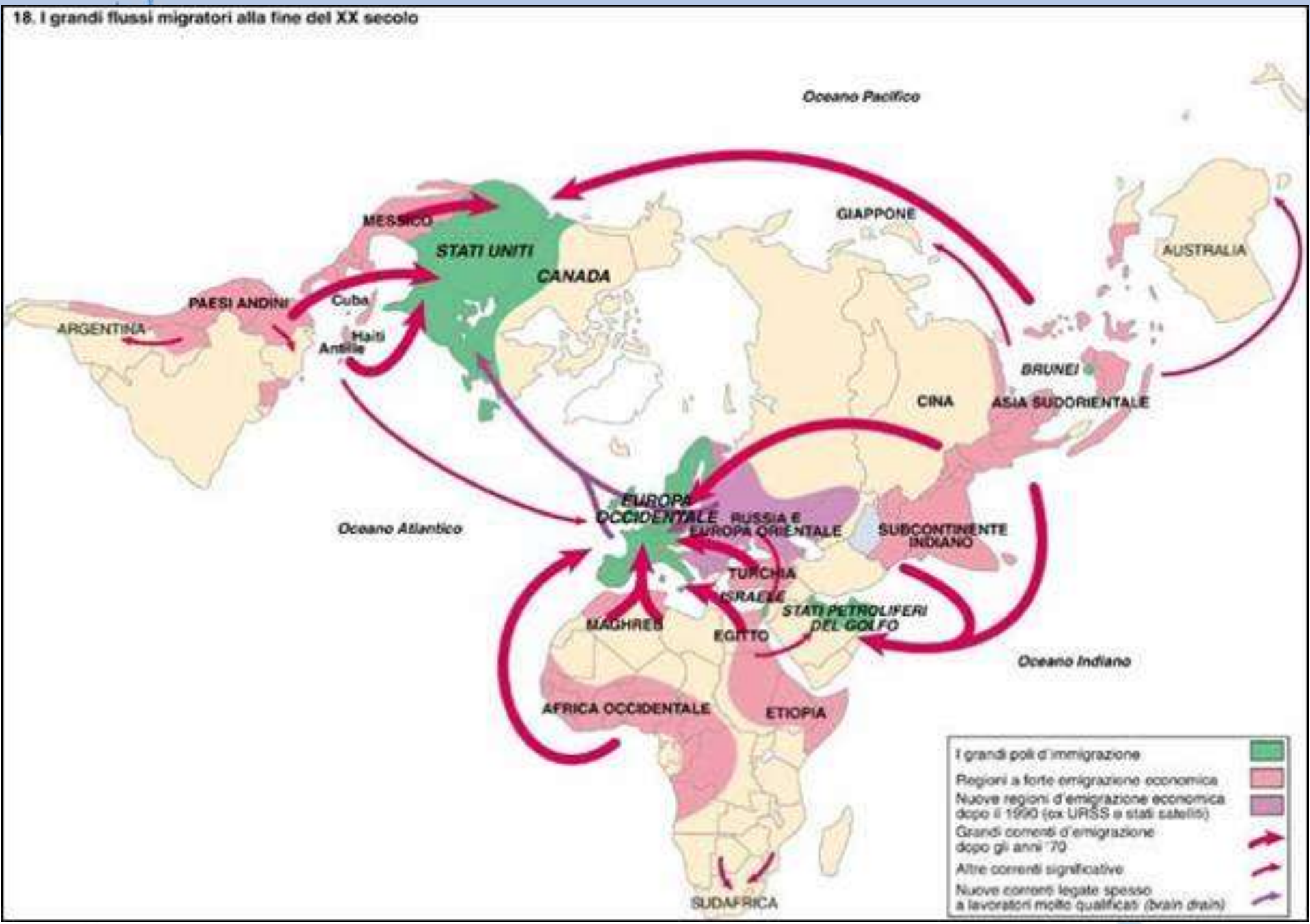
Il Diabete nella popolazione immigrata

18. I grandi flussi migratori alla fine del XX secolo



Nei grandi Paesi europei, l'esame della situazione nazionale considera la presenza di gruppi etnici con elevata prevalenza di diabete; si pensi, ad esempio, ai turchi in Germania (2.000.00 su 7,2 milioni di immigrati- 8.8% popolazione), con una prevalenza del 14,9%, africani, caraibici ed asiatici in Gran Bretagna, tutti con un'incidenza di diabete da 3 a 6 volte superiore.

Le profonde modificazioni nella popolazione italiana rendono estremamente interessante la lettura dei riflessi che questa svolta epocale sta determinando nell'assistenza sanitaria.



numero degli immigrati ?

Dati Istat: **4.570.317** stranieri residenti al 31.12.2010 e un aumento annuale di 335.258 unità
A questi numeri andrebbero aggiunte le persone in posizione irregolare, stimate in oltre **mezzo milione (prevalenza del 7,5% della popolazione residente). I figli di immigrati sono 1 milione**
Aspetti demografici: minori, 21,7%; in età lavorativa, 78,8%; anziani, 2,3%. Età media, 32 anni

Dati Ministero Istruzione: iscritti anno scolastico 2010/2011: 709.826 (7,9%), di cui nati in Italia 42,2%

Principali collettività di immigrati in Italia e ripartizione territoriale:

Romania **968.576**;
Albania **482.627**;
Marocco **452.424**;
Cina **209.934.**
Continente europeo 50,8%, Africa 22.1%, Asia 18.8%
Americhe 8,3.

La ripartizione territoriale degli immigrati in Italia vede al primo posto il **Nord Ovest (35,0%)**, poi il **Nord Est (26,3%)**, il **Centro (25,2%)** ed infine **Sud e Isole (13,5%)**. In alcune regioni la prevalenza di immigrati supera il il 10% (Emilia, Umbria, Lombardia, Veneto)

