



**Accademia Altoatesina di Medicina Generale**  
**Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale**

**LA DOMANDA DI SALUTE NEL PAZIENTE  
STRANIERO: PROFILI SANITARI E ASPETTI  
RELAZIONALI NELLA PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO**

**Medico in formazione: Dr. Laura Albergucci**

**Triennio 2015-2018**

**AUTONOME PROVINZ  
BOZEN - SÜDTIROL**



**PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO - ALTO ADIGE**

---

**PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL**



## SCENARIO

La Provincia Autonoma (PA) di Bolzano rappresenta da sempre un luogo di incontro di differenti gruppi etnici. Alla coesistenza di gruppi linguistici autoctoni si è andata sommando, negli ultimi decenni, un numero sempre maggiore di cittadini stranieri provenienti da ogni parte del mondo. Secondo i più recenti dati del "Dossier statistico immigrazione del 2017" curato dal Centro Studi e Ricerche IDOS si stima che nella PA di Bolzano siano residenti più di 48 mila stranieri, che rappresentano circa il 9% del totale della popolazione. Di questi il 54% circa sono donne e 10 mila sono stranieri minorenni. Sul territorio sono rappresentate 139 differenti nazionalità.

La medicina generale per la sua caratteristica funzione di *gate-keeper* del sistema sanitario nazionale si trova a dover affrontare l'importante sfida di rispondere alla domanda di salute che proviene dagli immigrati provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM). Il tema è quanto mai attuale e, come dimostrano gli esempi di nazioni in cui il fenomeno migratorio e la multiculturalità della società sono delle realtà oramai assestate, andrà sempre più accentuandosi. Per il medico di medicina generale di oggi e ancor più per la medicina generale del futuro, una appropriata conoscenza dell'entità e delle caratteristiche del fenomeno migratorio a livello locale, buone competenze in fatto di trans-culturalità sanitaria e la capacità di sfruttare appieno le risorse a disposizione per superare le barriere burocratiche e linguistico-culturali che si incontrano nella pratica quotidiana diventano delle necessità imprescindibili.

## OBIETTIVI

### Obiettivo principale:

Analizzare il profilo sanitario degli assistiti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria residenti nella PA di Bolzano e le peculiarità/criticità del particolare tipo di relazione medico-paziente riscontrate dai MMG nella loro esperienza quotidiana.

### Obiettivi secondari:

- definire quali siano le patologie maggiormente presentate dal paziente straniero nell'ambulatorio di MG
- verificare la presenza di eventuali patologie di importazione
- verificare la diffusione di patologie croniche
- individuare un'eventuale stratificazione per provenienza geografica in fatto di patologie e *illness behaviour*

## METODI

Disegno: Studio osservazionale descrittivo

Popolazione: A) MMG della PA di Bolzano titolari di convenzione o incarico provvisorio  
B) Immigrati maggiorenni originari di PFPM, iscritti negli elenchi di MMG della PA di Bolzano

Setting: analisi della realtà locale della PA di Bolzano, realizzata mediante questionari online.

Per la raccolta dei dati di patologia si è proceduto alla documentazione degli accessi ambulatoriali dei mesi di febbraio, marzo e aprile 2018.

## **RISULTATI**

Il 22% dei MMG della PA di Bolzano ha risposto al questionario che mirava a indagare le caratteristiche della relazione medico-paziente immigrato. L'attività assistenziale è rivolta prevalentemente alla popolazione straniera residente, iscritta nelle liste ordinarie dei MMG. I MMG della PA di Bolzano si mostrano non troppo preoccupati dagli effetti del fenomeno migratorio sulla loro professione, ma sono tuttavia interessati a acquisire competenze per migliorare l'assistenza. Il 40% vorrebbe maggior supporto nella gestione burocratica, strutture più adeguate e maggior collaborazione con operatori dedicati (assistenti sociali, mediatori culturali). I MMG altoatesini ritengono di riuscire a costruire spesso un rapporto di fiducia con i loro assistiti extracomunitari, anche se riconoscono che tra le maggiori difficoltà vi sono le barriere linguistiche e culturali. Il 66% utilizza una ulteriore lingua (generalmente inglese) oltre a italiano e tedesco durante la consultazione, mentre altre strategie utilizzate sono traduttori non professionisti (familiari, amici del paziente) e in minima parte traduttori online o mediatori culturali. Il 40% del campione ritiene che le difficoltà incontrate siano influenzate dalla provenienza geografica dei loro pazienti, i più "difficili" sarebbero individuabili tra gli assistiti dell'Asia meridionale (32%) e dell'Africa (23%). Il 50% degli intervistati afferma di acquisire raramente informazioni relative a patologie pregresse, abitudini alimentari, stato vaccinale, scolarità e religione, il 7% afferma di non farlo mai.

