

- ronment. *A Multidisciplinary Assessment of Risks to Man and Other Organisms*. London, Lewis publishers. 1994, 213-220.
18. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Vol. 69. Polychlorinated dibenzo-para-dioxins and polychlorinated dibenzofurans*. Lyon: IARC, 1997.
  19. Tomatis R. I conflitti d'interesse dell'esperto. *Epidemiol Prev* 2002; 26: 307.
  20. Ludwig ER, Madeksho L, Egilman D. Re: Mesothelioma and lung tumors attributable to asbestos among petroleum workers. *Am J Ind Med* 2000; 37:275-282. *Am J Ind Med* 2001; 39: 524-527.
  21. Soskolne C. Definizioni proposte per i concetti di «ostacolo alla» ricerca e «repressione della» ricerca epidemiologica. *Epidemiol Prev* 2003; 27:6.
  22. Roushdy-Hammady I, Siegel J, Emri S, Testa JR, Carbone M. Genetic-susceptibility factor and malignant mesothelioma in the Cappadocian region of Turkey. *The Lancet* 2001; 357: 444-45.
  23. Ascoli V, Mecucci C, Knuutila S. Genetic susceptibility and familial malignant mesothelioma. *The Lancet* 2001; 357: 1804.
  24. Saracci R, Simonato L. Familial malignant mesothelioma. *The Lancet* 2001; 358: 1813-14.
  25. ICNIRP (International Commission for Non-Ionizing Radiation Protection) Standing Committee on Epidemiology: Ahlbom A, Cardis E, Green A, Linet M, Savitz D, Swerdlow A. Review of the epidemiologic literature on EMF and health. *Environmental Health Perspectives* 2001; 109 (Suppl. 6): 911-933.
  26. Li DK, Odouli R, Wi S, Janevic T, Golditch I, Bracken TD, Senior R, Rankin R, Iriye R. A population-based prospective cohort study of personal exposure to magnetic fields during pregnancy and the risk of miscarriage. *Epidemiology* 2002; 13: 9-20.
  27. Lee GM, Neutra RR, Hristova L, Yost M, Hiatt RA. A nested case-control study of residential and personal magnetic field measures and miscarriages. *Epidemiology* 2002; 13: 21-31.
  28. ANPA. Dichiarazione del Comitato Internazionale di Valutazione per l'indagine sui Rischi Sanitari dell'esposizione ai campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici (CEM). Roma, ANPA 2002 (In corso di stampa).
  29. WHO Regional Office for Europe. Precautionary policies and health protection: principles and applications. Report on a WHO Workshop Rome, Italy 28-29 May 2001; pp.1-21.
  30. Foster KR, Vecchia P, Repacholi MH. Science and the precautionary principle. *Science* 2000; 288: 979-81.
  31. Kheifets LI, Hester GL, Banerjee GL. The precautionary principle and EMF: implementation and evaluation. *J Risk Res* 2001; 4: 113-125.
  32. Jamieson D, Wartenberg D. The precautionary principle and electric and magnetic fields. *Am J Publ Health* 2001; 91: 1355-8.
  33. Licita G, Colonna N. Applicability of the precautionary principle to power lines: some successful case studies in Tuscany. Workshop «Application on the Precautionary Principle to EMF». Luxemburg, 24 Febbraio 2003.
  34. EC-WHO. *Application of the Precautionary Principle to EMF*. Luxemburg, 24 febbraio 2003.
  35. Mc Michael T. *Human frontiers, environments and disease. Past patterns, uncertain futures*. Cambridge, University press. 2001; p 330.
  36. Botti C, Comba P, Forastiere F, Settini L. Causal inference in environmental epidemiology: the role of implicit values. *Sci Tot Environ* 1996; 184: 97-101.
  37. Botti C, Comba P, Pirastu R, Vineis P. Causalità in epidemiologia: popolazioni, individui e spiegazioni alternative. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 269-67.

