

## Strategie differenziate nelle popolazioni *target*: i migranti

Gian Piero Perna<sup>1</sup>, Patrizia Carletti<sup>2</sup>, Alberto Deales<sup>3</sup>, Domenico Gabrielli<sup>4</sup>, Valentina Perna<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Cardiologiche Mediche e Chirurgiche, Cardiologia G.M. Lancisi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona, <sup>2</sup>ARS Marche, Osservatorio Epidemiologico Diversità, <sup>3</sup>ARS Marche, Area Qualità, Percorsi Clinici, Reti Cliniche, <sup>4</sup>Cardiologia, Ospedale Civile, Fermo, <sup>5</sup>Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 1025-1055)

© 2010 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Gian Piero Perna

Dipartimento di Scienze  
Cardiologiche Mediche  
e Chirurgiche  
Cardiologia G.M. Lancisi  
Azienda Ospedaliero-  
Universitaria  
Ospedali Riuniti  
Via Conca, 71  
60126 Ancona  
E-mail: perna54@yahoo.it

### Introduzione

I dati ISTAT relativi al 2009 indicano che gli stranieri residenti in Italia costituiscono ormai il 6.5% della popolazione, con un *trend* di costante crescita: nel solo 2009 l'incremento rispetto all'anno precedente dei residenti a seguito di flussi migratori è stato del 13.4%, e la sottopopolazione di cittadini stranieri nati in Italia ammonta a quasi 519 000<sup>1</sup>.

Questa fascia demografica costituisce una "popolazione *target*" del tutto peculiare dal punto di vista sanitario, e della prevenzione cardiovascolare in particolare, per l'estrema eterogeneità demografica ed etnica, per la peculiare distribuzione per sesso ed età (di solito correlata alle attività lavorative), per la diversa integrazione sociale, per le diverse abitudini di vita e per il diverso corredo culturale.

Poiché le malattie cardiovascolari rappresentano in Italia e nel mondo intero la prima causa di morte, responsabile del 45% circa di tutti i decessi, è necessario valutare la opportunità di strategie di intervento "differenziate" in una popolazione così eterogenea ma comunque così numericamente consistente come quella dei migranti.

Affronteremo pertanto alcuni aspetti di particolare interesse, in un'area caratterizzata da carenza di dati certi e di letteratura specifica.

### I dati demografici

Circa la metà degli stranieri migrati nel nostro paese proviene dall'Europa dell'Est, con la comunità rumena che da sola rappresenta circa il 20% di tutti i migranti, seguita dalla comunità albanese, la cui consistenza numerica è poco inferiore. Un quarto dei migranti è di origine africana, con la larga prevalenza delle

comunità marocchina e tunisina; un altro quarto dei migranti "regolarizzati" è di origine asiatica, con larga prevalenza di cinesi, ma con una quota particolarmente importante di migranti provenienti da India, Pakistan, Bangladesh e Filippine, che costituiscono la quota di nuovi residenti che ha presentato il maggior incremento demografico negli ultimi 2 anni (+18%)<sup>1</sup>.

La distribuzione territoriale dei migranti in Italia è del tutto peculiare: la stragrande maggioranza è infatti residente nelle regioni del Centro e del Nord, e solo una minoranza (intorno al 2%) è residente nel Sud e nelle Isole. La distribuzione territoriale è inoltre caratterizzata da una spiccata tendenza alla "urbanizzazione": la maggior parte dei migranti vive nei capoluoghi di provincia e comunque in città con oltre 50 000 abitanti, seguendo ovviamente nei propri flussi migratori la logica della disponibilità dei posti di lavoro, logica "pagata" – ovviamente – con una spiccata tendenza alle disuguaglianze e al disagio sociale<sup>1</sup>.

La regione Marche, per le sue caratteristiche geografiche e socio-economiche, rappresenta una regione che ben si presta allo studio delle problematiche cardiovascolari nei migranti, rispecchiando le caratteristiche demografiche "nazionali" relative al Centro-Nord. La numerosità della popolazione totale marchigiana (<1.5 milioni di abitanti) è tale da costituire un campione rappresentativo della popolazione nazionale, e contemporaneamente ben studiabile.