Per la definizione del profilo sanitario della popolazione straniera è stato analizzato un campione di 250 consultazioni di pazienti immigrati presso gli ambulatori di 14 MMG della PA di Bolzano, per la maggior parte in contesti urbani del comprensorio sanitario di Bolzano. La popolazione era omogeneamente distribuita tra i due sessi e l'età media era di 45 anni; per oltre il 50% dei casi erano pazienti originari dell'Est Europa, in generale le nazionalità maggiormente rappresentate erano l'albanese, la marocchina, la rumena e la pakistana. I principali motivi di consultazione erano dovuti a patologie delle vie aeree, digestive, patologie ortopediche e cardiologiche. Si individuava una discreta presenza di patologie croniche soprattutto afferibili agli ambiti clinici della cardiologia, ortopedia, gastroenterologia, dietologia e diabetologia. Non erano altrettanto ben registrate eventuali patologie di importazione, che risultavano poco rappresentate nel campione. Il 14% aveva effettuato almeno un accesso in PS nel mese precedente alla consultazione, l'8% aveva avuto almeno un ricovero nei sei mesi precedenti.

## **CONCLUSIONI**

La popolazione immigrata afferente agli ambulatori di MG è piuttosto giovane, ma già abbastanza inserita nel contesto altoatesino. I motivi di consultazione prevalenti sono generalmente per patologie acute, ma si nota la presenza di una discreta quota di patologie croniche (cardiologiche, ortopediche, metaboliche) anche in fasce di età piuttosto giovani e anche in forma di polimorbilità. La popolazione studiata si conferma dunque giovane, ma fragile. Il MMG deve porre particolare attenzione all'educazione, alla prevenzione e alla comunicazione efficace con i suoi pazienti immigrati. Nella realtà della PA di Bolzano i MMG si sono mostrati sensibili al tema, ma non troppo pressione. Si auspica l'implementazione della raccolta di informazioni anamnestiche per migliorare ulteriormente l'assistenza.

Il 14% aveva effettuato almeno un accesso in PS nel mese precedente alla consultazione, l'8% aveva avuto almeno un ricovero nei sei mesi precedenti.

## EINFÜHRUNG

Die autonome Provinz Bozen ist seit jeher ein Ort der Begegnung verschiedener Bevölkerungsgruppen. Zu den in der Provinz zusammenlebenden traditionellen Sprachgruppen ist aber in den letzten Jahrzehnten eine stark ansteigende Anzahl von ausländischen Bürgern dazugekommen, die aus allen Teilen der Welt stammen. Nach den jüngsten Daten des *Statistischen Jahrbuchs zur Einwanderung 2017* des Centro Studi Ricerche IDOS sind in Südtirol über 48.000 Ausländer ansässig, d. h. rund 9% der gesamten Bevölkerung; etwa 54% davon sind Frauen, ungefähr 10.000 sind Minderjährige. Auf Landesebene werden 139 verschiedene Nationalitäten verzeichnet.

Die Allgemeinmedizin in ihrer Funktion als *gate-keeper* des nationalen Gesundheitssystems steht somit vor der starken Herausforderung, vor allem der medizinischen Versorgung der aus Ländern mit starkem Migrationsdruck stammenden Patienten gerecht zu werden. Das Thema ist von großer Aktualität und, wie die Beispiele der Länder zeigen, in denen das Einwanderungsphänomen und eine multikulturelle Gesellschaft stärker verwurzelt sind, wird man sich damit immer mehr beschäftigen müssen. Für die heutigen Allgemeinmediziner, und noch mehr für zukünftigen, wird es demnach unabdingbar sein, über das Ausmaß und die besonderen Merkmale des Migrationsphänomens auf lokaler Ebene gut informiert zu sein, kulturintegrierende sanitäre Kompetenzen zu besitzen und alle zur Verfügung stehenden Sprachressourcen einzusetzen, um die sprachlich-kulturellen und bürokratischen Barrieren abzubauen, denen man im täglichen Umgang mit ausländischen Patienten begegnet.