Studio DAWN 2007

provenienza degli immigrati

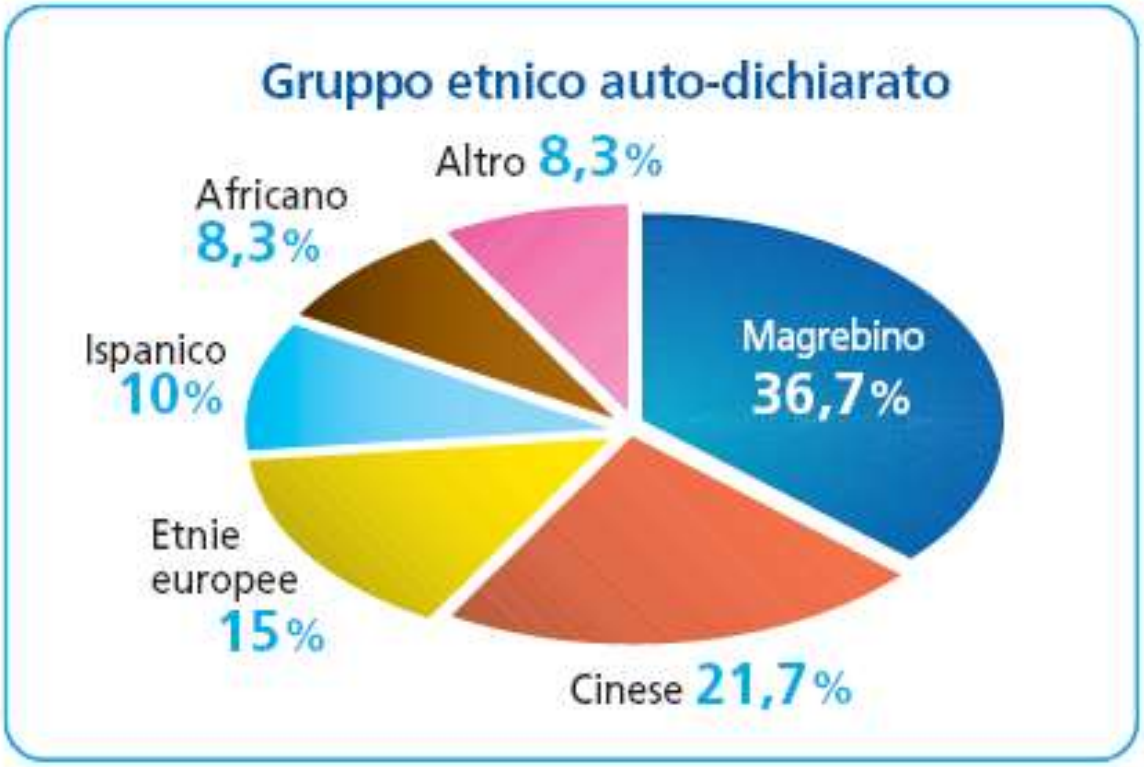


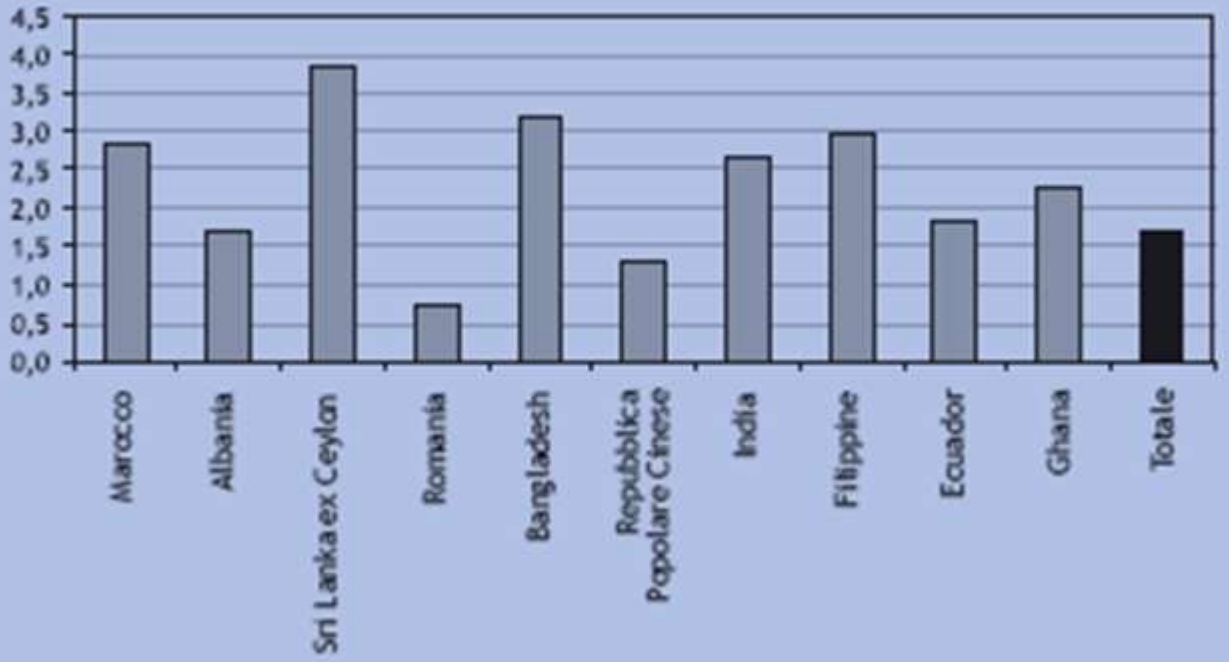


Fig. 54
Etnie riscontrate

Campione di 570 diabetici italiani vs 60 diabetici immigrati (2007)

Mazzara del Vallo-Prato-Genova

- Grafico 2.2 -
Percentuale di pazienti straneri con diabete in Italia per Paese d'origine





Osservatorio ARNO 2011 (campione di 600.000 immigrati)
Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Persone nate all'estero in paesi a forte pressione migratoria senza cittadinanza italiana (1 generazione) e persone nate in Italia senza cittadinanza italiana (2 generazione)

- Tabella 2.4 -
Stranieri con diabete - Distribuzione per paese d'origine

Rank	Paese	N. Diabetici Stranieri nati all'estero e stranieri nati in italia)	%	Prevalenza su stranieri in Italia	Età media
1	Marocco	1.967	18,9	2,8	51
2	Albania	1.051	10,1	1,7	57
3	Sri Lanka ex Ceylon	856	8,2	3,8	50
4	Romania	839	8,1	0,7	49
5	Bangladesh	616	5,9	3,2	40
6	Repubblica Popolare Cinese	473	4,6	1,3	50
7	India	448	4,3	2,7	48
8	Filippine	399	3,8	3,0	52
9	Equador	346	3,3	1,9	51
10	Ghana	263	2,5	2,3	45
11	Senegal	262	2,5	2,4	48
12	Nigeria	249	2,4	1,8	39
13	Uoraina	231	2,2	1,0	54
14	Moldova	208	2,0	0,6	51
15	Tunisia	199	1,9	2,3	51
16	Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia	196	1,9	1,4	51
17	Peru'	141	1,4	1,1	52
18	Repubblica di Serbia	138	1,3	1,0	51
19	Pakistan	135	1,3	3,3	48
20	Egitto	130	1,3	4,2	53
	Altri	1.247	12,0	1,5	50
Totale		10.394	100,0	1,7	50



Osservatorio ARNO 2011
Diabete Il profilo assistenziale della popolazione con diabete

La distribuzione degli immigrati con diabete per classi di età appare profondamente diversa da quella degli italiani: essa presenta, infatti, una consistente concentrazione nella fascia sotto i 44 anni e una sostanziale assenza nelle classi d'età sopra i 65 anni.