La percentuale di migranti rispetto alla popolazione residente nella regione Marche è superiore di poco all'8%, con una prevalenza di Rumeni, Albanesi, Marocchini, Cinesi, Ucraini e Asiatici. La creazione di un Osservatorio Regionale per le diversità all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) ha consentito di ricavare dei dati socio-sanitari che possono essere

riferiti a tutta la nazione, e costituire la base per un percorso "ragionato" per affrontare il problema della prevenzione cardiovascolare nei migranti in un prossimo futuro.

### I determinanti dell'epidemiologia delle malattie cardiovascolari nei migranti

L'incidenza di malattie cardiovascolari e in particolare delle patologie aterotrombotiche non è affatto inferiore nei migranti rispetto alle popolazioni residenti italiane. Il tasso di mortalità riportato dall'ISTAT nel 2009 è assolutamente sovrapponibile per le malattie cardiovascolari tra italiani e stranieri, ma in presenza di un'età media netta-

mente più bassa nella popolazione dei migranti<sup>1,2</sup>. La distribuzione per ricoveri valutata dalle schede di dimissione ospedaliera nella regione Marche mostra che i ricoveri per malattie cardiovascolari hanno una rilevanza considerevole, nei maschi (Figura 1) come nelle donne (Figura 2), a dispetto di un'età media nettamente differente rispetto alle popolazioni residenti e ai migranti da paesi a sviluppo avanzato (età media nei migranti provenienti da paesi a forte pressione migratoria 44±5 anni; età media nei soggetti provenienti da paesi a sviluppo avanzato 68±7 anni, p<0.001).

Il maggior rischio di malattie cardiovascolari nei migranti è razionalmente spiegabile con alcune considerazioni.

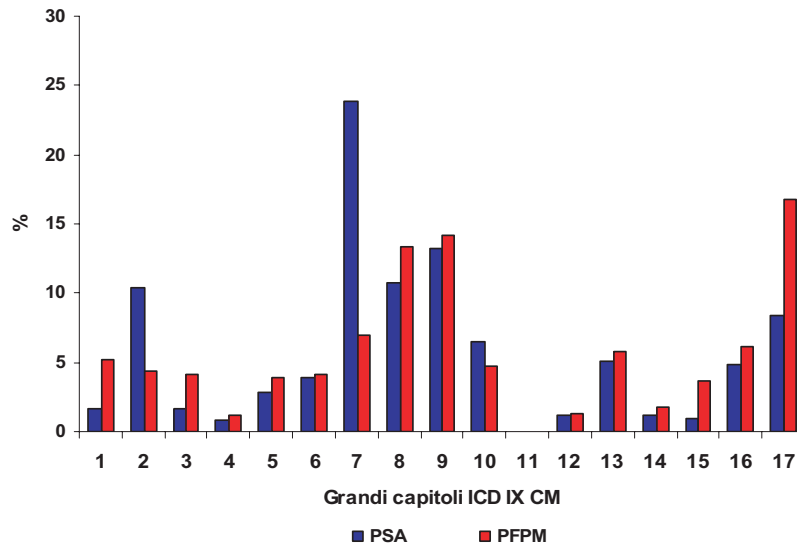


Figura 1. Distribuzione dei ricoveri ordinari in migranti maschi di età 0-64 anni nella regione Marche. Dati estratti dalle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2007. Nel gruppo 7 (ICD 9) sono riportati i ricoveri per cause cardiovascolari. PFFM = paesi a forte pressione migratoria; PSA = paesi a sviluppo avanzato.

