

Le disparità socioeconomiche e la mortalità per covid-19 negli Stati Uniti

Lin Q, Paykin S, Halpern D et al

Assessment of structural barriers and racial group disparities of covid-19 mortality with spatial analysis
JAMA Network Open 2022; 5 (3): e220984

Negli Stati Uniti la pandemia di covid-19 ha colpito in particolare le minoranze etniche (indiani d'America, nativi dell'Alaska, neri e ispanici o nativi), mostrando tassi di infezione e mortalità più elevati in queste comunità che già sopportano – a prescindere dal covid – un carico rilevante in termini di disuguaglianze sanitarie nel corso della loro vita.

Tali disuguaglianze derivano, come dimostrano le evidenze presenti in letteratura, dall'impatto che i determinanti sociali, ossia le condizioni strutturali che caratterizzano il luogo in cui le persone crescono, giocano e lavorano, hanno sulla loro vita condizionando in modo iniquo il loro accesso alle opportunità sociali, economiche e ambientali (accesso ai sistemi dell'istruzione, della giustizia penale e dell'economia, nonché al mercato del lavoro, del credito e dell'edilizia abitativa).

LO STUDIO

Dal momento che su questi determinanti influisce negativamente anche il fenomeno del razzismo, i ricercatori dell'Università di Chicago hanno esplorato, tramite un'analisi spaziale dei dati (Exploratory Spatial Data Analysis, ESDA), le differenze nei tassi di mortalità per covid-19 durante il primo anno della pandemia negli Stati Uniti per ottenere informazioni su come il razzismo struttura-

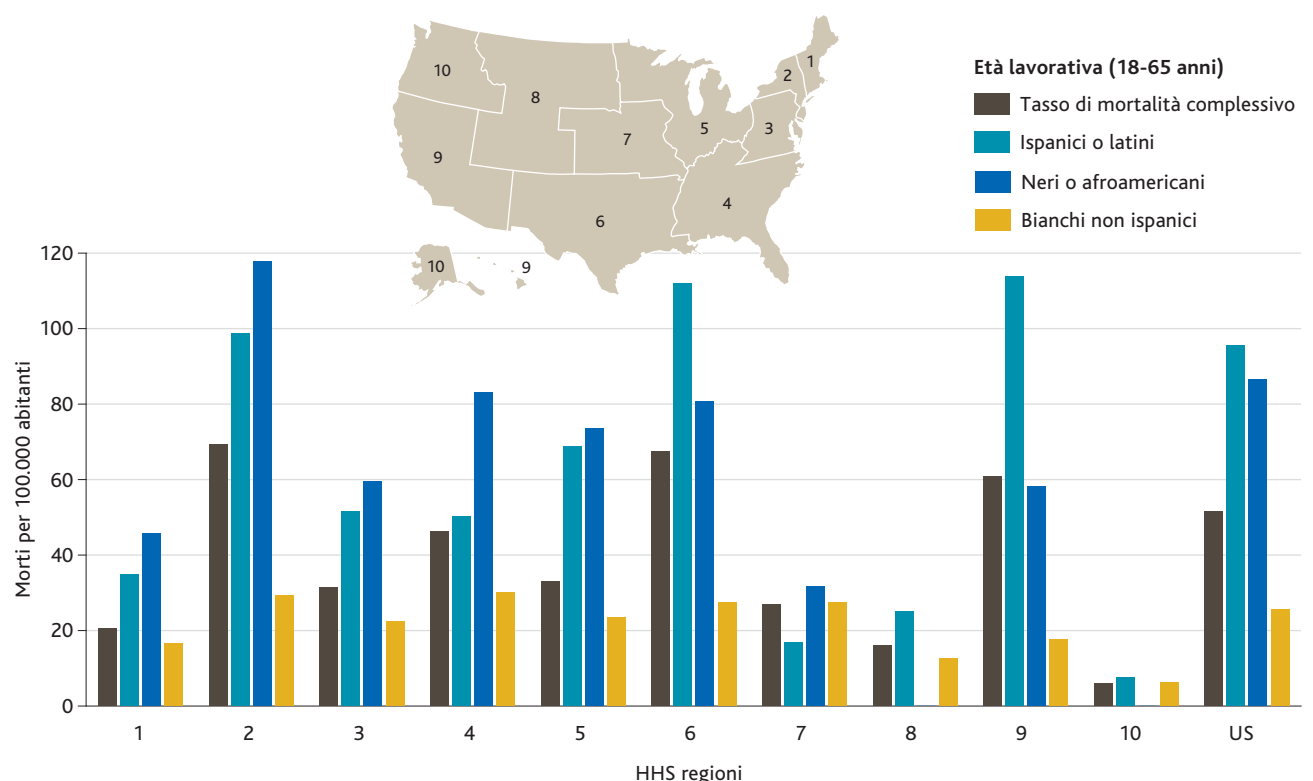
la presente negli Stati Uniti sia strettamente associato alla mortalità per covid-19. La prospettiva spaziale ha permesso di esaminare la potenziale eterogeneità dell'influenza di questo fattore nei diversi gruppi etnici e nei contesti rurali, suburbani e urbani.