## Multiculturalismo e malattie cardiovascolari

## Multiculturalism and cardiovascular diseases

**Carlo Gaudio, Filippo Corsi, Cosimo Esposito, Sara Di Michele, Bich Lien Nguyen, Shahrzad Khatibi, Tesir Sciarretta, Silvia Franchitto, Francesca Mirabelli, Giuseppe Pannarale**

Dipartimento di scienze cardiovascolari e respiratorie, Università degli Studi «La Sapienza» di Roma

Corrispondenza: Carlo Gaudio, via Gregorio VII 324, 00165 Roma; tel. 06-6380551; e-mail: carlo.gaudio@tiscali.it

### Riassunto

Il ventesimo secolo è stato per il nostro paese un secolo di emigrazione, ma i suoi ultimi decenni e il sorgere del terzo millennio hanno visto prodursi un crescente fenomeno migratorio da ritenere ormai una componente strutturale e ordinaria della società italiana. Il patrimonio salute in dotazione all'immigrato al momento dell'arrivo in Italia viene rapidamente dissipato per una serie di condizioni che incombono nel paese ospite: mancanza di lavoro e reddito, degrado abitativo, assenza del supporto familiare, clima, abitudini alimentari differenti. Le malattie cardiovascolari rappresentano il 7,6% delle patologie riscontrate negli immigrati e

rappresentano il 36,6% delle cause dei decessi. Incidono sulla genesi delle malattie cardiovascolari fattori soggettivi (età, gruppo etnico), ambientali, nutrizionali e patogenetici (ipertensione arteriosa, AIDS, tubercolosi e alcol).

Da qui la necessità di disegnare un nuovo modello solidaristico per promuovere l'integrazione culturale e sociale dinanzi al crescere di esigenze multietniche e multirazziali, un modello che riconsideri il rapporto medico-paziente, per giungere a un quadro sociale di reale interculturalità.

(*Epidemiol Prev* 2004; 28 (1): 45-47)

**Parole chiave:** multiculturalismo, malattie cardiovascolari, immigrazione

### Abstract

Immigration has increased drastically to the point of becoming an ordinary structure of our society. Once in Italy, the immigrant's health is compromised rapidly due to a series of conditions and illnesses that exist in our country: lack of

work, inadequate salary, inappropriate residence, lacking family support, climate changes, nutritional differences. Cardiovascular illnesses represent 7,6% of the diseases of the immigrants, and cause 36,6% of deaths. The risk factors that affect the genesis of cardiovascular diseases include: subject-

tive factors (age, ethnic group), environmental, nutritional and pathological (arterial hypertension, AIDS, tuberculosis, alcohol). The challenge for our time is to design a new solidarity model to promote cultural and social integration in order to meet the multiethnic and multiracial needs of

western society. This model should permit reconsideration of doctor-patient relationship in order to build a real intercultural society.

(*Epidemiol Prev* 2004; 28 (1): 45-47)

**Key words:** multiculturalism, cardiovascular diseases, immigration

### Introduzione

Il fenomeno dell'immigrazione ha da sempre accompagnato l'evoluzione della civiltà umana. Se il secolo XX è stato per il nostro paese prevalentemente un periodo di emigrazione, i suoi ultimi decenni e il sorgere del terzo millennio hanno visto invece prodursi un crescente fenomeno immigratorio.<sup>1</sup> In Italia il numero degli immigrati con permesso di soggiorno è ormai stimato intorno al 3% sulla popolazione residente, ma presto il fenomeno raggiungerà cifre ben più ampie. I paesi da cui maggiormente provengono gli immigrati sono gli stati dell'Africa settentrionale – soprattutto Marocco e Tunisia – e alcuni paesi dell'Est europeo – Albania, Romania e i paesi dell'ex Jugoslavia. Un notevole incremento si è avuto dal Sud-Est asiatico, da paesi come le Filippine e la Cina.<sup>2-3</sup>

### Rischio cardiovascolare nell'immigrato

#### Considerazioni generali

Esaminando la problematica sanitaria degli immigrati, è subito evidente come il loro patrimonio di salute sia pressoché integro al loro arrivo in Italia. Questa constatazione, definita effetto migrante sano, è dovuta a un'auto-selezione di chi decide di emigrare, generalmente forte, giovane, con più stabilità psicologica.<sup>3</sup>

Il patrimonio salute in dotazione al migrante più o meno rapidamente (l'intervallo di benessere – il periodo medio cioè che trascorre dall'arrivo in una data città e l'utilizzo dell'ambulatorio medico – varia mediamente da 80 giorni a 12 mesi) viene dissipato per una serie di «fattori di rischio» che incombono nel paese ospite: il malessere psicologico legato alla condizione di migrante, la mancanza di lavoro e reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo, il clima, lo status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Appaiono così le cosiddette patologie da disagio o meglio da degrado: patologie da cattiva e scarsa alimentazione, patologie traumatiche, disturbi acuti dell'apparato respiratorio, cardiovascolare, digerente, genito-urinario. Si tratta di patologie non più gravi o diverse da quelle della popolazione residente, se non per la mancanza di adeguata tutela sanitaria e quindi di interventi in tempi brevi ed efficaci.<sup>2</sup>

