

<https://dottoremaeveroche.it>

Un progetto della Federazione Nazionale Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO)

Di fronte al SARS-CoV-2 siamo tutti uguali?

Di fronte alle malattie non siamo tutti uguali e il caso del SARS-CoV-2 non fa eccezione.

L'articolo è stato pubblicato
il 24 marzo 2020
sul sito <https://dottoremaeveroche.it/>

In rete è diventato molto popolare un meme satirico che vorrebbe dimostrare che la malattia causata dal nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) è "democratica": in sostanza, la drammatica emergenza di queste settimane starebbe facendo apprezzare il Servizio Sanitario Nazionale, innescando misure di tutela della salute pubblica condi-

visive a livello internazionale, facendo riflettere sulla fragilità dell'economia di mercato e, infine, dimostrando che di fronte alla malattia siamo tutti uguali. Forse le prime tre affermazioni sono vere ma la quarta è sicuramente sbagliata. Di fronte alle malattie non siamo tutti uguali e il caso del SARS-CoV-2 non fa eccezione.

Perché di fronte al SARS-CoV-2 non saremmo tutti uguali?

Se il virus non facesse distinzioni gli anziani morirebbero nella stessa misura dei giovani. Invece, secondo lo studio condotto dal Centro per il controllo delle malattie della Repubblica Popolare Cinese e pubblicato a fine febbraio 2020 su un'importante rivista medica statunitense, su 100 persone di età superiore agli 80 anni che si ammalano ne muoiono oltre 14, mentre se consideriamo i dati nella popolazione generale i morti sono poco più di 2. Precisamente, nello studio citato, nel 2,3% degli oltre 44 mila casi confermati al momento della pubblicazione l'esito della malattia è stato infausto e ha visto la morte del malato. Ma la percentuale sale al 14,8% tra le persone di età superiore agli 80 anni¹.

Quindi, una prima differenza riguarda l'età: di fronte alla malattia le persone anziane sono più vulnerabili di giovani e adulti.

A proposito, in Italia la letalità a causa di SARS-CoV-2 è maggiore che in altri Paesi?

«La letalità stratificata per fasce di età non è più alta di quella di altri Paesi», sottolinea Graziano Onder, direttore del dipartimento di Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità. «Scontiamo un'età media molto alta e una percentuale significativa della popolazione che ha più patologie, un fattore che aumenta il rischio di morte»².

Quella relativa alla letalità di giovani e anziani di fronte al virus è l'unica differenza?

No: come abbiamo detto, di fronte al SARS-CoV-2 sono le persone che già soffrono di altre malattie a essere più in pericolo. Il tasso di letalità – ricordiamo che con questa espressione si indica il numero di decessi per la malattia in relazione al numero di persone che hanno contratto quella stessa patologia – è più elevato nelle persone che soffrono di malattie cardiovascolari (il 10,5% non sopravvive) o nei malati di diabete (la mortalità è circa del 7%). Maggiore letalità anche nelle persone con malattie respiratorie croniche (il 6% circa), con ipertensione (6%) e nei malati di cancro (5,5% circa).

La maggiore fragilità dell'anziano di fronte alla malattia dipende solo dalle sue condizioni di salute?

No, dipende anche dal contesto sociale e dagli stili di vita della popolazione. Dobbiamo tenere in considerazione che le persone anziane vivono oggi in contesti familiari in cui spesso mancano i giovani. Delle famiglie italiane composte da persone sole, circa la metà (48%) è composta da anziani di 65 e più anni e in un terzo dei casi a vivere in solitudine è un anziano di oltre 75 anni³. Vista da un'altra angolatura, questa preoccupante realtà ci dice che più della metà degli ultra 84enni vive sola.

Nel momento in cui l'emergenza sanitaria che stiamo vivendo ha imposto il decreto battezzato #iorestoacasa dallo stesso Presidente del Consiglio dei ministri, la maggiore protezione garantita con il cosiddetto "distanziamento sociale" alle persone più fragili porta inevitabilmente con sé la probabilità di un ulteriore isolamento delle

Nello studio prima citato, nelle persone che non erano portatrici di altre malattie il tasso di letalità della SARS-CoV-2 era inferiore all'1% (0,9%)¹.

