

Il bambino con diabete nelle minoranze etniche

Dalle caratteristiche alla diagnosi
e delle variabili di outcome terapeutico
alle strategie per una migliore qualità di cure e di vita

Mara Katrin Errico, Maurizio Vanelli

*Centro di riferimento regionale di Diabetologia pediatrica
"Margherita Borri Cocconcelli"*

*Dipartimento assistenziale Materno-Infantile
Azienda ospedaliero-universitaria e Università di Parma*

Indirizzo degli Autori:

Maurizio Vanelli

Professore Ordinario di Pediatria

Katrin Errico

Resident in Pediatria

Centro di riferimento regionale di Diabetologia pediatrica "Margherita Borri Cocconcelli"

Dipartimento assistenziale Materno-Infantile

Azienda ospedaliero-universitaria

v.le A. Gramsci, 14

43100 Parma

Tel 0521 702319

Fax 0521 703216

e-mail: maurizio.vanelli@unipr.it

BACKGROUND

Negli ultimi 25 anni i paesi dell'Europa occidentale hanno accolto un numero sempre crescente di migranti provenienti da paesi in via di sviluppo, che abbandonano la terra d'origine a causa della povertà in cui versano oppure per conflitti sociali e politici (rifugiati). Tale flusso migratorio implica una serie di importanti adattamenti per il sistema sanitario dei paesi ospiti a causa delle differenze socio-culturali, religiose e linguistiche dei popoli migranti (1).

In Italia, al 1° gennaio 2004, gli stranieri residenti rappresentano una quota pari al 3,4% rispetto alla popolazione residente complessiva e rispetto alla stessa data dell'anno precedente risultano aumentati del 28,4%. Nonostante tale crescita l'Italia rimane tra i paesi europei con la più bassa percentuale di immigrati rispetto alla popolazione complessiva, infatti nel 2003 tale rapporto era pari a 8.9% in Germania, 5.3% in Svezia, 4.9% in Danimarca e 4.3% nei Paesi Bassi (2).

In Europa e negli Stati Uniti il diabete mellito rappresenta un grande problema sanitario soprattutto per le complicanze a lungo termine ad esso correlate (3). Un recente studio europeo ha permesso di pronosticare che entro il 2020 la prevalenza di nuove diagnosi di diabete mellito tipo 1 (T1DM) in pazienti di età inferiore a 15 anni aumenterà del 70%. Il tasso di incidenza della malattia è in continuo aumento e soprattutto appare sempre più precoce l'età alla diagnosi (4).

Nei paesi europei ad alto rischio di T1DM, come la Danimarca, il tasso di incidenza della malattia per i migranti che provengono da paesi a bassa incidenza si avvicina a quello della popolazione generale residente (5). In Italia bambini e adolescenti figli di genitori immigrati ma nati nel paese ospite presentano un esordio più precoce del T1DM rispetto a figli di genitori migranti nati nel proprio paese d'origine (4.0 anni vs 7.9 anni; $p < 0.001$). Tutti i dati considerati suggeriscono che fattori ambientali presenti nel paese ospite, interagendo con fattori genetici predisponenti, anticipino l'esordio del T1DM (6).

I fattori ambientali responsabili non sono chiaramente noti e molte sono le ipotesi avanzate in proposito; alcuni autori ipotizzano che nei paesi in via di sviluppo la maggiore diffusione di malattie infettive, le infestazioni da parassiti intestinali e la flora saprofita dell'intestino possano avere un ruolo protettivo contro l'esordio precoce del T1DM (7, 8). D'altro canto nei paesi più industrializzati alcune infezioni intestinali, quali quelle da Rotavirus ed Enterovirus, l'uso di vaccinazioni di routine non eseguite nei paesi in via di sviluppo, la ridotta stimolazione da parte di parassiti intestinali ed abitudini alimentari tipicamente occidentali, soprattutto durante la gravidanza

e nel primo anno di vita, in soggetti geneticamente predisposti potrebbero rendere più precoce la diagnosi di T1DM (9).