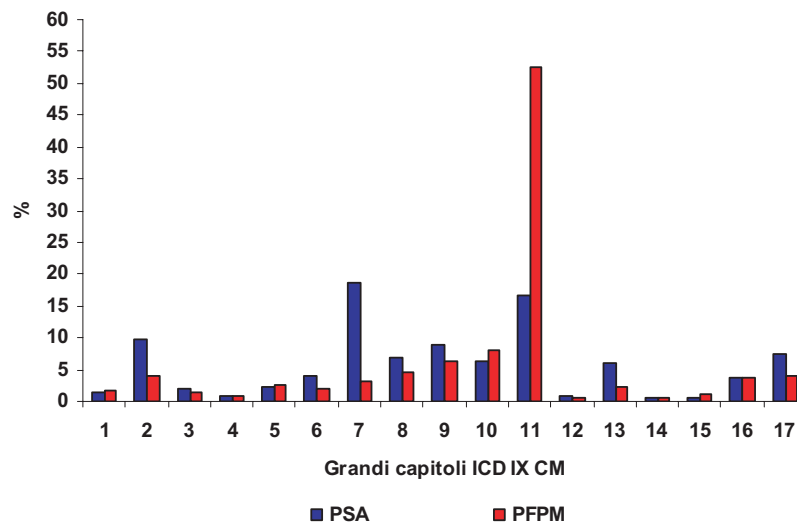


Figura 2. Distribuzione dei ricoveri ordinari in migranti femmine di età 0-64 anni nella regione Marche. Dati estratti dalle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2007. Nel gruppo 7 (ICD 9) sono riportati i ricoveri per cause cardiovascolari, nel gruppo 11 i ricoveri per parto, gravidanza, puerperio. PFFM = paesi a forte pressione migratoria; PSA = paesi a sviluppo avanzato.

a) *Il fenomeno dell'urbanizzazione.* Come si è sottolineato nei dati epidemiologici, i migranti tendono a concentrarsi nelle aree urbane, acquisendo alcune abitudini tipiche dell'urbanizzazione, e in particolare:

- aumentato consumo di tabacco,
- riduzione dell'attività fisica nella vita quotidiana (sportamenti in auto, automazione),
- aumento del consumo energetico e dei grassi saturi,
- aumento dello stress psico-sociale.

Queste ultime tre condizioni predispongono all'incremento dell'obesità, del diabete, dell'ipertensione; l'associazione con il fumo e lo stress psico-sociale incrementano significativamente il rischio di eventi cardiovascolari, in tutte le etnie.

Nei migranti da paesi dell'Europa dell'Est, di razza caucasica, l'aumentata esposizione al rischio è sostanzialmente analoga a quella rilevata nelle popolazioni italiane rurali trasferitesi in aree urbane, anche se va sottolineato che l'abitudine al fumo è molto più diffusa, per motivi culturali, nei migranti, con conseguente rischio cardiovascolare globale più alto e riduzione dell'età di comparsa del primo evento cardiovascolare rispetto alla popolazione italiana residente<sup>2</sup>.

Nei migranti dall'Asia (India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka e Filippine) la presenza di alcune condizioni genetiche predisponenti amplifica in maniera impressionante il rischio di eventi cardiovascolari e soprattutto la comparsa di outcome sfavorevoli.

b) *Le disuguaglianze e il disagio sociale.* Il fenomeno dell'urbanizzazione e la residenza in aree economicamente "privilegiate" amplifica le disuguaglianze e il disagio sociale nei migranti. Di conseguenza lo stress psico-sociale si amplifica a dismisura, gli stili di vita inadeguati (in particolare il fumo di sigaretta) vengono favoriti, ma soprattutto l'accesso ai servizi sanitari diventa più difficile. I dati ISTAT indicano chiaramente che i migranti si rivolgono al pronto soccorso ospedaliero in maniera significativamente maggiore rispetto agli italiani (7 vs 4.2%) mentre ricorrono meno spesso alle visite specialistiche e ai centri di prevenzione territoriali<sup>2</sup>. Tale aspetto è espressione non solo della minore capacità economica, ma anche della disinformazione, ed esprime perfettamente la condizione di "marginalità", tipica del migrante.

L'aspetto della prevenzione cardiovascolare, in particolare, è totalmente trascurato dai migranti, che controllano la pressione arteriosa, la glicemia e il colesterolo con frequenza decisamente più bassa (meno di un terzo !) rispetto agli italiani<sup>2</sup>.

c) *I fattori razziali.* Le popolazioni africane presentano una maggiore frequenza di diabete e ipertensione dopo la migrazione in Europa, e il rischio di ictus nelle popolazioni migranti dall'Africa nel Regno Unito e in Olanda appare significativamente più alto rispetto alle rispettive popolazioni europee residenti<sup>3,4</sup>.