La maggiore gravità del SARS-CoV-2 nella popolazione anziana è coerente con una situazione che vede l'invecchiamento della popolazione tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, quali per l'appunto quelle cardiovascolari, il diabete, le malattie polmonari croniche ostruttive e i tumori³.

persone anziane. Occorre ricordare che più di un anziano su tre prova dolore fisico, da moderato a molto forte, almeno una volta al mese e quasi uno su quattro ha gravi limitazioni motorie⁴: è del tutto evidente come queste condizioni rendano gli anziani più dipendenti da familiari giovani o da vicini coetanei ma in migliore salute.

La solitudine, dunque, comporta un maggior rischio per la salute. Può anche favorire l'insorgenza o l'aggravarsi di disturbi psichici (ansia e depressione, in primo luogo) o cognitivi (perdita di memoria, demenza, malattia di Alzheimer). Questi disturbi, a loro volta, possono avere un impatto negativo anche sulla salute cardiovascolare o sul metabolismo: pensiamo per esempio al rischio di dimenticare l'assunzione regolare di medicinali o ai pericoli di un'alimentazione non bilanciata⁵.

Ci sono altre differenze nella probabilità di ammalarsi oltre quella dovuta all'età?

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità evidenziano una più elevata letalità nei maschi in quasi tutte le fasce di età. Nella fascia di età superiore ai 90 anni il numero di casi di genere femminile supera quello dei casi di genere maschile probabilmente per la struttura demografica della popolazione².

La differenza di genere nella distribuzione dei casi di CoViD-19 e nella letalità potrebbe dipendere anche da determinanti di tipo culturale. In altre parole, da aspetti legati agli stili di vita e alle abitudini di ciascuna popolazione, anche all'interno di una stessa nazione. Come ha scritto Frank M. Snowden – storico della università di Yale negli Stati Uniti e autore di un importante libro sulle epidemie⁶ – «ogni società produce le proprie vulnerabilità specifiche. Approfondire queste debolezze è capire la struttura di quella società, il suo tenore di vita e le sue priorità politiche». Possibili spiegazioni della più elevata vulnerabilità degli anziani maschi di fronte al coronavirus potrebbero essere nella loro maggiore disponibilità a socializzare frequentando spazi comuni come bar, circoli ricreativi, bocciofile. Beninteso, attualmente queste sono solo ipotesi di ricerca.

Ma la pandemia di CoViD-19 potrebbe avere anche altre conseguenze, non direttamente legate alla salute, che potrebbero colpire la popolazione in modo non omogeneo, aumentando ulteriormente le disuguaglianze sociali ed economiche.

Quali possono essere queste ulteriori conseguenze?

Come sappiamo, la pandemia sta penalizzando radicalmente l'economia italiana come quella di altri Paesi. Non solo riducendo la domanda di beni e servizi. Di fronte all'emergenza, alcune grandi industrie hanno deciso di chiudere temporaneamente le proprie catene di punti vendita, a partire da quelli situati nelle città maggiormente colpite dalla diffusione del virus.

La diffusione della malattia influisce anche sull'offerta. Ha già causato difficoltà nell'approvvigionamento di beni a causa della sospensione della produzione industriale in alcune nazioni (per esempio in certe regioni della Repubblica Popolare Cinese) e di difficoltà nella circolazione delle merci che limita l'approvvigionamento di materie prime. Ma, soprattutto, oltre alla sospensione di molte attività commerciali si assiste alla chiusura se non altro temporanea di alcuni importanti impianti industriali. Tante di queste decisioni sono dovute al desiderio di tutelare la salute dei lavoratori, ma in molti casi il motivo è nella determinazione a non incrementare scorte di prodotti che potrebbero rivelarsi invendibili nell'immediato futuro.