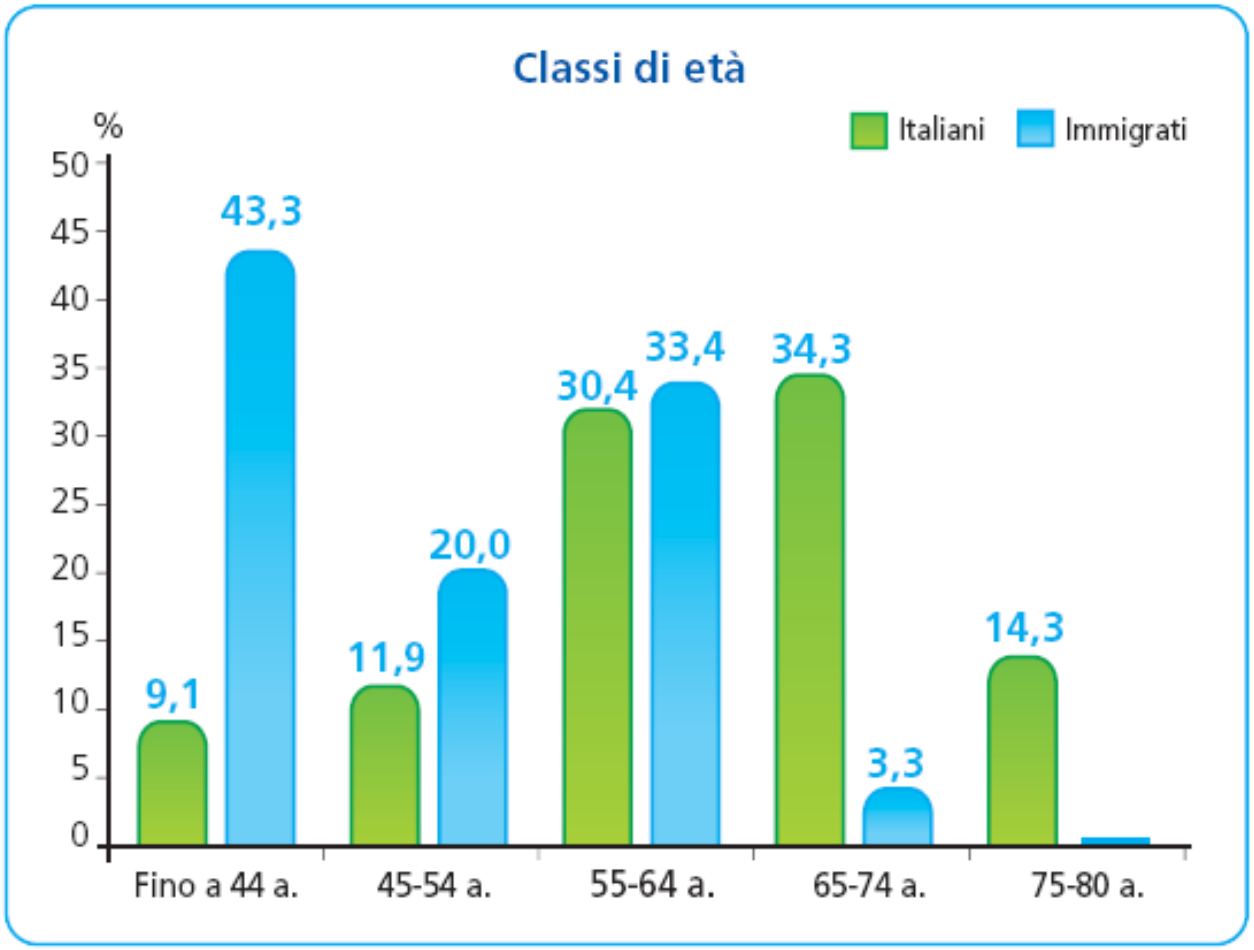
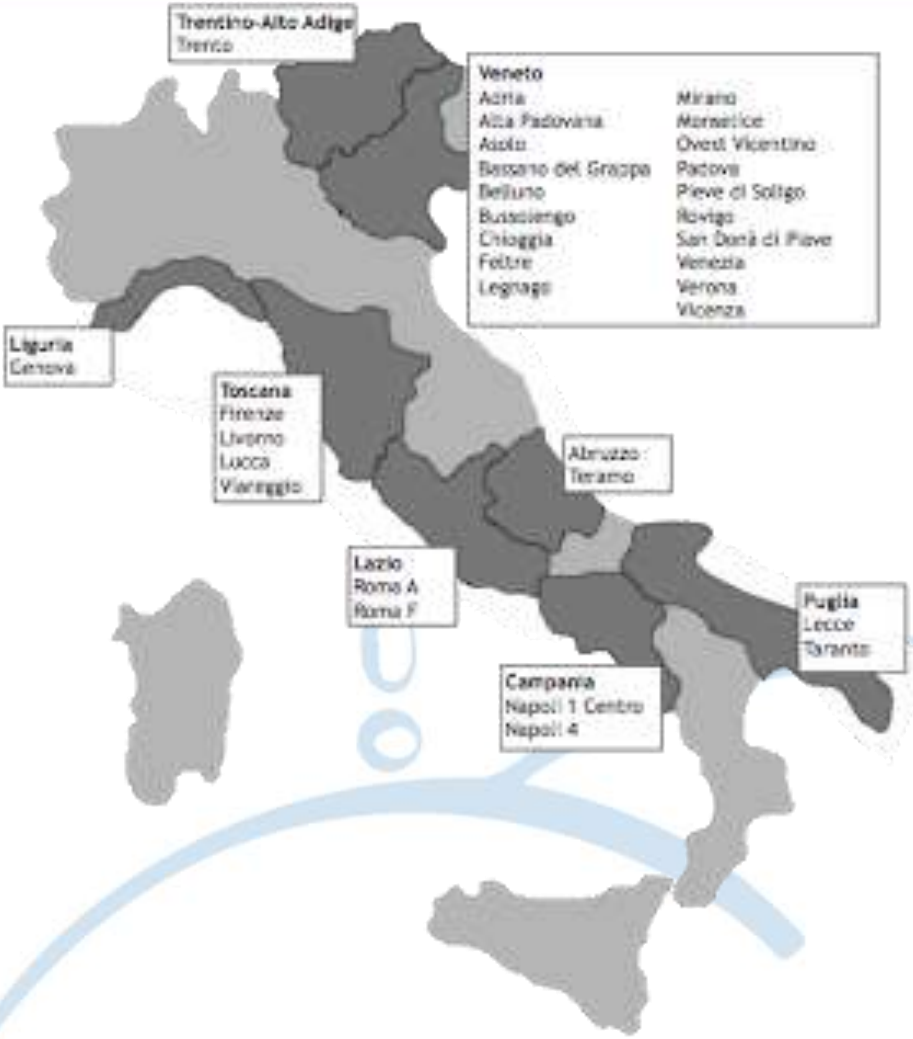