## ZIELE

### Hauptziel

Untersuchung des Versorgungsbedarfs der in Südtirol ansässigen ausländischen Betreuten, die aus Ländern mit starkem Migrationsdruck stammen und der Merkmale und Schwachstellen in der Arzt-Patienten Beziehung im Alltag der Hausarztpraxis.

### Sekundäre Ziele

Im Rahmen der Datenerhebung wird weiterhin auf folgende Fragestellungen eingegangen:

- Welches sind die häufigsten Pathologien der ausländischen Patienten in der Hausarztpraxis?
- Sind aus dem Herkunftsland importierte Pathologien vorhanden?
- Wie häufig sind chronische Krankheiten?
- Werden Unterschiede in den Pathologien und im *illness behaviour* je nach Herkunftsland verzeichnet?

## METHODE

Projekt: Deskriptive Beobachtungsstudie

Zielgruppen: A) in Südtirol tätige Hausärzte (HA)

B) volljährige in die Liste der HA Südtirols eingetragene Patienten, die aus Ländern mit starkem Migrationsdruck stammen

Setting: auf die lokale Situation der Provinz Bozen bezogene Untersuchung mittels online Fragebögen. Zur Erhebung der Daten zu den Pathologien wurden die Praxisbesuche der Monate Februar, März und April 2018 aufgezeichnet.

## **ERGEBNISSE**

Von den befragten Hausärzten haben 22% den Fragebogen über die Arzt-Patienten Beziehung ausgefüllt zurückgeschickt. Laut den Ärzteberichten werden vorwiegend in der Provinz ansässige Ausländer versorgt, die regulär in die Patientenlisten eingetragen sind. Die Südtiroler Hausärzte zeigen sich nicht so besorgt über die Auswirkungen, die das Migrationsphänomen auf ihr zukünftiges Berufsleben haben könnte; sie sind jedoch daran interessiert, gezielte Kompetenzen zu erwerben, um die Patientenbetreuung zu verbessern. 40% wünschen mehr Unterstützung bei bürokratischen Problemen, angemessenere Einrichtungen und eine bessere Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal im sozialen Bereich (Sozialarbeiter, Kulturmittler). Die Südtiroler Hausärzte behaupten, oft in der Lage zu sein, zu ihren ausländischen Patienten ein Vertrauensverhältnis aufzubauen; es wird jedoch eingeräumt, dass eine der Hauptschwierigkeiten die sprachliche und kulturelle Barriere sei. 66% benutzen bei der Patientenberatung, außer Italienisch und Deutsch, eine weitere Fremdsprache (gewöhnlich Englisch), andere verwendete Kommunikationsstrategien sind von den Patienten mitgebrachte Dolmetschende (Familienangehörige, Freunde), nur wenige greifen auf simultane Computerübersetzer oder Kulturmittler zurück. 40% des Ärztesamples glauben, dass die Schwierigkeiten im Umgang mit ausländischen Betreuten vielfach vom Herkunftsland abhängen; die größten Schwierigkeiten werden bei Patienten aus Südasien (32%) und Afrika (23%) festgestellt. Die Hausärzte betrachten ihre ausländischen Betreuten dennoch allgemein als kompliant (95%), besonders wenn es um kurzfristige und kostenfreie Therapien geht. 50% aller Befragten erklären, selten Informationen über Krankheiten in der Vorgeschichte, Essgewohnheiten, Impfstatus, Bildungsstand und Religion zu sammeln, bei 7% geschieht es nie.