Il rischio maggiore sembra però essere correlato ai migranti dall'Asia<sup>5</sup>, e in particolare dalle regioni dell'India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka e Filippine, gruppo etnico che è in notevole incremento demografico nel nostro paese<sup>1</sup>. Nello studio INTERHEART è stato riportato che la comparsa di eventi coronarici acuti è in queste popolazioni più precoce rispetto al resto della popolazione mondiale: i ca-

si verificati al di sotto dei 40 anni rappresentano il 9% circa nel Sud-Asia vs il 5.6% nel resto del mondo, e l'età media cui si verifica il primo evento cardiovascolare è decisamente più bassa (53.0 vs 58.8 anni). Diversi studi hanno dimostrato che in questi pazienti i livelli di lipoproteina(a) sono più elevati, i livelli di omocisteina più alti mentre sono più bassi i livelli di adiponectina; sono inoltre più frequenti l'obesità addominale e l'iperinsulinemia, nel contesto della sindrome metabolica<sup>4-6</sup>.

Nella nostra esperienza i migranti provenienti da queste aree geografiche presentano una coronaropatia diffusa, precoce, con coronarie epicardiche diffusamente aterosclerotiche e di piccolo calibro. Inoltre nel corso di sindromi coronariche acute in questi pazienti il rilievo di elevati livelli di proteina C-reattiva ad alta sensibilità sono significativamente più elevati nella totalità dei casi, i livelli di lipoproteina(a) sono elevati in un'altissima percentuale di pazienti (almeno l'82%), l'abitudine tabagica è sempre presente, così come il *cluster* della sindrome metabolica, mentre una storia familiare di malattie cardiovascolari si riscontra nel 20% dei casi.

I pazienti provenienti dai paesi dell'Europa Orientale, invece, presentano un profilo di fattori di rischio sostanzialmente sovrapponibile a quello dei pazienti italiani, con la sola eccezione del fumo di sigaretta, che nella nostra esperienza abbiamo riscontrato in tutti i migranti albanesi e rumeni ricoverati per sindrome coronarica acuta. L'età media dei pazienti dell'Europa Orientale ricoverati per sindrome coronarica acuta nel nostro Centro è nettamente più bassa rispetto a quella della popolazione italiana residente (44±5 vs 68±7 anni, p<0.001), come espressione dell'età media globalmente più bassa dei migranti ma anche di una tendenza all'aterotrombosi ad espressione precoce.

d) *La comparsa precoce degli eventi.* I migranti, mentre hanno un buon livello di salute all'inizio del loro percorso migratorio, tendono a vederlo deteriorato nel prosieguo dello stesso processo per effetto delle dinamiche socio-economiche e culturali che lo caratterizzano.

Al contrario dei residenti, i migranti tendono ad avere eventi cardiovascolari molto precoci, con un'espressione fenotipica condizionata soprattutto dall'ambiente oltre che dal genotipo, che in alcuni casi è caratterizzato da peculiari caratteristiche etniche, come ad esempio nei migranti provenienti dal Sud-Asia. In altre parole, l'integrazione degli stranieri in Italia sembra riguardare più i fattori di rischio e l'esposizione ad essi che non gli aspetti politici ed economici.

Un aspetto rilevante dal punto di vista clinico è che la precocità degli eventi genera un lungo periodo di prevenzione secondaria, con conseguente aumento statistico dell'esposizione al rischio di recidive.

## Le basi razionali per l'intervento preventivo nei migranti

I migranti presentano un profilo di rischio per malattie cardiovascolari caratterizzato da una maggiore precocità del primo evento, da un peggiore outcome immediato e a distanza, in alcuni sottogruppi etnici da un peggiore profilo di rischio per maggior prevalenza di sindrome metabolica e profilo genetico protrombotico.

Il rischio cardiovascolare globale dei migranti è pertanto più elevato rispetto alla popolazione italiana generale; un rischio aggiuntivo non calcolabile è costituito dalla mancata consapevolezza di questo aumentato rischio sia nei pazienti stessi che nella comunità medica.

