primati sembrano essere entrambi indicatori del fatto che la società inglese non stia andando bene.

La salute dunque segue un gradiente sociale, e questo è confermato anche dal fatto che nelle aree più povere e deprivate il Covid abbia un impatto maggiore, e che la mortalità per Covid sia più alta nelle aree povere in modo proporzionale a quanto in quelle aree già normalmente la mortalità sia più alta che in altre zone. Nei gruppi di popolazione più poveri la mortalità è più alta rispetto alle aree più benestanti, sia in generale, sia per Covid. La differenza proporzionale pre e post Covid si mantiene, anzi, per Covid il divario è ancora più ampio.



Ciò significa che le cause delle disuguaglianze di salute associate Covid-19 sono sovrapponibili alle cause di disuguaglianze di salute in senso più generale.

Dunque ci si domanda: il Covid-19 è causato da un virus, ma quali sono quindi “le cause delle cause”? Le cause delle disuguaglianze che fanno sì che alcune persone siano più esposte di altre? Le cause delle disuguaglianze che determinano forme della malattia più severe in alcuni? Queste cause delle cause sono appunto molto simili a quelle legate alla salute in generale.

L'eccesso di mortalità causa Covid nelle aree più povere dipende in larga parte dalle stesse cause per cui in quelle zone la mortalità è più alta in generale, anche se nel caso del Covid il divario si amplia perché il Covid mette in gioco anche cause aggiuntive, che non rientrano nelle cause generali. Ad esempio, il fatto di essere un lavoratore in prima linea nell'emergenza (infermieri, OSS, ecc.) ed il fatto di vivere in contesti abitativi affollati e multigenerazionali. Questi due elementi, più frequentemente riscontrati nelle zone più povere, non rappresentano normalmente un fattore di rischio mentre lo sono per il Covid. Tuttavia questi due elementi spiegano solo in parte la maggiore mortalità per Covid nei gruppi più poveri, che è invece largamente spiegata da fattori comuni alle disuguaglianze di salute generali. Pensiamo ad esempio all'etnia, influisce?

I dati mostrano una mortalità per Covid estremamente più alta nelle donne inglesi di colore (ma anche pakistane o bengalesi). Tuttavia, se il dato statistico viene corretto per la variabile della povertà, scopriamo che la gran parte di quella mortalità non è dovuta all'etnia bensì alla povertà stessa.

Similmente, le malattie pre-esistenti (cardiache, diabetiche, polmonari, ecc.) sono un potenziale fattore di rischio, ma i dati mostrano come il fatto di vivere in abitazioni affollate, la povertà ed il fatto di essere operatori in prima linea abbiano un impatto assai più alto sul rischio di forme severe/mortalità da Covid.

Tutto ciò significa che le raccomandazioni inserite nella Marmot Review del 2010 (sovrapponibili alla review europea sui determinanti sociali) non sono applicabili solo alle cause delle disuguaglianze di salute in generale, ma sono applicabili anche al Covid-19.

Le raccomandazioni sono le seguenti:

- 1) Dare a ogni bambino il giusto “inizio” nella vita. (riferimento all’educazione)
- 2) Mettere tutti i bambini, i giovani e gli adulti nelle condizioni di massimizzare le loro capacità e avere controllo sulle loro vite
- 3) Creare condizioni di lavoro giuste e un posto di lavoro adeguato per tutti
- 4) Assicurare a tutti degli standard di vita salutari (riferimento al fatto che tutti dovrebbero avere un reddito minimo per vivere dignitosamente)
- 5) Creare e sviluppare spazi e comunità salutari e sostenibili
- 6) Rinforzare il ruolo e l’impatto della prevenzione in tema di salute (riferimento a una prevenzione che abbia un approccio basato sui determinanti sociali di salute)

Tuttavia, in Inghilterra dopo il 2010 si è andati in una direzione opposta. Il nuovo governo infatti ha ridotto sistematicamente la spesa per i servizi pubblici, che hanno visto una riduzione costante in termini percentuali sul totale del PIL. Inoltre, questi tagli sono stati fatti in modo sconsiderato, senza una logica attenta alle determinanti sociali bensì, al contrario, andando a tagliare nelle zone più povere. Si tratta di una logica regressiva e ingiusta, perché laddove erano più grandi i bisogni, più grandi sono stati i tagli.