Zur Analyse des Gesundheitsprofil der ausländischen Bevölkerung wurde ein Patientensample von 250 Praxisbesuchen bei 14 Hausärzten der Provinz, zum Großteil aus städtischem Bereich des Gesundheitsbezirks Bozen, untersucht. Die Patienten waren gleichmäßig zwischen beiden Geschlechtern verteilt und das Durchschnittsalter war 45 Jahre; über 50% stammten aus osteuropäischen Ländern; im Allgemeinen waren die am meisten vertretenen Herkunftsländer Albanien, Marokko, Rumänien und Pakistan. Die Hauptgründe für das Aufsuchen des Hausarztes waren Pathologien der Atemwege, gastroenterologische, orthopädische und kardiologische Beschwerden. Außerdem konnten bei der Untersuchung auch eine bestimmte Anzahl an chronischen Erkrankungen festgestellt werden, besonders in den klinischen Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Gastroenterologie, Diätologie und Diabetologie. Nicht so oft aufgezeichnet waren dagegen eventuelle, aus dem Heimatland importierte Pathologien, die deshalb im Patientensample wenig vertreten sind. Bei 14% wurde mindestens eine Notfallaufnahme im Monat vor der Datenerhebung, bei 8% mindestens ein Krankenhausaufenthalt in den vorausgehenden 6 Monaten eingetragen.

## **SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Bei den von den Südtiroler HA versorgten immigrierten Patienten handelt es sich um eine relativ junge, aber schon ziemlich gut integrierte Bevölkerungsgruppe. Die Praxisbesuche erfolgen vornehmlich bei akuten Krankheitserscheinungen; bemerkenswert ist aber eine gewisse Anzahl an chronischen Pathologien (z.B im Bereich Kardiologie, Orthopädie und Stoffwechsel) auch bei noch ziemlich jungen Patienten, die auch als Polymorbidität auftreten. Die untersuchte Bevölkerungsschicht erscheint also zwar jung, aber gesundheitlich gefährdet. Aufgabe des HA ist es daher, ein besonderes Augenmerk auf Gesundheitserziehung,

Vorbeugungsmaßnahmen und eine wirksame Kommunikation mit seinen ausländischen Patienten zu legen. Die in der Provinz BZ tätigen HA stehen der Frage aufgeschlossen gegenüber, aber nicht zu sehr unter Druck. Wünschenswert wäre eine Implementierung der Datensammlung in der Anamnese, um die Patientenversorgung weiter verbessern zu können.





# Indice

<b>Abstract - italiano</b>	<b>2</b>
<b>Abstract - Deutsch</b>	<b>4</b>
<b>I. Introduzione</b>	<b>10</b>
1. Scenario demografico nazionale e locale	12
1.1. La realtà italiana.....	12
1.2. La Provincia Autonoma di Bolzano.....	13
2. Stranieri e salute: il punto di vista della medicina generale	14
3. La domanda di salute del paziente straniero	15
3.1. Cenni di medicina antropologica.....	15
3.2. L'effetto migrante sano.....	15
3.3. Principali patologie a prevalenza extracomunitaria.....	16
3.4. Ricoveri e uso dei farmaci nella popolazione immigrata.....	17
<b>II. Dati sperimentali</b>	<b>18</b>
4. Scopo dello studio	20
5. Materiali e metodi	20
5.1. Selezione della popolazione.....	20
5.2. Acquisizione dei dati.....	20
5.3. Analisi statistica.....	21
6. Risultati	21
6.1. Analisi degli aspetti relazionali.....	21
6.2. Analisi del profilo sanitario.....	26
7. Discussione	31
8. Criticità	33
9. Conclusioni	33
<b>Bibliografia</b>	<b>34</b>

## **Acronimi**

ACN: Accordo Collettivo Nazionale

MMG: Medico di medicina generale

OIS: Osservatorio Internazionale per la Salute

OMS: Organizzazione mondiale per la sanità

PA: Provincia Autonoma

PFPM: Paesi a Forte Pressione Migratoria

PSA: Paesi a Sviluppo Avanzato

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

SSR: Sistema Sanitario Regionale

STP: Stranieri Temporaneamente Presenti

## **PARTE I.**

### **INTRODUZIONE**



Il fenomeno migratorio è un fenomeno complesso, variegato, strutturale, con elementi di criticità, ma assolutamente necessario dal punto di vista demografico, economico e socio-culturale. Per il sistema sanitario esso rappresenta una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi.