Lo studio osservazionale trasversale ha incluso tutte le contee dei 50 stati americani e il distretto di Columbia, attingendo ai dati sulla mortalità per covid-19 riportati dai Centers for Disease Control and Prevention dal 22 gennaio 2020 al 28 febbraio 2021. I dati relativi all'etnia di appartenenza e altri dati demografici sono stati ricavati da set di dati pubblici opportunamente anonimizzati.

I RISULTATI

Tra le 3142 contee incluse nello studio, 531 sono state identificate come contee a impatto longitudinale concentrato in quanto caratterizzate dalla presenza maggioritaria di un'etnia specifica sul loro territorio. Di queste, l'11% è rappresentato da contee con la quota maggiore di popolazione nera o afroamericana, il 6,3% da contee con la quota maggiore di popolazione ispanica o latina e l'1,1% da contee con la quota maggiore di popolazione bianca non ispanica. Le contee rimanenti sono state identificate come contee a impatto longitudinale non concentrato in quanto non sono caratterizzate dal prevalere di un'etnia specifica sul loro territorio, ma presentano una maggiore variabilità etnica. Tutte le contee a impatto longitudinale concentrato hanno mostrato tassi di mortalità per covid-19 significativamente più elevati rispetto alle altre durante il periodo di studio. I decessi mediani per 100.000 abitanti sono stati 231,43 nelle contee con un'ampia popolazione nera o afroamericana, 218,84 in quelle con una vasta popolazione ispanica o latina e 251,79 nelle contee con una numerosa popolazione bianca non ispanica. Al contrario, il tasso di mortalità mediano nelle contee a impatto longitudinale non concentrato è stato pari a 128,55 per 100.000 abitanti.

Tassi di mortalità da covid-19 nella popolazione statunitense in età lavorativa (18-65 anni) sulla base dell'etnia di appartenenza nelle 10 regioni afferenti al Dipartimento della salute e dei servizi umani (HHS) statunitense rispetto al tasso di mortalità complessivo negli Stati Uniti.



Molte contee con le quote maggiori di popolazione nera o afro-americana (233 su 347 [67,1%]) e ispanica o latina (110 su 198 [55,6%]) evidenziano una percentuale di popolazione in età lavorativa più alta rispetto al valore mediano nazionale. Al contrario, 26 delle 33 (78,8%) contee con una vasta popolazione bianca non ispanica presentano una percentuale più alta di persone di età superiore ai 65 anni rispetto alla mediana nazionale.

Quasi il 70% delle contee a impatto longitudinale concentrato con una vasta popolazione bianca non ispanica è situato in aree rurali, mentre un'ampia percentuale (57,6%) delle contee a impatto longitudinale concentrato con un'ampia popolazione ispanica o latina è collocata principalmente in aree urbane.

La popolazione nera o afroamericana appare invece distribuita uniformemente in aree rurali, suburbane e urbane.

I fattori sociali associati in modo univoco alla mortalità per covid-19 nelle diverse contee a impatto longitudinale concentrato con prevalenza di popolazione nera e ispanica sono la maggiore disuguaglianza di reddito e la più alta percentuale mediana di giovani (<65 anni) senza assicurazione sanitaria rispetto alla mediana nazionale. In queste stesse contee si è evidenziato anche il rapporto sfavorevole più alto tra numero di residenti e presenza di medici del servizio pubblico rispetto a quello mediano nazionale e un numero superiore di degenze ospedaliere evitabili. Nelle comunità residenti nelle aree urbane anche il sovraffollamento abitativo, le difficoltà di spostamento e lo stress per garantirsi l'accesso ai servizi sociali e sanitari hanno giocato un ruolo come fattori associabili alla mortalità per covid.