Se quest'ultimo aspetto è modificabile con campagne educative, appare molto più difficile l'intervento di educazione sanitaria nelle popolazioni dei migranti, per le quali vi è scarsa presenza e soprattutto scarsa conoscenza dei servizi territoriali a fronte di un elevato ricorso al ricovero in urgenza<sup>2</sup>. Nella nostra esperienza è decisamente maggiore la frequenza di ricoveri per sindrome coronarica acuta (con o senza soprasslivellamento del tratto ST) ad età decisamente inferiore a quella della popolazione italiana quando le due popolazioni vengano comparate per gruppi di età equivalenti, e questa condizione è tipicamente espressione di un'assenza di interventi di prevenzione primaria. La gestione successiva all'evento nei nostri ambulatori dedicati (Ambulatorio della Sindromi Coronariche Acute, Ambulatorio Scopenso Cardiaco) mostra un'aderenza non adeguata alle prescrizioni terapeutiche e agli stili di vita nella popolazione dei migranti.

In maniera sintetica, gli interventi necessari potrebbero essere così riassunti:

- migliorare l'accesso ai servizi e alle "cure",
- incidere sulle cause dell'esclusione/vulnerabilità sociale,
- creare normative atte a favorire i percorsi di inclusione,
- formare gli operatori dei servizi,
- implementare interventi mirati di prevenzione, con valutazione del rischio cardiovascolare direttamente nei luoghi di lavoro,
- aumentare l'impatto delle raccomandazioni di salute pubblica,
- raggiungere la realizzazione concreta del diritto alla salute.

Relativamente alle differenze razziali, un'attenzione maggiore dovrebbe essere indirizzata:

- a) al problema fumo nei pazienti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est, che per altri aspetti presentano un profilo di rischio cardiovascolare sovrapponibile agli italiani;
- b) all'aterogenesi accelerata dei pazienti provenienti dal Sud-Asia, e alla elevata frequenza tra essi delle manife-

stazioni fenotipiche e genotipiche della sindrome metabolica.

Ulteriori problematiche potranno essere definite solo in futuro: sarà infatti necessario seguire l'epidemiologia delle malattie cardiovascolari nei migranti in rapporto:

- all'invecchiamento dell'attuale popolazione residente, in particolare quella femminile,
- all'integrazione dell'attuale popolazione infantile e/o adolescente, soprattutto in relazione alle differenze tra i nati in Italia e quelli giunti per ricongiungimento familiare.

Esperienze relative ad altre nazioni<sup>5</sup> fanno ipotizzare che i nati in Italia o gli immigrati in età infantile possano ricevere un beneficio dal processo di integrazione precoce, al contrario degli immigrati in età adulta in cui l'esposizione a stili di vita "occidentali" è invece deleteria.

In questo processo giocheranno un ruolo essenziale l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per la tutela delle disuguaglianze, i Servizi Territoriali di prevenzione, gli ambulatori specialistici ospedalieri, i medici di medicina generale. Solo dall'interrelazione di queste strutture e dall'incrocio dei rispettivi database potremo avere risposte sicure da cui generare politiche di intervento, linee guida e azioni specifiche.

## Bibliografia

1. ISTAT. La popolazione straniera residente in Italia. 18/10/2009.
2. ISTAT. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera in Italia. 11/12/2008.
3. Jorgensen ME, Borch-Jensen K, Bjerregaard P. Lifestyle modifies obesity-associated risk of cardiovascular disease in a genetically homogeneous population. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 29-36.
4. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, de Graaf Aikins A, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes, and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health* 2009; 5: 7.
5. Liem SS, Oemrawsingh PV, Cannegieter SC, et al. Cardiovascular risk in young apparently healthy descendants from Asian Indian migrants in the Netherlands: the SHIVA study. *Neth Heart J* 2009; 17: 155-61.
6. Eapen D, Kalra GL, Merchant N, Rora A, Khan BV. Metabolic syndrome and cardiovascular disease in South Asians. *Vasc Health Risk Manag* 2009; 5: 731-43.