Fig. 55 - Ripartizione per classi d'età

"**effetto migrante sano**"

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie. Inoltre bisogna considerare che nel tempo la rilevanza dell'"effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali

LE ASL DELLA RETE ARNO

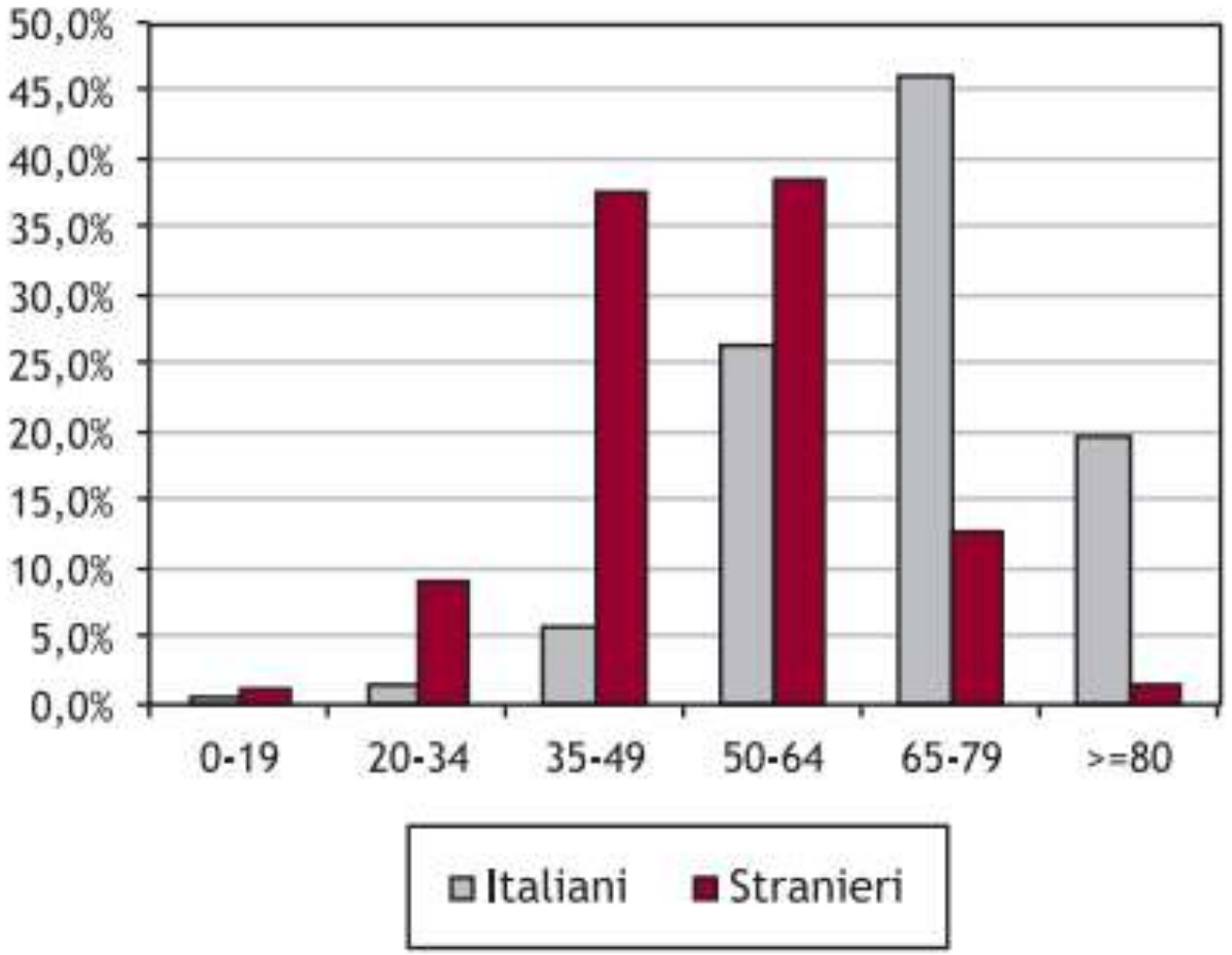


% popolazione ARNO sul totale della Regione rappresentata (fonte ISTAT)

Regione	%
Veneto	89,2
Trentino-Alto Adige	48,8
Liguria	45,3
Toscana	43,5
Puglia	33,9
Campania	27,0
Abruzzo	21,7
Lazio	14,0
Italia	17,3

- Grafico 2.3 -

Distribuzione per età della popolazione con diabete farmaco-trattato





Osservatorio ARNO 2011

Diabete Il profilo assistenziale della popolazione con diabete

L'Osservatorio *ARNO* ha valutato solo la popolazione straniera in trattamento farmacologico.

tipo di diabete fra gli immigrati?

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE DEGLI IMMIGRATI CON DIABETE