Per quanto riguarda le contee a prevalenza bianca non ispanica, l'anzianità della popolazione e la difficoltà a raggiungere gli ospede-

dali dato il contesto rurale nel quale tali comunità sono generalmente collocate spiegano i numeri più alti di mortalità per covid.

Il fattore che si è dimostrato sempre associato a un aumento della gravità dei dati sugli effetti della pandemia è stato l'assenza di accesso a internet. I luoghi con un accesso a internet più limitato hanno infatti riscontrato una mortalità più elevata in tutte le contee e in tutti i contesti spaziali tali contee fossero collocate, in particolare in quelle situate in aree urbane (contesto rurale: + 2,43 su 100.000 abitanti, $p < 0,01$; contesto suburbano: +2,97 su 100.000 abitanti, $p < 0,001$; contesto urbano: +5,83 su 100.000 abitanti, $p < 0,001$).

Questo risultato suggerisce, secondo gli autori, la necessità di una maggiore consapevolezza sul ruolo essenziale che l'accesso alle tecnologie digitali svolge rispetto al benessere delle persone perché si traduce nella possibilità di acquisire informazioni affidabili, di lavorare e frequentare la scuola anche a distanza, di essere agevolati nell'acquisto di beni e servizi, di ampliare le proprie relazioni sociali.

Nonostante questo studio dimostri l'esistenza un'associazione tra i determinanti sociali della salute e la mortalità per covid-19 e che tale associazione varia in base ai gruppi etnici e ai tipi di comunità esaminati, secondo i ricercatori americani sono comunque necessari ulteriori approfondimenti che affrontino il tema delle disuguaglianze sanitarie e guidino le politiche a esplorare ulteriormente le diverse dimensioni e i differenti modelli regionali dei determinanti sociali della salute.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Verso un'eccellenza diagnostica più equa

McDonald KM

Achieving equity in diagnostic excellence

JAMA 2022; 327 (20): 1955-1956

IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA

La diagnostica rappresenta un aspetto fondamentale della medicina clinica ed è un prerequisito per l'erogazione di cure efficaci e di alta qualità. Alla base del ragionamento diagnostico vi è un'attività dinamica e multidimensionale di raccolta e analisi delle informazioni, che inizia con un'anamnesi e un esame obiettivo e spesso comporta test di laboratorio, di imaging, fino ad arrivare a indagini invasive¹.

Questo processo non è esente da errori, sottolinea Kathryn McDonald del Center for Diagnostic Excellence, Armstrong Institute for Patient Safety and Quality della Johns Hopkins University di Baltimora (Usa), nel viewpoint pubblicato su *JAMA*.

Un rapporto del 2015 dell'Institute of Medicine degli Stati Uniti, *Improving diagnosis in health care*, ha evidenziato come gli errori diagnostici siano una delle principali cause di danni prevenibili ai pazienti^{2,3}. Considerato il suo ruolo essenziale nella pratica

medica e vista la sua profonda influenza sugli esiti dei pazienti, la diagnostica sta assumendo sempre maggiore interesse in ambito scientifico.

Nonostante gli importanti passi avanti in ambito tecnologico consentano oggi di strutturare percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, non tutti i cittadini riescono però ad accedere in modo equo a una diagnostica di eccellenza.

L'INIQUITÀ DIAGNOSTICA

Le popolazioni considerate a rischio di iniquità diagnostica sono rappresentate da gruppi emarginati, come le minoranze etniche^{4,5}. Sono noti anche alcuni fattori che giocano un ruolo negativo nell'iter diagnostico, quali il luogo di residenza (ad esempio, rurale versus urbano), il reddito, lo stato assicurativo, l'età e la presenza di disabilità, il livello di istruzione, il sesso, l'orientamento sessuale e l'identità di genere.

Nonostante la National Academy of Medicine (così si chiama ora l'Institute of Medicine) abbia implementato negli Stati Uniti un framework concettuale sul miglioramento della diagnosi, in grado di valutare il rischio di disuguaglianza, tale rischio permane per specifiche popolazioni². Durante il *Society to Improve Diagnosis in Medicine Patient Summit* del 2021, i caregiver delle persone con disabilità o affette da una condizione stigmatizzata (ad esempio, obesità