In particolare, negli immigrati le malattie cardiocircolatorie rappresentano il 7,6% del totale. Gli stranieri incidono per il solo 1,7% sul totale dei ricoveri per queste cause. Tra le diagnosi più comuni vanno citate l'ipertensione arteriosa, l'angina o l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiocircolatorio, gli attacchi ischemici cerebrali transitori e, non ultime, le complicanze cardiovascolari nell'AIDS.<sup>1</sup>

### Dati e cause di mortalità

Secondo i dati dell'ISTAT del 1998 l'andamento temporale dei decessi di immigrati in Italia è stabilizzato intorno allo 0,4% rispetto al totale nazionale, con prevalenza nella fascia di età tra i 55 e i 70 anni.

Per ciò che attiene alle cause, il gruppo nosologico preminente riguarda i decessi per patologia cardiovascolare, con un'incidenza del 36,6%. Seguono i decessi dovuti a traumi e avvelenamenti (29%), comprendenti anche le morti per cause violente e accidentali. Altre cause di mortalità comprendono i tumori (12,6%), con incidenza più alta rispetto alla media dei paesi d'origine (7%), ma più bassa rispetto alla media italiana (16,9%), e con grande prevalenza tra i giovani. Meno rilevante è la mortalità per malattie infettive e parassitarie (1% circa).<sup>4</sup>

### Fattori di rischio

Tra i fattori di rischio che possono incidere sulla genesi delle patologie cardiovascolari si distinguono fattori soggettivi, ambientali, nutrizionali e patogenetici.

#### Fattori soggettivi

■ **Età.** Questo parametro non è così determinante poiché i soggetti immigrati hanno un'età media di 30 anni, età troppo bassa per avere manifestazioni iniziali di cardiopatia ischemica.

■ **Gruppo etnico.** Uno studio effettuato da ricercatori britannici del St. George's Hospital di Londra dimostra che i bianchi seguiti dai sud-asiatici presentano un rischio maggiore di coronaropatie rispetto ai soggetti di origine africana. Al contrario, gli africani presentano un rischio maggiore di ictus cerebrale. Da qui la necessità di considerare nei pazienti africani o sud-asiatici dei limiti soglia più bassi, qualora si consideri soltanto il rischio di eventi coronarici (valore soglia del 15% per i bianchi, 12% per i sud-asiatici, 10% per gli africani), così da identificare la quasi totalità dei pazienti a rischio.<sup>5</sup>

#### Fattori ambientali

Gli scarsi mezzi economici, il degrado abitativo e nutrizionale e la non adeguata assistenza sanitaria comportano lo sviluppo di quelle «malattie da degrado» precedentemente descritte.

#### Fattori nutrizionali

Il ruolo dell'alimentazione nella patogenesi delle malattie cardiovascolari è stato l'argomento più studiato dall'epidemiologia nutrizionale. E' noto che le popolazioni dell'Europa meridionale hanno un rischio di infarto miocardio inferiore a quelle del Centro-Nord Europa ed è stato ipotizzato che la dieta mediterranea svolga un ruolo protettivo per la cardiopatia coronarica.

### Fattori patogenetici

■ **Iperensione arteriosa.** L'ipertensione rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica anche negli immigrati. Uno studio autoptico condotto a New York nel 1991 su 587 soggetti (314 neri, 273 bianchi) ha dimostrato che la prevalenza della malattia vascolare ipertensiva è doppia nei soggetti neri rispetto ai bianchi (42% vs 23%), mentre la frequenza della cardiopatia ischemica è più alta nei bianchi (64% vs 38%). La prevalenza di morte cardiaca improvvisa è del 47% tra i bianchi e del 50% tra i neri. Questi risultati suggeriscono che il mancato controllo pressorio è uno dei principali fattori determinanti l'eccesso di mortalità cardiovascolare riscontrata nei neri: l'ipertrofia ventricolare sinistra, conseguente allo stato ipertensivo, predispone ad aritmie ventricolari e a morti improvvise.<sup>6-7</sup>

■ **Aids.** Molti immigrati provengono da paesi in cui l'AIDS è un problema sanitario di notevole rilevanza. Le manifestazioni cliniche cardiovascolari più rilevanti sono costituite dall'insufficienza congestizia di tipo sistolico o di tipo diastolico e dal tamponamento cardiaco, in casi di abbondante versamento pericardico. Possono comparire aritmie ipercinetiche o ipocinetiche per l'interessamento del sistema di conduzione.<sup>8</sup>