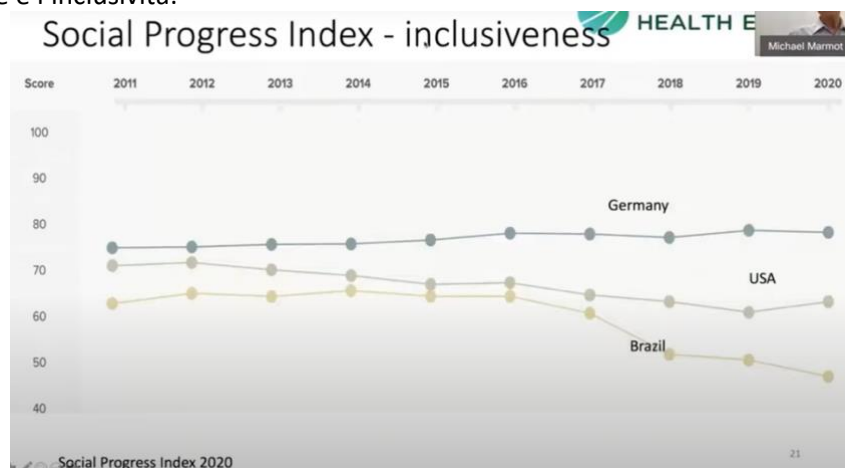
Prendendo l’esempio dell’educazione, quale è stato l’effetto del lockdown sull’educazione? È stato chiesto agli insegnanti se i ragazzi fossero rimasti indietro in termini di apprendimento durante il lockdown. Le risposte mostrano come i docenti che insegnano nelle scuole più povere e svantaggiate abbiano rilevato una perdita di conoscenze e apprendimenti durante il lockdown molto più marcata ed amplificata rispetto alle scuole dei ceti più ricchi. Anche questo mostra come il Covid abbia estremizzato le disuguaglianze già presenti: sono aumentati i bambini che vivono in povertà e si sono amplificate le difficoltà educative. Nei paesi a basso sviluppo è cresciuta considerevolmente anche la dispersione scolastica causata dal Covid (già dalle primarie). Tutte queste disuguaglianze, esisteranno nel futuro in disuguaglianze di salute.

Ancora una volta dunque: la pandemia, e la risposta della società alla pandemia stessa, espone e amplifica le disuguaglianze.

Nella questione scolastica gioca un ruolo fondamentale anche l’accesso ad internet. Dagli anni 70 ad oggi infatti, il tasso di bambini che non vanno a scuola stava scendendo, tuttavia a causa del Covid questo numero è salito e salirà molto. Questo effetto può essere però in gran parte mitigato se si attuano delle politiche che garantiscano l’accesso ad internet in modo eguale all’interno della popolazione, riducendo il divario digitale tra i gruppi di popolazione che già hanno accesso ad internet e quelli che non possono usufruirne.

Un altro indice indicativo per fotografare la situazione è il “Social Progress Index”, Indice di Progresso Sociale di cui Marmot illustra alcuni indicatori.

Il primo indicatore è l’inclusività:



Marmot illustra i valori relativi all'inclusività di tre paesi, selezionati in virtù di come hanno gestito la pandemia: la Germania, che ha gestito molto bene il Covid, gli USA in cui la gestione è stata disastrosa, ed il Brasile in cui è stata persino peggiore.

Si nota come per la Germania nell'ultimo decennio l'indicatore sia rimasto stabile e sia addirittura in crescita, mentre in USA ha iniziato a scendere a partire dalla fine del 2016, quando è stato eletto Trump. Anche in Brasile si assiste a un crollo dovuto a problemi politici ancora più gravi.

Qualcosa di analogo è avvenuto per un altro indicatore dell'Indice di progresso sociale: la sicurezza personale. Anche in questo caso la Germania si mantiene stabile mentre vi è un crollo per USA (marcata dal 2017) e Brasile (che già partiva da livelli assai più bassi).



Pur entrando nel campo della speculazione non avendo dati certi a sostegno di questa tesi, Marmot ritiene che il fattore comune che può spiegare questi andamenti sia l'ingiustizia sociale.

Tornando alla tesi per cui la qualità della società si riflette nella salute della popolazione, questi cattivi andamenti in termini di progresso sociale, sono riflessi nella pessima gestione del Covid.

Concludendo dunque, servono società meglio organizzate, che rispondano ai bisogni dei loro cittadini.

Per usare le parole non di un filosofo, ma del Ministero delle finanze della Nuova Zelanda: "Serve un approccio volto al benessere, che metta le persone in grado di avere le capacità di cui hanno bisogno per vivere delle vite con un significato, un equilibrio e degli obiettivi per loro significativi".

