

Giulia Civitelli



Gli immigrati africani in Europa muoiono per patologie cardiovascolari più degli europei. Una recente *review* si concentra su diabete e ipertensione. Questi fattori di rischio sembrano connessi alle difficoltà di accesso ai servizi e allo stress della migrazione.

---

**Nel mondo l'80% delle morti per patologie croniche si verificano attualmente nei paesi a medio e basso reddito, e sono le persone povere quelle che hanno una maggiore probabilità di ammalarsi.** Molte delle evidenze scientifiche a riguardo hanno ispirato il rapporto 2005 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Prevenire le patologie croniche: un investimento vitale*[1]), ed anche *The Lancet* ha dedicato due serie a questo argomento, nel 2005 e nel 2007, parlando di epidemia dimenticata delle patologie croniche, denunciando come queste non siano specificatamente indicate negli Obiettivi del Millennio e proponendo un nuovo target: ridurre del 2% ogni anno la morte per patologie croniche per evitare 36 milioni di morti entro il 2015[2,3,4].

Per fare un esempio concreto, in Cina in poche decadi è avvenuto un cambiamento epidemiologico che ha portato ad un mutamento delle principali cause di morte: si è registrato, infatti, un rapido decremento del tasso di incidenza e mortalità delle patologie infettive, con un incremento, invece, di quelle cerebrovascolari, cronico-ostruttive e tumorali. (Vedi **post** [Il sistema sanitario cinese. La transizione epidemiologica](#))

Come afferma il sovracitato rapporto OMS e come traspare chiaramente dal rapporto finale della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute[5], non si può dare una "colpa" di queste patologie ai singoli individui e al loro stile di vita non salutare: fattori fondamentali da tenere in considerazione sono quelli socio-economici, prima tra tutti la possibilità di avere accesso ad un sistema sanitario che sia in grado non solo di curare ma anche di prevenire le patologie, adattandosi ai bisogni sia dei singoli individui sia di specifici gruppi sociali (Vedi **post** [I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale](#) ).

Il Piano d'azione della Strategia Globale per la Prevenzione ed il Controllo delle Patologie Croniche[6], dopo aver affermato chiaramente il legame tra queste, lo sviluppo economico globale e la povertà, invita gli Stati Membri dell'OMS a monitorarne la diffusione, in particolare all'interno delle comunità più vulnerabili, e ad incorporarne la prevenzione ed il controllo nelle strategie di riduzione delle diseguaglianze sociali.

Il ruolo della salute nel processo di inclusione ed integrazione sociale è riconosciuto anche dalla risoluzione dell'OMS *Salute dei migranti* che, come afferma Michela Martini, segna un importante passo a livello internazionale nel riconoscimento dei diritti umani e, in particolare, di quello alla salute nel contesto della migrazione (Vedi **post** [“Salute dei Migranti” secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità](#)).

Ricerche effettuate disaggregando i dati sanitari secondo variabili come il paese di nascita, l'etnia o la razza, diventano quindi fondamentali per individuare le diseguaglianze nella salute ed i reali bisogni sanitari di ogni gruppo sociale, sfatando miti ormai diffusi nelle rappresentazioni collettive (Vedi **post** [Una ricerca Istat smonta il mito dell'immigrato untore](#)); solo partendo da dati concreti si potranno poi disegnare politiche che concorrano al raggiungimento dell'eguaglianza sociale[7].

Nell'ambito delle patologie croniche il settore cardiovascolare è particolarmente significativo poiché è quello nel quale si hanno maggiori conoscenze riguardanti le possibili strategie di prevenzione e trattamento dei ben noti fattori di rischio. Si ritiene, dunque, particolarmente importante in questa area modello cogliere la proposta provocatoria, che troviamo nel 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale[8], di trasformare l'approccio epidemiologico, che si limita a constatare il carico di morbidità-mortalità cardiovascolare, in una reale ricerca delle cause socio-economiche sottostanti ai fini di aumentare l'impatto delle raccomandazioni di salute pubblica sulla realizzazione concreta del diritto alla salute.

**Date queste premesse si può capire l'interesse di una recente review[9] pubblicata sul giornale *Globalization and health* che ha messo insieme le attuali conoscenze epidemiologiche riguardanti la diffusione delle patologie e dei fattori di rischio cardiovascolari all'interno della popolazione dell'Africa sub-Sahariana immigrata in Europa.**

**Il primo dato che emerge chiaramente è quello di una maggiore incidenza di ictus all'interno della popolazione africana immigrata rispetto a quanto non si registri tra gli europei**, tra i quali, invece, sembra essere maggiore l'incidenza della patologia coronarica; quest'ultima non è però assente tra i migranti, dove anzi è in continuo aumento.