■ **Tubercolosi.** La tubercolosi (tbc) viene classificata tra le malattie indicanti uno stato di estrema emarginazione.<sup>2</sup> Interessante è la valutazione del fatto, per quanto riguarda l'immigrazione, che il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia varia da sei mesi ad un anno; ciò sta a confermare l'intervento di fattori ambientali ed in particolare il degrado socio-abitativo nel quale una buona parte degli immigrati vive.<sup>2</sup>

■ **Alcol.** L'uso cronico di alcol determina un aumento del rischio cardiovascolare. Da uno studio epidemiologico condotto negli anni 1990-1995 presso un Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Treviso, è emerso che il 10% degli immigrati fa un uso sistematico di bevande alcoliche.<sup>9</sup>

### Conclusioni

La capacità di disegnare un nuovo modello solidaristico che promuova forme di integrazione culturale e sociale, dinanzi al crescere di esigenze multietniche e multirazziali nella società occidentale, è senza dubbio una delle sfide morali più importanti del nuovo millennio.

Non a caso l'OMS ha definito la salute come «la realizzazione per tutte le donne e gli uomini di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche, culturali e religiose». Ciò significa che la *valetudo* latina è una condizione che comprende potenzialità dell'individuo di carattere culturale, etico, politico, sociale e religioso, oltre che, naturalmente, lo stato di be-

nessere fisico-psichico, che dalla libera espressione di quelle potenzialità è sicuramente dipendente.

La storia dell'uomo è storia di grandi migrazioni, ma anche di fusioni fra popoli che hanno lasciato un segno profondo sulla nostra biologia. Il termine cultura, inteso nella sua accezione più ampia, può intendersi come risposta adattativa, sempre mutabile e originale, ad emergenze continuamente nuove e diverse: l'immobilismo non è proprio di nessuna società, nemmeno di quelle rimaste più isolate.

È dunque necessario osservare le comunità e le società come sistemi aperti e intercorrelati e considerare come la realtà sempre più multietnica della nostra epoca induca anche ad una ridefinizione della professionalità medica, che abbia al proprio centro un approccio multiculturale, superando il riflesso, più o meno condizionato, di una cultura che pensa l'altra secondo le proprie categorie. L'incontro con il paziente immigrato richiede anzitutto una grande capacità di ascolto e di disposizione umana. Il medico è così chiamato a riconsiderare i termini del proprio rapporto con il paziente e concepire il proprio bagaglio di conoscenze tecniche non come fini a se stesse, ma come possibilità da utilizzare contestualmente in supporto alle esigenze emergenti e alla luce della biografia dell'altro.

Tale processo, se perseguito e attuato, compenetrando l'etica dei diritti con quella della cura, potrà condurci nel prossimo futuro dal mosaico della multi- al composto quadro dell'inter-culturalità.

Conflitti di interesse: nessuno

### Bibliografia

1. Cambieri A, Muzii M, Catananti C et al. Hospital and Immigration: analysis of a case series. *Recenti Prog Med* 1990. 81 (7-8): 461-73.
2. Geraci S. Profilo sanitario dell'immigrato ovvero l'esperienza di un ambulatorio di medicina di base per immigrati. In: *Il medico ed il paziente immigrato*. Alfa wasserman news & views 1996. 3: 29-31.
3. Morrone A. Il fenomeno immigratorio in Italia. *Ann Ital Med Int* 2001. 16 (1): 160S-6S.
4. Bizzarri M. Epidemiologia e multiculturalismo. In: *Medicina e multiculturalismo*. Apeiron 2000. 155-72.
5. Cappuccio FP, Oakeshott P, Strazzullo P et al. Application of Framingham risk estimates to ethnic minorities UK and implications for primary prevention of heart disease in general practice: cross-sectional population based study. *BMJ* 2003. 327: 919.
6. Onwuanyi A, Hodges D, Avancha A et al. Hypertensive vascular disease as a cause of death in blacks versus whites, autopsy findings in 587 adults. *Hypertension* 1998. 31: 1070-6.
7. Kaplan NM. Ethnic aspects of hypertension. *Lancet* 1994. 344: 450-1.
8. Sangiorgi M, Sangiorgi G. L'interessamento dell'apparato cardiovascolare nella sindrome da immunodeficienza acquisita. *Difesa sociale* 1994. 2: 25-36.
9. Malatesta R, Pupo A. Alcol ed immigrati. In: *Il medico ed il paziente immigrato*. Alfa wasserman news & views 1996. 3: 217-23.