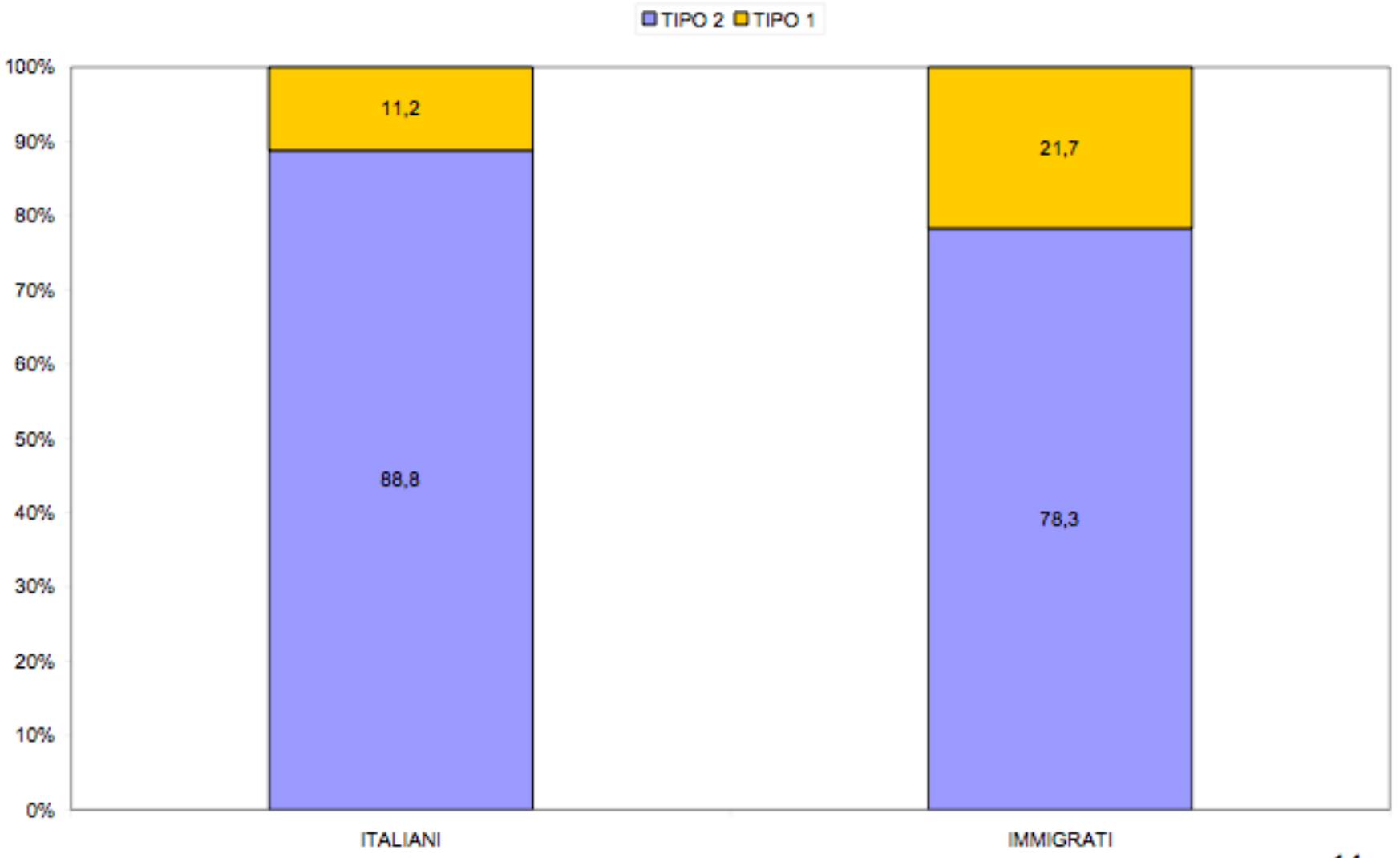
L'etnia più rappresentata nel campione è quella maghrebina (37%), che è maggioritaria a Mazara e presente anche a Genova e Prato. La seconda per dimensioni è costituita dai cinesi (22%), presenti soprattutto a Prato. Seguono l'insieme delle etnie europee (est europee), i latino-americani (ispanici) e gli africani.

La ripartizione per sesso è identica a quella riscontrata tra i diabetici italiani: registra, cioè, una leggera prevalenza di maschi.

La distribuzione degli immigrati con diabete per classi di età appare profondamente diversa da quella degli italiani: essa presenta, infatti, una consistente concentrazione nella fascia sotto i 44 anni ed una sostanziale assenza nelle classi d'età sopra i 65 anni. Entrambe queste caratteristiche appaiono riconducibili alla minore età media degli immigrati rispetto alla popolazione italiana, ma la concentrazione sotto i 44 anni va posta in relazione, in particolare, ad una maggiore frequenza di diabetici di Tipo 1.

Il diabete di Tipo 1 è, infatti, il doppio più diffuso -in proporzione- tra gli immigrati diabetici rispetto ai diabetici italiani.

TIPO DI DIABETE (%)

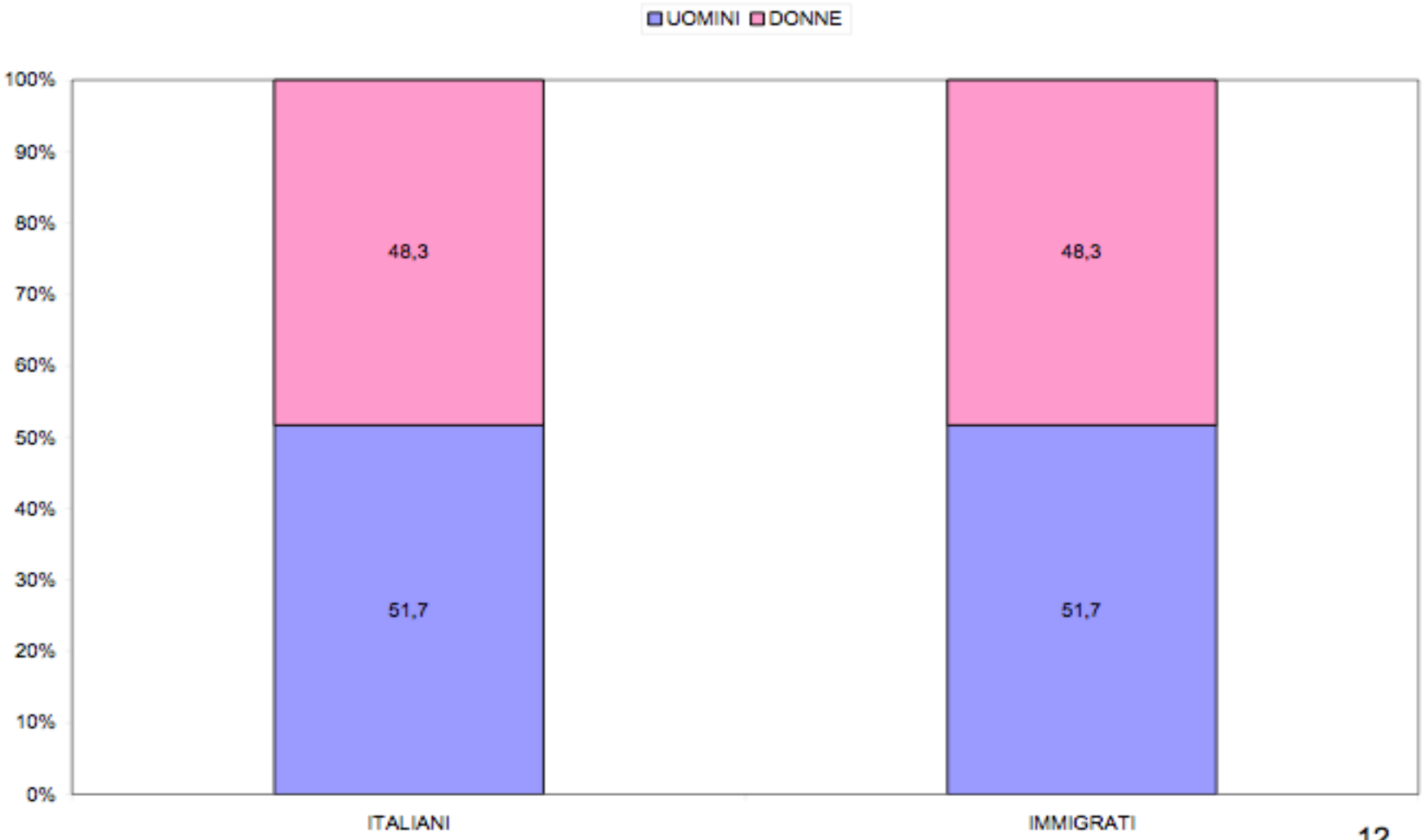


sesso degli immigrati con diabete

L'Italia, inizialmente considerata un territorio di passaggio verso altri Paesi, è diventata con il passare del tempo una meta stabile: per molte Province del Centro-Nord sembra avviato un processo di integrazione sul territorio delle collettività immigrate, mentre il Mezzogiorno rimane un'area dinamica in cui è difficile rintracciare caratteristiche di stabilizzazione. In questo percorso di inserimento un ruolo fondamentale lo giocano le donne che costituiscono una realtà sempre più significativa all'interno del nostro Paese. Il processo di **femminilizzazione dei flussi migratori**, e la conseguente concentrazione di donne in età fertile, porta in primo piano le questioni relative alla salute riproduttiva e materno-infantile ma anche quelle relative al contributo dato dai figli dell'immigrazione alla realtà italiana. Alla fine del 2010, le donne residenti con nazionalità estera sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%).

