

## News dalla letteratura



A cura di Valeria Manicardi

valeria.manicardi@ausl.re.it

### Diabete e Immigrati in provincia di Reggio Emilia

È recentemente uscito su *BMC Public Health* un articolo sulla prevalenza di diabete e sulla gestione della patologia negli immigrati in Italia<sup>(1)</sup>.

Lo studio, realizzato anche grazie al **contributo della Fondazione AMD onlus**, è stato condotto nella provincia di Reggio Emilia, in cui la percentuale di stranieri è fra le più alte d'Italia (13,5% nel 2014) ed è attivo un registro diabete di popolazione che contiene dati di prevalenza e di incidenza dal 2009<sup>(2)</sup>.

Lo studio confronta la prevalenza in età adulta (20-74 anni) fra italiani e cittadini di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), come unico gruppo e suddivisi in base all'area geografica di provenienza. Quando si tiene opportunamente conto della differente composizione per età delle due popolazioni (gli stranieri sono mediamente molto più giovani) la prevalenza è molto maggiore fra gli immigrati rispetto agli italiani. È particolarmente elevata per i cittadini provenienti dal sud dell'Asia (Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Iran, Maldives, Nepal, Pakistan, Sri Lanka) e per le donne provenienti dal Maghreb (Algeria, Egitto, Libia, Marocco, Sudan, Tunisia, Western Sahara).

In letteratura vi è accordo sul fatto che la dieta e, più in generale, gli stili di vita di queste popolazioni, specialmente quando giungono nei Paesi occidentali, siano fra le cause di questo maggior rischio di diabete. La dieta dei cittadini dell'Asia del Sud è ricca di grassi (burro), cereali, carne, latticini e dolci; inoltre la disponibilità di cibo è considerato il riflesso di una posizione economica elevata e di conseguenza il sovrappeso e l'obesità non costituiscono un problema, bensì un segno di prosperità. Tale approccio culturale all'assunzione di cibo è condiviso con gli immigrati provenienti da altre aree geografiche, così come la scarsa predisposizione all'attività fisica al di fuori del contesto lavorativo e la possibilità di effettuare le attività quotidiane con un minor sforzo fisico rispetto al Paese di provenienza. A ciò si aggiunge una minore conoscenza della patologia ed alcuni autori sostengono che anche lo stress migratorio sia un fattore di rischio per lo sviluppo del diabete.

Non vi è altrettanto accordo sul ruolo di una possibile suscettibilità genetica dei cittadini dell'Asia del Sud nello sviluppo del diabete.

Le differenze in termini di gestione della patologia sono state valutate utilizzando tre indicatori: l'accesso ai Centri Diabetologici, l'esecuzione dell'emoglobina glicata nel 2010 e la presenza di valori di emoglobina glicata indicativi di scompenso metabolico marcato (maggiori o uguali a 9%, 75 mmol/mol).

In generale gli immigrati hanno le stesse opportunità di accesso degli italiani ai Centri Diabetologici, mentre hanno una maggiore probabilità di non eseguire il test dell'emoglobina glicata e di avere valori di glicata elevati. Inoltre fra gli immigrati, la performance è peggiore per le donne rispetto agli uomini.

L'assenza di differenze in termini di accesso al servizio specialistico di secondo livello è presumibilmente il risultato della politica delle due aziende sanitarie presenti sul territorio, la cui attenzione alla riduzione delle disuguaglianze si è concretizzata in corsi di formazione *migrant-oriented* per i professionisti, nella creazione di un servizio di mediazione culturale articolato sul territorio e nella realizzazione di materiale in lingua, anche sulla patologia diabetica (V. Manicardi e A. Lapolla, *Diabete per capirsi*, 2015).

Le ragioni più frequentemente elencate in letteratura a supporto di uno scarso controllo glicemico sono la ridotta health literacy, che si traduce in una ridotta comprensione dell'importanza del controllo glicemico, la scarsa familiarità rispetto alle patologie croniche, la preferenza per modelli di cura centrati sulla famiglia e non sulla persona, l'esistenza di possibili barriere nella relazione tra medico/paziente (lingua/linguaggio, aspettative sul ruolo, malattia/salute). Questo aspetto può essere ancora più forte nelle donne, che spesso non hanno un lavoro fuori casa e dunque hanno meno opportunità di imparare la lingua. La consapevolezza di queste difficoltà di comunicazione ha indotto nel 2004 i professionisti di questa azienda alla realizzazione della prima versione del progetto "Diabete per capirsi".

Alla fine del 2012 gli stranieri rappresentavano il 10% della popolazione diabetica di età compresa tra 20 e 74 anni e di questi il 31% era costituito da cittadini provenienti dall'Asia del Sud (dati non pubblicati). Inoltre, pur avendo già limitato l'analisi alla fascia d'età 20-74, l'età media alla diagnosi differisce di oltre 10 anni (61,8 anni per gli italiani 51,0 per gli immigrati) che diventano 13 nel caso dei cittadini dell'Asia del Sud (età media 48,4; dati non pubblicati). L'insorgenza precoce potrebbe determinare una maggiore esposizione degli immigrati in generale e dei cittadini dell'Asia del Sud in particolare alla comparsa di complicanze.

Alla luce dei dati a disposizione ed avvalendosi ulteriormente del contributo della Fondazione AMD onlus, si è deciso di eseguire una revisione sistematica della letteratura per individuare interventi rivolti al miglioramento del controllo della patologia nei cittadini dell'Asia del Sud, con lo scopo di identificare quelli più efficaci e più facilmente esportabili al contesto italiano. Nei prossimi mesi, sulla base dei risultati della revisione sistematica, sarà definito un intervento adatto al contesto locale da sottoporre a una valutazione di efficacia conducendo un trial randomizzato.

**Tabella 1.** Prevalenza standardizzata per sesso al 31.12.2009, italiani e cittadini PFPM, 20-74 anni.

	Prevalenza	95% CI
Italia - F	3,64	3,55-3,72
Italia - M	5,47	5,37-5,58
PFPM - F	5,00	4,53-5,47
PFPM - M	6,49	5,83-7,15

### BIBLIOGRAFIA

- Ballotari P et al. Differences in diabetes prevalence and inequalities in disease management and glycaemic control by immigrant status: a population-based study (Italy). *BMC Public Health* 6;15:87, 2015.
- Ballotari P et al. Building a population-based diabetes register: An Italian experience. *Diabetes Res Clin Pract* 103:79-87, 2014.