Nell'ambito dell'eziopatogenesi del T1DM resta comunque determinante il ruolo rivestito dalla predisposizione genetica. Uno studio di migrazione eseguito su bambini tedeschi residenti e italiani emigrati in Germania dalla Sardegna, zona geografica ad elevata incidenza di malattia, e da altre zone dell'Italia continentale, ha mostrato che i bambini italiani conservano lo stesso rischio di sviluppare il diabete della loro terra d'origine, indipendentemente dal fatto che vivano in Germania o in Italia. Ciò confermerebbe che la predisposizione genetica riveste un ruolo fondamentale nel determinare il rischio di malattia, mentre i fattori ambientali potrebbero giocare il ruolo di modulatori dell'epoca di esordio del diabete (10).

Diversi autori hanno osservato che bambini e adolescenti con T1DM appartenenti a minoranze etniche presentano un controllo metabolico peggiore e sono soggetti ad un maggior numero di ricoveri ospedalieri per chetoacidosi (DKA) intercorrente rispetto ai coetanei residenti. Ciò predispone, in accordo con il Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), ad un più alto rischio di complicanze a lungo termine. Questo fenomeno riconosce la sua motivazione nella maggior esposizione dei pazienti migranti a fattori di rischio sociodemografici e all'influenza di variabili psicosociali, quali elevato livello di stress familiare, inappropriate credenze riguardanti le condizioni di salute, alterate dinamiche familiari (nuclei familiari con un solo genitore). Infatti è stato dimostrato che tali pazienti, che presentano bassa compliance alla terapia insulinica e scarso controllo glicemico domiciliare, appartengono a gruppi familiari con status socioeconomico precario e basso reddito.

Gli stessi autori concordano nell'affermare che risorse finanziarie adeguate sono correlate con un miglior controllo metabolico e una maggior attenzione alle proprie condizioni di salute in quanto i giovani pazienti con T1DM sostenuti da fattori sociali, psicologici ed economici positivi hanno maggiore autostima, sono più autosufficienti e provvedono ad una più corretta gestione domiciliare della malattia. A tal proposito quindi si può affermare che la causa dello scarso controllo metabolico dei pazienti con T1DM appartenenti a minoranze etniche è il basso livello socioeconomico delle famiglie di appartenenza piuttosto che l'etnia (1, 11, 12, 13).

Alla luce di questi dati, riteniamo che ogni Centro di riferimento regionale italiano, come quello del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma debba valutare la situazione nel proprio bacino di utenza alla ricerca delle caratteristiche ambientali, culturali e relazionali delle famiglie di migranti entro le quali si verificano i casi di DMT1. Allo

scopo di pianificare le strategie di prevenzione e gli interventi più opportuni e adeguati, valorizzando anche le risorse del territorio.

PROPOSTA DI PROGETTO

Dalla casista del centro di riferimento regionale di Diabetologia pediatria dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, verranno censiti tutti i bambini di età compresa tra 1 e 15 anni con diabete diagnosticato tra il 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2009, appartenenti a minoranze etniche ovvero membri di famiglie migranti o rifugiati politici, nati da genitori provenienti da Paesi non appartenenti a Europa occidentale, Nord America e Australia.

Dopo la valutazione dell'incidenza annuale e stagionale delle diagnosi, di ciascuno di essi saranno analizzati dati clinici e laboratoristici alla diagnosi, costi di ospedalizzazione, evoluzione del trattamento e del controllo metabolico, status socioeconomico, inserimento scolastico, accesso alle cure. Tutte le informazioni raccolte saranno messe a confronto con quelle di un ugual numero di bambini coetanei italiani il cui diabete è stato diagnostico nello stesso decennio, con uno scarto massimo ammesso di 1-2 mesi rispetto alle minoranze.

Verrà anche valutata in maniera prospettica la qualità della vita dal momento della diagnosi, mediante l'utilizzo di questionari accreditati a livello internazionale tradotti opportunamente nella lingua d'origine, già da noi sperimentati nel contesto del Hvidoere Study Group (15)

I dati raccolti saranno analizzati usando il pacchetto di statistica SPSS per Windows ed espressi come $media \pm SD$. Le differenze numeriche saranno calcolate con il t -test Student. Per studiare le differenze tra le proporzioni sarà utilizzato il test χ^2 . Le differenze saranno considerate significative se $p < 0.05$.

I risultati dell'analisi dei dati raccolti servirà da background per identificare le eventuali differenze cliniche, metaboliche, socioculturali dei bambini appartenenti a minoranze etniche e per pianificare percorsi di diagnosi, cura e informazione mirati.