### Spunti tratti dalle domande/dibattito

- C'è speranza di qualche miglioramento da qui ai prossimi 10 anni? Ottimisticamente le cose potranno migliorare solo se tutti noi metteremo energie, attenzione e cura nel non lasciare nessuno indietro. Se dopo la pandemia l'obiettivo sarà quello di tornare alle cose com'erano prima, si commetterà un errore enorme.
- Il fatto che l'eccesso di mortalità si riduca correggendo il dato per povertà e svantaggio socioeconomico si riscontra non solo in Inghilterra, ma anche altrove. Lui lo ha rilevato ad esempio in USA, Canada e in generale in tutte le Americhe. Bisogna sempre guardare "alle cause delle cause", e quando serve anche "alle cause delle cause delle cause delle cause...". Quando tutti si occupavano solo di far passare il messaggio di lavarsi frequentemente le mani, lui continuava invece a focalizzarsi su un tema apparentemente scollegato dalla pandemia quale il razzismo strutturale. Ciò avveniva proprio in concomitanza degli eventi relativi a George Floyd ed alle successive proteste. Il punto è che il razzismo è una causa di svantaggio e povertà, che a loro volta sono causa dell'eccesso di mortalità. Bisogna sempre risalire alla radice perché la si trova anche più a monte delle cause socioeconomiche.

Si è visto ad esempio che le persone di colore, asiatiche o caraibiche sono più a rischio per il Covid. Ma risalendo alla causa della causa vediamo come i caraibici, ad esempio, abbiano più di frequente occupazioni di prima linea nel gestire l'emergenza e vivano più spesso in abitazioni affollate e multigenerazionali.

- Ritiene che vi sia qualche tentativo serio ed intersettoriale volto a combattere queste “cause delle cause”, dal momento che sono le stesse sia per il Covid, sia per le diseguaglianze in generale? In alcuni casi è stata espressa qualche preoccupazione in relazione alle cause socioeconomiche sottostanti, e ciò si intravede ad esempio nel tentativo di mantenere il lavoro delle persone. Tuttavia può affermare che alcune regioni si sono attivate in questo senso, ma non dei governi nazionali. Ad esempio nel regno unito la regione di Manchester si stava già dedicando da tempo al contrasto alle diseguaglianze sociali pre-pandemia, ed ha continuato a farlo nel modo giusto durante il Covid. Suppone che qualcosa di analogo stia avvenendo in altre regioni in Europa.
- Cosa si può fare nel breve periodo, durante il lockdown o comunque in piena pandemia? Un elemento che è stato rilevato è l'aumento dei sintomi depressivi. Pur non basandosi su evidenze ma su ipotesi, si può affermare che durante il primo lockdown c'è stata molta solidarietà sociale tra le persone, non solo per proteggere sé stessi e la propria famiglia ma anche la comunità intera. E questo ha aiutato come fattore protettivo per la salute mentale. In seguito però la gestione della pandemia si è fatta sempre più confusa: in Inghilterra il governo ha dato segnali discordanti, riaprendo ed invitando la gente a uscire quando ancora i casi positivi non erano terminati e generando confusione, soprattutto visto che ora siamo ripiombati nel dramma. Oppure ad esempio, si è proposto di fare lockdown più rigidi nel nord del paese dove la gente tornava dalle vacanze in montagna. Questo tipo di iniziative e messaggi vanno a minare il senso di solidarietà sociale. Nella seconda ondata infatti ci si aspetta una crescita dei problemi di salute mentale e delle violenze domestiche, anche a causa di questo ridotto senso di solidarietà sociale. Servono quindi, ancora una volta, azioni generali che vadano ad incidere sulle diseguaglianze di salute e sui determinanti sociali.
- È necessario aumentare la spesa pubblica per l'accesso ad internet, per la strumentazione digitale, per mettere al centro l'health equity. Non ha senso in questa fase preoccuparsi della rettitudine fiscale, dato che nei paesi che controllano la propria moneta gli interessi sono a zero e lo stato può permettersi di spendere. Nell'eurozona invece deve intervenire l'Unione Europea per agevolare questi investimenti.
- Durante il lockdown abbiamo applaudito i lavoratori dell'assistenza sanitaria, i lavoratori di prima linea, o gli operatori delle RSA. Queste persone però continuano ad avere contratti a termine e stipendi bassi. Non abbiamo dato loro denaro, contratti, dpi e sicurezza. Lo stesso vale per gli autisti di autobus, i lavoratori dei supermercati, ecc... La società non ne ha tutelato la sicurezza in alcun modo, mentre invece dirigenti e amministratori delegati continuano a guadagnare cento volte quello che è il salario minimo. Ancora una volta il problema risiede nelle diseguaglianze sociali.

LINK ALL'INTERVENTO INTEGRALE SU YOUTUBE:

<https://www.youtube.com/watch?v=ahICIDa1fY8&feature=youtu.be>

SINTESI A CURA DI Claudia Meroni

*ATS Milano Città Metropolitana - UOS Prevenzione Specifica*

*nell'ambito delle attività di supporto regionale alla DG Welfare - UO Prevenzione -  
Struttura Stili di vita per la prevenzione - Promozione della salute – Screening”*