

Disuguaglianze sanitarie e malattie infettive: molto ancora da fare.

Health inequalities and infectious diseases: much more to do.

Paolo Bonfanti

Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, Ospedale San Gerardo, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Monza; Università Milano-Bicocca

Da sempre è noto come molte malattie infettive attingano le loro origini nella povertà e nelle disuguaglianze sociali.

La letteratura ha continuato a crescere studiando questo legame, collegando determinanti sociali della salute tra cui povertà, etnia, emarginazione sociale, ambiente fisico e altri fattori alle malattie infettive, tra cui influenza, malaria, tubercolosi, Ebola e altre malattie (1-3).

Nell'odierna società globale tale fenomeno è esacerbato dal fatto che le epidemie di malattie infettive possono diffondersi rapidamente in tutto il mondo, alimentate dalla rapidità con cui viaggiamo attraverso i confini e i continenti.

La recente pandemia da SARS-CoV-2 costituisce un esempio eclatante e drammatico di questo fenomeno e di quanto le disparità sociali influenzino l'outcome della malattia.

In particolare, è emerso come in molte aree degli Stati Uniti le persone afroamericane o nere o ispaniche contraggono la SARS-CoV-2 a tassi più elevati e hanno maggiori probabilità di morire: a Chicago, oltre il 50% dei casi di COVID-19 e quasi il 70% dei decessi da COVID-19 hanno coinvolto individui neri, anche se i neri sono solo il 30% della popolazione. In Louisiana, il 70,5% dei decessi si è verificato tra le persone di colore, che rappresentano il 32,2% della popolazione dello stato.

A New York, che è diventata l'epicentro dell'epidemia negli Stati Uniti d'America, questo onere sproporzionato viene convalidato di nuovo nelle minoranze sottorappresentate, in particolare i neri e anche gli ispanici, che hanno rappresentato il 28% e il 34% dei decessi, rispettivamente (rappresentanza della popolazione: rispettivamente 22% e 29%) (4).

Anche l'infezione da HIV e l'AIDS sono state un

ambito dove le disuguaglianze sociali ed economiche hanno condizionato il controllo della diffusione epidemica e l'enorme differenza in termini di mortalità tra alcuni paesi nel mondo: si pensi a quanto queste differenze ancora incidano in alcune aree del mondo, a titolo di esempio alla situazione dell'Africa sub-sahariana.

Tuttavia, i determinanti sociali che influenzano la cura, la presa in carico e l'outcome delle malattie infettive non riguardano solo i paesi in via di sviluppo ma possono caratterizzare l'assistenza in alcuni ambiti anche in paesi come l'Italia.

Si veda a tal proposito l'articolo di Jacopo Testa (5) sul presente numero di JHA, che analizza il fenomeno dell'accesso alle cure dei migranti affetti da infezione da HIV.

Nonostante un miglioramento del livello di integrazione della popolazione migrante, la fruizione delle risorse sanitarie rimane spesso inadeguata, soprattutto in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti.

Riguardo allo screening della tubercolosi, Caiazzo et al. riportano i risultati emersi da un questionario proposto ai membri di SIMIT tra dicembre 2019 e gennaio 2020, relativo alle opinioni sulle linee guida sulla tubercolosi latente e alla loro implementazione nei centri che si occupano di questa infezione nei pazienti con HIV (6).

Completano questo numero un'indagine sulla qualità della vita negli adulti con infezione da HIV stabilmente viro-soppressa, mirata a rilevare precocemente eventuali barriere all'aderenza terapeutica (D'Abbraccio et al. (7)), e un caso clinico che dettaglia l'origine multifattoriale dell'aumento di peso in un paziente HIV-positivo in terapia antiretrovirale (Lai et al. (8)). ■

Autore per la corrispondenza:

Paolo Bonfanti
Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive ASST di Monza, Ospedale San Gerardo Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università Milano Bicocca
Via Pergolesi 33, Monza

paolo.bonfanti@unimib.it

Keywords:
HIV, COVID-19, Tuberculosis

Potenziali conflitti di interesse:
nessuno.

JHA 2021; 6(1): 1-2

DOI: 10.19198/JHA31507

BIBLIOGRAFIA

1. Farmer P. *Social inequalities and emerging infectious diseases*. Emerg Infect Dis 1996; 2: 259-69.
2. Uscher-Pines L, Duggan PS, Garoon JP, Karron RA, Faden RR. *Social justice and disadvantaged groups*. Hastings Cent Rep 2007; 37: 32-9.
3. *Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty*. WHO 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564489_eng.pdf?ua=1
4. Yancy CW. COVID-19 and African Americans. JAMA 2020; 323:1891-2.
5. Testa J, Pizzi MG, Cocco N, Marchese V, Sabbatini F. *Infezione da HIV e popolazione straniera: necessità di un SSN realmente inclusivo*. JHA 2021; 6: 7-9.
6. Caiazza L, Pontolillo M, Auricchio A, et al. *Survey italiano sull'atteggiamento dei clinici verso l'infezione tubercolare latente nelle persone che vivono con HIV*. JHA 2021; 6: 3-6.
7. D'Abbraccio M, Penta V, Carleo MA, et al. *"Continuum Assistance of virally suppressed HIV-positive patients: Research and Evaluation of new paradigms of care" (C.A.R.E.) project*. Retention in care and quality of life in virologically suppressed HIV-population. JHA 2021; 6: 10-7.
8. Lai V, De Vito A, Piu C, Madeddu G. *Origine multifattoriale dell'aumento di peso in una persona con HIV ricevente cART: descrizione di un caso clinico*. JHA 2021; 6: 18-21.