Diabete gestazionale nelle donne immigrate

SESSO (%)

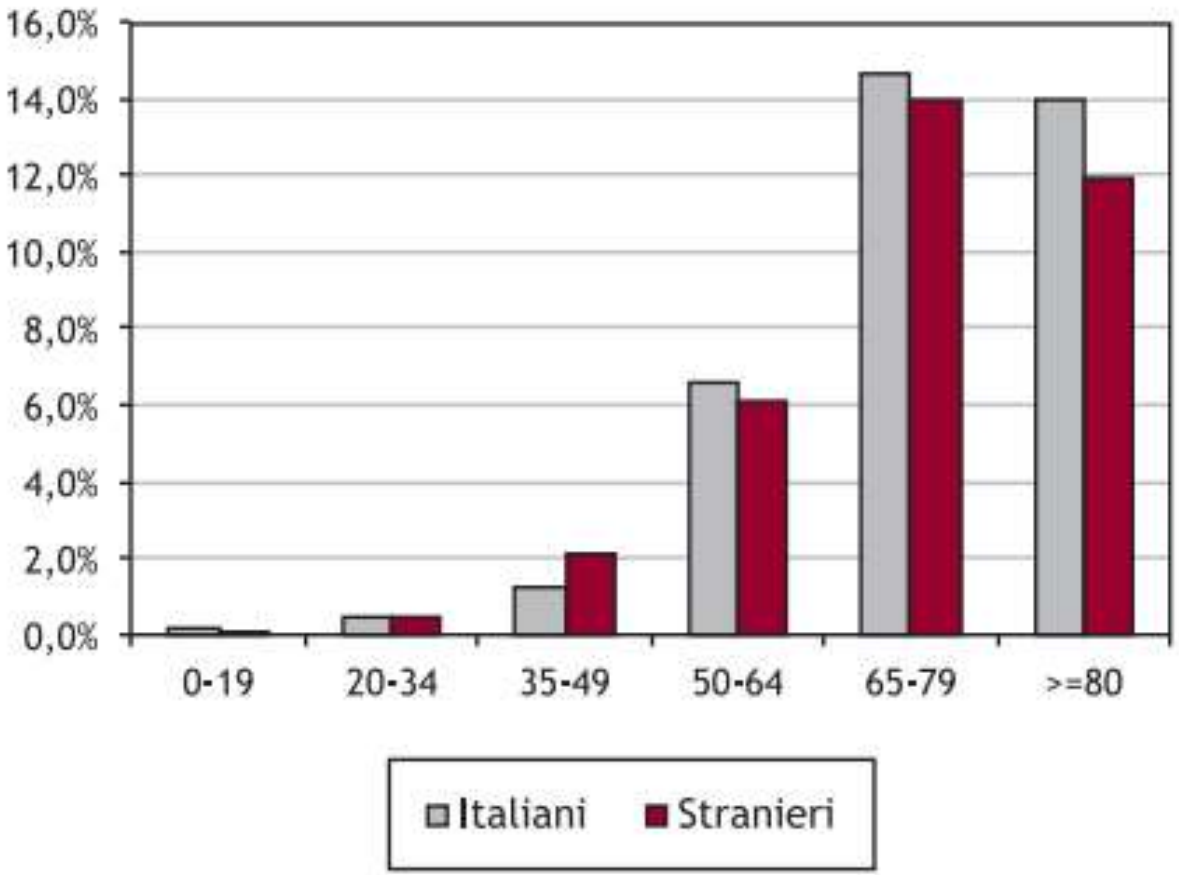

UOMINI
DONNE
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
48,3
51,7
48,3
51,7
ITALIANI
IMMIGRATI

In Italia la multietnia è una realtà in continua crescita, il 33% dei cittadini non comunitari è di fede islamica, numero raddoppiato negli ultimi 10 anni ed in costante aumento. Si calcola che gli immigrati musulmani sono 700.000 con un aumento di 104.000 all'anno.

(Calcolando prevalenza del DM 1,8%: **12.600 diabetici mussulmani mentre con prevalenza del 4% si arriva a 28.0000 diabetici mussulmani)**

Il reale numero di diabetici in questa popolazione non è conosciuto, perché, come riferito dallo studio Dawn gli immigrati con diabete incontrano più difficoltà dei diabetici italiani a farsi visitare dal medico generico (il 30% al confronto dell'8% circa) e ancor più dal medico specialista (il 43,3% al confronto sempre dell'8% circa). La difficoltà principale, nel caso del medico generico, è rappresentata dalle barriere linguistiche.

- Grafico 2.4 -
Prevalenza del diabete farmaco-trattato





Osservatorio ARNO 2011
Diabete Il profilo assistenziale della popolazione con diabete

La spesa per unità di popolazione risulta ridotta a valori di poco superiori al 50%, confrontata con quella degli italiani con diabete residenti nella stessa ASL anche se il costo dei farmaci per il diabete risulta sostanzialmente identico.

La spesa media per gli altri farmaci risulta infatti ridotta del 45 %, la spesa per i ricoveri del 54%, la spesa per specialistica (esami, visite, radiologia) del 37%. Peraltro, si rileva che l'età media della popolazione straniera con diabete è di quasi 20 anni inferiore a quella della popolazione italiana.

Per quanto riguarda i farmaci impiegati si rilevano percentuali d'uso largamente simili a quanto si osserva nella popolazione italiana. L'utilizzo delle tre classi di farmaci (insulina, ipoglicemizzanti orali, insulina+ orali) risulta lievemente diversa; in particolare uno **trattamento moderatamente più intensivo con tutte le classi di farmaci nella popolazione i 35-49 anni.** In questa classe di età si nota un minor uso di insulina ma una maggiore tendenza alla terapia combinata con insulina ed pio orali. In generale il **numero di pezzi per paziente è largamente inferiore a quello osservato negli italiani.** Questo fenomeno indica un sotto trattamento della popolazione straniera non solo imputabile al Sistema Sanitario, ma anche riferito alla più giovane età, ed a una mancata compliance al trattamento, alle visite e alle prescrizioni da parte degli stranieri, unitamente a una marcata mobilità geografica.