E' inoltre interessante notare che, mentre in Europa si hanno scarsi dati riguardanti l'accesso dei migranti a terapie specialistiche come l'angioplastica o il bypass coronarico, negli Stati Uniti è stato dimostrato che gli afro-americani vengono sottoposti a queste procedure meno frequentemente rispetto ai bianchi.

**Analizzando i fattori di rischio per le patologie cardiovascolari emerge chiaramente tra gli africani l'elevata prevalenza di ipertensione e diabete, in misura maggiore rispetto a quella della popolazione del vecchio continente.** Tra le possibili spiegazioni di questo dato, oltre ad essere state proposte delle cause genetiche (che peraltro sembrano diminuire di valore se si considera che tra i bambini dei due gruppi l'incidenza è assolutamente paragonabile), gli autori sottolineano il ruolo dei fattori ambientali, legati da un lato allo stress e alla pressione sociale cui sono sottoposti i migranti, dall'altro ad un minore accesso e qualità delle cure. Dall'analisi dei diversi studi presi in considerazione emerge infatti come, sebbene il numero di accessi dal medico di famiglia rimanga paragonabile tra le due coorti (dati inglesi), il controllo di ipertensione e diabete tra gli immigrati sia peggiore rispetto alla popolazione Europea. **Questo dato non può passare inosservato ed è necessario interrogarsi sulle cause, che potrebbero essere correlate a fattori culturali, a problemi di comunicazione medico-paziente, ad un diverso atteggiamento che i camici bianchi potrebbero assumere nei confronti di queste persone (è stato dimostrato, infatti, che, se condotta correttamente la terapia porta ad un controllo simile tra le due popolazioni).**

Andando a prendere in considerazione altri fattori di rischio, si può notare come se da un lato anche il sovrappeso e **l'obesità** sembrano avere una maggiore prevalenza all'interno degli africani immigrati, e, soprattutto, tra le donne, dall'altro le abitudini dietetiche ed il profilo lipidico di questi ultimi appaiono migliori. Questo dato, che probabilmente spiega la minore incidenza di patologia coronarica, non esclude certo la necessità di preparare campagne di prevenzione che tengano conto delle differenze culturali, focalizzando l'attenzione anche sulla seconda generazione di immigrati, che tende ad assumere gli stili di vita e le caratteristiche della popolazione europea.

Mentre per l'alcol si registra un consumo inferiore, anche se non del tutto assente, per il fumo i dati all'interno dei diversi gruppi di immigrati appaiono discordanti, così come discordanti sembrano i dati riguardanti la presenza di condizioni di stress psicosociale. Questo sorprende se si riflette sui diversi fattori che potrebbero andare ad incidere sul benessere psichico di un migrante e costringe, secondo gli autori, ad interrogarsi sulla validità degli strumenti di screening che forse, in questo campo più che in altri, risentono delle influenze culturali. Viene, inoltre, sottolineato come vi siano a riguardo differenze all'interno dei diversi gruppi di africani e come si debba riconoscere l'eterogeneità della

popolazione immigrata in Europa se si vuole realmente fare un passo avanti nella comprensione di questi disturbi tra i migranti.

Pur non potendo non considerare i limiti di questa *review* (che vanno dai problemi di raccolta dati alla qualità dei lavori trovati, fino alla loro provenienza geografica, quasi esclusivamente dal Regno Unito ed dall'Olanda), i dati che emergono circa le differenze tra le due popolazioni, quella europea e quella africana immigrata, pongono l'accento sulle disegualianze nell'accesso e nella qualità delle cure ricevute dai migranti. Appare quindi urgente la necessità di compiere ulteriori ricerche per indagarne le reali cause e per poter quindi sviluppare delle strategie di intervento mirate, culturalmente accettabili e che tengano in considerazione le suscettibilità individuali.

## Nota

Giulia Civitelli, Medico Chirurgo

## Bibliografia

1. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.
2. Horton R. The neglected epidemic of chronic diseases. *Lancet* 2005;366(9496):1514.
3. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005;366(9496):1578-82.
4. Horton R. Chronic diseases: the case for urgent global action. *Lancet* 2007;370(9603):1881-2.
5. CSDH 2008. [Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health](#). Geneva: World Health Organization, 2008.
6. WHO 2008. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Bhopal R. Chronic diseases in Europe migrants and ethnic minorities: challenges, solutions, and a vision. *European Journal of Public Health* 2009;19(2):140-3.
8. Macchia A, Monte S, Tognoni G. Malattie cardiovascolari. In: Oisg. Salute globale: diritti, ideologie, inganni. 3° rapporto dell'Osservatorio Italiano SaluteGlobale. Pisa: ETS, 2008: 322-32.
9. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, de-Graft Aikins A, Stronks K. [Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review](#). *Globalization and health* 2009, 5:7 doi:10.1186/1744-8603-5-7 .