



Un punto di vista

Discriminazioni e criticità nell'accesso alle cure (dati internazionali e nazionali)

INTERNAZIONALI

A livello internazionale, le statistiche evidenziano un maggiore impatto di COVID-19 su popolazioni in condizioni di minoranza etnica e più povere.

Dall'inizio della pandemia le statistiche **USA** dicevano che il tasso di mortalità tra gli afro-americani era il doppio di quello dei bianchi, perché più esposti al contagio e più colpiti da malattie croniche (dati agosto 2020: 40/100.000 per i "white"; 80/100.000 per i "black").

La popolazione afro-americana corrisponde al 13% dell'intera popolazione ma al 26% dei morti COVID-19; ad esempio nella Contea di Milwaukee: i residenti neri sono il 26% ma la percentuale dei decessi arriva al 73% del totale – maggio 2020).

La popolazione nera si è trovata in prima linea durante la prima ondata perché *più coinvolta in lavori essenziali, più soggetta a malattie croniche, più esposti a forme gravi di COVID-19, meno coperti dall'assicurazione sanitaria, soprattutto più poveri* (reddito medio di una famiglia "black" 17.150 dollari, di una famiglia "white" 171.000).

In **Inghilterra** il tasso di mortalità per 100.000 abitanti è stato più alto tra i "black" che tra i "white" con un rapporto di 2/1 per il genere femminile e 3/1 per il genere maschile: 486/100.000 le donne nere e 220/100.000 le donne bianche; 649/100.000 gli uomini neri e 224/100.000 gli uomini bianchi.

Le disuguaglianze di salute nell'impatto di COVID-19 si sono replicate nell'accesso alla vaccinazione. I dati di Stati Uniti e Regno Unito ci dicono che discriminazione e razzismo influenzano la salute.

NAZIONALI

Anche in **Italia** si è registrata una sproporzione di impatto di salute per la popolazione straniera, ad esempio un **maggiore rischio di morte** nei pazienti provenienti da paesi a basso Indice di Sviluppo Umano: 1,32> di quello dei pazienti italiani ed un ritardo di diagnosi (15-30 gg).

Nei centri di accoglienza, la possibilità di accesso alle misure di prevenzione e di contenimento del contagio sono state (soprattutto inizialmente) a carico degli enti gestori senza indicazioni da parte delle Istituzioni.

Per la gestione di casi positivi: il 60% si è organizzato attraverso una soluzione "fai da te", solo il 28% ha potuto accedere a trasferimenti in strutture messe a disposizione dagli enti locali.

Per la gestione dei casi sospetti, le soluzioni applicate includevano: 5% trasferimento in struttura dedicata istituita dalla Regione, 7% in struttura istituita dal Comune, 9% in struttura istituita dalla ASL; 46% isolamento in stanza singola in struttura dell'organizzazione; 26% tampone e isolamento interno alla struttura; 7% richiesta e attesa di indicazioni (dati di giugno 2020). Nell'autunno del 2020 ancora: oltre il 70% aveva potuto gestire casi positivi che non necessitavano di ospedalizzazione attraverso soluzioni individuate a proprio carico; il trasferimento in strutture per positivi allestite dalle autorità sanitarie o dalle Istituzioni pubbliche rimane residuale (27% dei casi).

Nel complesso le soluzioni individuate hanno permesso di contenere il rischio di contagio nelle strutture (tra marzo e ottobre 2020 incidenza di casi positivi pari al 4,2%).

Le incertezze descritte oggi si stanno riproducendo anche sull'accesso ai vaccini.

(Per le fonti dei dati qui riportati si faccia riferimento al volume - luglio 2021)