Questo fenomeno si manifesta anche nell'uso di altri farmaci con particolare riferimento ai farmaci del sistema cardiovascolare della dislipidemia. Molto importante è certamente giocato dalla giovane età che rende importante ed cardiovascolare.

- Tabella 2.8 -

Le prime 15 cause di ricovero più frequenti (su 650) che coprono il 37% dei ricoveri complessivi

Rank	Diagnosi	Descrizione	Stranieri		Italiani	
			‰ ricoverati	Giorni medi di degenza per ricovero	‰ ricoverati	Giorni medi di degenza per ricovero
1	250	Diabete mellito	17,9	9	7,8	11
2	648	Altre condizioni morbose complicanti la gravidanza	6,9	7	0,8	4
3	650	Parto normale	6,2	4	1,0	3
4	410	Infarto miocardico acuto	5,2	12	8,4	9
5	518	Altre malattie del polmone	4,5	14	9,2	13
6	574	Colelitiasi	4,1	6	4,1	7
7	585	Insufficienza renale cronica	4,1	13	3,6	9
8	654	Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi	4,1	6	0,3	6
9	428	Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)	3,8	10	18,2	11
10	664	Trauma del perineo e della vulva nel corso del parto	3,1	5	0,3	5
11	434	Occlusione delle arterie cerebrali	2,8	8	5,9	11
12	414	Altre forme di cardiopatia ischemica cronica	2,4	16	5,9	9
13	571	Malattia epatica cronica e cirrosi	2,4	13	1,6	13
14	669	Altre complicazioni del travaglio e del parto	2,4	5	0,3	5
15	491	Bronchite cronica	2,1	7	2,8	13



Osservatorio ARNO 2011

I ricoveri e le prestazioni specialistiche sono meno frequenti, fatta eccezione per i ricoveri con diabete mellito come diagnosi principale (18% invece dell'8%) ed i ricoveri impropri che, probabilmente, riflettono maggiori difficoltà nell'assicurare un'assistenza ben organizzata agli stranieri.



- Tabella 2.5 -
Costi diretti del diabete farmaco-trattato negli stranieri
(confronto con la popolazione italiana)

	Stranieri	Italiani
Popolazione con diabete	10.405	368.297
Prevalenza	1,68	5,03
Età media	50	68
Numero medio pezzi pro capite	39,0	77,3
di cui per antidiabetici	14,0	16,3
di cui per altri farmaci	25,1	61,0
Spesa media pro capite		
Totale farmaceutica + ricoveri + specialistica	1.489	2.881
Farmaceutica	515	939
di cui per antidiabetici (%)	194 (38%)	195 (21%)
Ricoveri	657	1.443
Specialistica	316	499
Spesa media per trattato farmaceutica	516	941
di cui per antidiabetici	194	196
Spesa media per ricoverato	4.243	6.567
Spesa media per utilizzatore specialistica e diagnostica	373	533

I ricoveri e le prestazioni specialistiche sono meno frequenti. La spesa procapite è inferiore rispetto a quella di un paziente italiano, ed è pari al 55% per i farmaci, al 63% per la specialistica,al 50% per i ricoveri. Nella fascia fra 35 e 49 anni, si registra un lieve aumento nell'utilizzo dei farmaci per il diabete, ma con un minor numero di pezzi, il che denota una minore aderenza e copertura terapeutica. La differenza al ribasso diventa significativa per i farmaci non legati al diabete, sia per percentuale di trattati che per numero di pezzi

- Giovane età degli stranieri con diabete
- Bassa prevalenza totale della malattia
- Variabilità nella prevalenza di diabete in rapporto al paese di nascita o di cittadinanza. Questa variabilità non è probabilmente soltanto espressione delle differenze di età, ma riflette anche una differente suscettibilità genetica nei confronti delle modificazioni delle abitudini alimentari. L' altissima prevalenza di diabete nella coorte del Bangladesh, India e Pakistan e per contro la bassa prevalenza nelle corti dei paesi dell'Europa orientale non trova infatti giustificazione nelle differenze d'età.
- Nell'insieme, comunque, i dati a disposizione indicano che il Ssn garantisce un buon livello di accesso all'uso dei farmaci, con un livello di spesa che, tenuto conto dell'età giovane della popolazione immigrata, è molto contenuto.

Dati recenti da survey nazionali svolte in otto Paesi europei **stimano un rischio di diabete** nelle persone meno istruite mediamente superiore del 60%, con un'alta variabilità tra Paesi (dal 16% della Danimarca al 99% della Spagna). L'Alameda County Study ha mostrato una prevalenza di T2DM del 4,5%, 2,5% e 1,6% tra chi aveva, rispettivamente, bassa, media, e alta istruzione.

Il Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ha riportato un maggior rischio di diabete nei gruppi a basso reddito, con un'associazione più forte fra le donne.

Anche in Italia, le persone meno istruite (senza titolo di studio o con licenza elementare) hanno una maggiore probabilità di essere affette da diabete rispetto a chi possiede un'istruzione più elevata, con un eccesso di rischio stimato pari a circa il 60%.

Livello socioeconomico e Rischio di Diabete

Diversi studi dimostrano che molte patologie croniche, tra cui il diabete, colpiscono maggiormente i gruppi socialmente sfavoriti. Tra questi, le persone immigrate rappresentano una fascia di popolazione particolarmente svantaggiata **poiché non sempre hanno accesso ai servizi nei tempi e nei modi che sarebbero necessari.** Dunque, favorire un accesso regolare ai servizi preposti all'assistenza alla malattia diabetica nei pazienti e potenziare le competenze individuali su questa patologia diventano obiettivi primari, sia per la prevenzione e gestione del singolo che per la salute pubblica in generale. Sul sito del progetto Igea, è presente un'ampia sezione dedicata al diabete e alle disuguaglianze sociali di salute in cui è disponibile anche un filmato realizzato dall'Iss in collaborazione con l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp).

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, nel 2008 la prevalenza di diabete era 2,1% nelle persone laureate rispetto al 14,1% nelle persone senza titolo di studio. Inoltre, nelle persone con diabete socialmente deprivate, si accentua la difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, nel seguire le terapie adeguate e nell'autogestione della malattia con evidenti conseguenze sulla prognosi della malattia.

Numerosi sono gli studi che documentano l'associazione tra deprivazione socio-economica e inadeguato controllo metabolico, con una maggiore frequenza di complicanze micro e macrovascolari nelle classi sociali più svantaggiate.