I lavoratori precari, vale a dire con contratti a tempo determinato (3 milioni di persone) o con partita IVA (5 milioni e duecentomila) sono tra i più esposti alle conseguenze della crisi, anche perché molti di loro – specialmente i giovani occupati con contratti a termine – sono (o meglio erano) attivi nel settore della ristorazione, tra i più colpiti dalla crisi attuale.

Tutto ciò determinerà certamente un peggioramento delle condizioni sociali ed economiche dei ceti medi e delle classi sociali a basso reddito. Come leggiamo in un post pubblicato dal Forum per i diritti e le disuguaglianze, è importante evitare «il rischio che la narrazione prevalente eviti i problemi profondi che produrrà questa situazione sui giovani, i precari, i migranti e altri gruppi già in difficoltà. La narrazione mediatica per ora dà una lettura semplicistica di quanto sta accadendo, senza porre attenzione alle disuguaglianze e alle diversità⁷. E ancora: «Invece di analizzare e raccontare con obiettività i rischi reali cui gli anziani e i malati cronici e in genere i soggetti più fragili (non solo per condizioni di salute, ma anche per assenza di supporto familiare e/o sociale) sono esposti, si presenta un pericolo generico e monolitico come se epidemiologicamente, economicamente e socialmente parlando, avessimo tutte e tutti lo stesso grado di vulnerabilità».

C'è, infine, un problema dovuto all'impatto di misure sicuramente opportune come la chiusura delle scuole e musei o l'incentivazione dello smart-working da parte delle imprese. Misure, però, che possono avere conseguenze molto differenti su lavoratori e famiglie che vivono in contesti diversi, senza che a chi si trova in contesti caratterizzati da maggiore complessità sia data la possibilità di mitigare i disagi.

È possibile fare qualcosa per mitigare le conseguenze economiche e sociali della pandemia?

In molte città sono stati avviati interessanti esperienze di volontariato che hanno l'obiettivo di prestare supporto ad anziani e disabili impossibilitati a uscire per fare la spesa o per il ritiro di ricette o per acquistare medicine o altri generi di prima necessità. È fondamentale, però, che queste attività siano coordinate dalle autorità locali o da persone che abbiano esperienza nel Terzo settore per garantire la gratuità del sostegno, la sicurezza nei confronti delle persone servite e il rispetto delle norme igieniche nel trasporto. Sul sito www.covid19italia.info possiamo avere una panoramica delle iniziative in atto in diverse città italiane. «Le reti di mutuo soccorso si stanno moltiplicando furiosamente sulle piattaforme di social media dinamiche e sovraccariche», ha scritto la blogger Laurie Penny su Wired⁸. «I vicini che non si sono mai scambiati più di qualche frase si domandano l'un l'altro come stanno e di cosa hanno bisogno e, a volte, imbarazzati, approfittano per chiedersi come si chiamano. È un momento terribile ma poi finirà e, quando ci saremo messi tutto alle spalle, avremo costruito la nostra resistenza».

Bibliografia

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020 Feb 24.
2. Ministero della Salute. Secondo Report ISS. 14 marzo 2020 (<https://bit.ly/2UKwwZq>).
3. Istat. Anziani: stile di vita e salute. (<https://bit.ly/2UxB5Yf>).
4. Istituto Superiore di Sanità. Invecchiare è un privilegio e una meta della società. (<https://bit.ly/2QVKSVG>).
5. National Institute on Aging. Social isolation, loneliness in older people poses health risks. 23 aprile 2019 (<https://bit.ly/2UNdwcl>).
6. Snowden M. *Epidemics and society: from the Black death to the present*. New Haven: Yale UP, 2019.
7. Action Aid. Crisi e disuguaglianze. *Forum Diritti e Disuguaglianze*, 4 marzo 2020 (<https://bit.ly/39yKBhX>).
8. Pennie L. Panic, pandemic, and the body politic. *Wired*, 14 marzo 2020 (<https://bit.ly/3bQKFeH>).