DAWN2

Questo profilo del paese offre un sunto dei risultati dello studio DAWN2™ in Italia. Per ulteriori informazioni consultare il sito www.changingdiabetesbarometer.com





Il diabete in Italia[1]

Popolazione adulta nel 2012 (da 20 a 79 anni di età):	**45,7** milioni
Stima del numero di soggetti con diabete nel 2012:	**3,9** milioni
Stima del numero di soggetti con diabete nel 2030:	**4,2** milioni

In Italia, lo studio DAWN2™ ha condotto un'indagine su un totale di 905 persone, tra cui **504 soggetti con diabete**, **121 familiari di soggetti con diabete** e **280 operatori sanitari** coinvolti nella prestazione di cure a soggetti con diabete.

Obiettivi dello studio DAWN 2

VALUTARE a distanza di alcuni anni se ci sono state evoluzioni nei sistemi di assistenza e cura

RILEVARE la potenziale utilizzazione di altri settori della comunità ad agire di concerto con i principali attori del sistema

dawn2

IDENTIFICARE degli "indicatori" di tipo "umanistico" che costituiscano una sorta di standard di qualità da raggiungere nella gestione quotidiana della malattia diabetica e della cronicità in generale

FAR EMERGERE tutte quelle condizioni che abbiano fatto registrare successi anche individuali nella cura del diabete

INDIVIDUARE ancora, infine, le reali carenze presenti, ed indicarne le vie di uscita ai decisori politici ed istituzionali.

DAWN2™ study: the largest ever global study to explore the unmet needs of people with diabetes

DAWN2™ represents the voice of more than 15,000 people living with or caring for persons with diabetes in 17 countries across 4 continents.





GISED



La "paura" e la diffidenza nei confronti del Ssn da parte delle persone in condizione di irregolarità giuridica rimangono elementi non trascurabili, specialmente dopo l'introduzione della legge 94/2009

Si aggiungono a questo **le difficoltà linguistiche e le differenze culturali** che mettono in evidenza come il tema della promozione della salute nei confronti dei migranti vada affrontato all'interno di un approccio più ampio che includa l'inserimento sociale nel senso più lato del termine. In tutto questo diventa basilare la formazione degli operatori, per una efficace presa in carico dei migranti. Inoltre, per favorire l'integrazione, diventa sempre più necessaria l'informazione-mediazione verso gli stranieri e la comunicazione verso la società ospitante. Al riguardo, l'Organizzazione internazionale per le migrazioni ha pubblicato il "World Migration Report 2011 - Communicating Effectively about Migration" (pdf 10,7 Mb) che affronta il tema dell'importanza di una comunicazione efficace sul tema dei migranti **per evitare disinformazione e percezione negativa.**

In collaborazione con

AMD

Scuola Permanente di Formazione Continua AMD

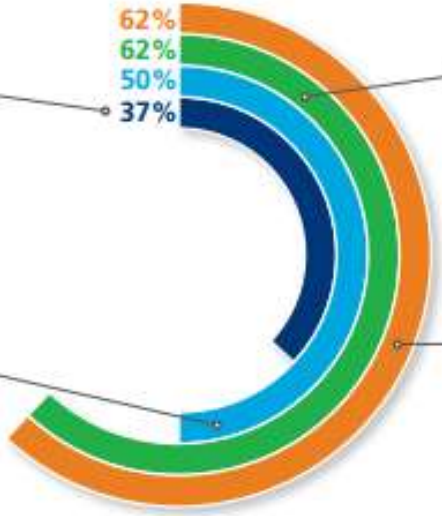
Prospettiva degli operatori sanitari[4]

Istituzione sanitaria

Il **37%** ritiene che la sanità sia ben organizzata per la gestione delle malattie croniche.

Al diabete si dovrebbe assegnare una priorità più elevata

Il **50%** ritiene che al diabete si dovrebbe assegnare una priorità più elevata.



Educazione all'autogestione

Il **62%** ritiene che rendere più disponibile una formazione autonoma sul diabete contribuirebbe a ridurre il carico emotivo determinato dal diabete.

Esigenza di un maggior numero di operatori sanitari qualificati nel campo dell'assistenza

Il **62%** ritiene che dovrebbe essere disponibile un maggior numero di formatori di infermieri qualificati o di infermieri specializzati nella cura del diabete.

Presentato dal Changing Diabetes® Barometer

Un elemento che caratterizza questo nuovo panorama sociale in cui la migrazione è diventata un fenomeno strutturale è il pluralismo religioso ed una componente fondamentale dell'universo religioso **sono proprio i regimi dietetici**: tutte le religioni, in tutti i tempi hanno sempre sentito la necessità di elaborare delle regole senza le quali il rapporto con il "divino" sarebbe precluso. I divieti alimentari, in particolare, definiscono frontiere culturali e rafforzano l'identità del gruppo.

Non vi sono studi dedicati alla relazione tra alimentazione nelle varie etnie e diabete.

Parimenti, poco è conosciuto sugli effetti delle alimentazioni rituali, dei diversi credo religiosi, che con la loro obbligatorietà possono profondamente incidere sul processo di cura nella persona con diabete.

.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

OBIETTIVO 4
(disuguaglianze sociali; fragilità e/o vulnerabilità)

"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

Obiettivi specifici

- migliorare l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con diabete in condizioni di fragilità o in contesti sociali difficili;
- promuovere l'empowerment del paziente nel proprio contesto sociale;
- migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del contesto sociale e familiare;

Indirizzi strategici

- definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone con vulnerabilità socio-sanitaria e/o non autosufficienti;
- impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche;
- formazione specifica rivolta ai team diabetologici;
- coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete;
- educazione terapeutica pertinente rivolta ai pazienti e alle loro famiglie.

Linee di indirizzo prioritarie

-
- censire e valutare le risorse strutturali, organizzative e umane già operative a livello regionale e aziendale per garantire adeguati livelli di assistenza;
- potenziare l'assistenza domiciliare integrata per il diabetico fragile;
- realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di fragilità e ai contesti sociali difficili.

Open DIAlogue
Diabete e relazioni transculturali

GISED

Gruppo di studio ADI-AMD-SID "Nutrizione e diabete"

DAWN

(Diabetes Attitudes Wishes & Needs)

MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

DAWN ITALIA (Diabetes Attitudes Wishes & Needs)

Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione

In collaborazione con

Associazione diabete italia

IMMIGRAZIONE E DIABETE

La persona con diabete non deve essere discriminata in base alla lingua, all'etnia, alla provenienza geografica, alla religione e allo status.

Occorre pertanto:

1. Facilitare all'immigrato l'accesso al sistema sanitario su tutto il territorio nazionale attraverso servizi di mediazione linguistica.

2. Adattare, ove possibile, i programmi di cura della persona con diabete alle usanze dettate dalle tradizioni culturali e religiose se non in contrasto con i diritti dell'uomo.

3. Offrire corsi di educazione continua tenuti da gruppi multidisciplinari, supportati da personale anche delle associazioni di volontariato delle persone con diabete in grado di effettuare una comunicazione multilingue presso tutti gli ambienti di vita e di lavoro.