## **SCENARIO DEMOGRAFICO NAZIONALE E LOCALE**

I dati più recenti in tema di immigrazione sul territorio nazionale italiano provengono dal *Dossier Statistico Immigrazione*, pubblicato annualmente a cura del Centro Studi IDOS del Ministero degli Interni, che si avvale del supporto di enti di statistica locali (l'ASTAT per la Provincia Autonoma di Bolzano). Il Dossier presenta un contesto che va continuamente modificandosi e in cui gli immigrati e i loro figli assumono una rilevanza sempre maggiore dal punto di vista demografico, economico, occupazionale e socio-culturale.

Nell'ambito dello scenario mondiale a luglio 2017 i migranti nel mondo erano 253 milioni, mentre ogni anno 2,3 milioni di persone emigrano verso i paesi a sviluppo avanzato (PSA). I flussi andranno sicuramente ad intensificarsi ulteriormente come conseguenza del previsto aumento della popolazione mondiale (da 7,5 a 9,8 miliardi entro il 2050) e del raddoppio della popolazione africana (da 1,2 a 2,5 miliardi).

Secondo un'indagine dell'istituto demoscopico Gallup del 2017, un terzo della popolazione subsahariana e un quarto dei residenti nell'Europa non comunitaria vorrebbe emigrare. L'Italia è uno dei paesi considerati appetibili (al 9° posto tra tutte le destinazioni).

### **LA REALTÀ ITALIANA**

Al 31 dicembre 2016 il numero dei cittadini stranieri residenti in Italia (5.047.028) era aumentato di appena 20.875 persone rispetto al 2015; effetto dei movimenti migratori, che hanno coinvolto quasi 1 milione di persone e del gran numero di acquisizioni della cittadinanza italiana.

Oltre agli ingressi temporanei, sono continuati i flussi in entrata per insediamento stabile.

Le nazionalità degli stranieri residenti in Italia sono circa 200. I cittadini comunitari sono il 30,5% (1.537.223, di cui 1.168.552 romeni, che hanno in Italia il loro maggiore insediamento), mentre 1,1 milioni provengono dall'Europa non comunitaria. Africani e asiatici sono, rispettivamente, poco più di 1 milione. Solo 13 paesi hanno più di 100.000 residenti: Romania, Albania, Marocco, Cina, Ucraina, Filippine, India, Moldavia, Bangladesh, Egitto, Pakistan, Sri Lanka e Senegal.

Secondo le previsioni demografiche dell'Istat, nel corso di questo mezzo secolo la dinamica naturale sarà negativa. Complessivamente, la popolazione residente non diminuirà e si assesterà sui 61,3 milioni, ma sarà molto diversa la sua composizione: l'incidenza degli ultra 65enni sfiorerà il 33%, si ridurranno i minori e le classi di popolazione in età lavorativa, aumenterà l'incidenza degli stranieri. Alla fine del periodo potranno essere 14,1 milioni i residenti stranieri e 7,6 milioni i cittadini italiani di origine straniera: nell'insieme più di un terzo della popolazione. A la luce di queste precisazioni a preoccupare maggiormente dovrebbe essere la scarsa capacità dell'Italia di integrare i cittadini dall'estero.

La posta in gioco delle politiche migratorie riguarda non solo l'accoglienza dei richiedenti asilo e l'impegno per promuovere l'occupazione, ma anche altri aspetti dell'integrazione.

La tendenza all'insediamento stabile dei cittadini stranieri è attestata dal crescente aumento dei titolari di un permesso Ue di lungo periodo (pari al 63,0% di tutti i soggiornanti non comunitari), come anche dal numero delle nuove nascite da genitori stranieri (69.379, un settimo di tutti i nati nell'anno), dei ricongiungimenti familiari (50.000 visti richiesti, come già ricordato) e dall'incidenza complessiva dei minori (20,6% tra i residenti stranieri e 21,9% tra i soggiornanti non comunitari).

Significativo è anche l'ulteriore aumento degli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana, più per naturalizzazione (che presuppone 10 anni di residenza previa) che a seguito di matrimoni con cittadini italiani (17.692 nel 2015).

## LA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Il fenomeno dell'immigrazione si è andato radicando nella provincia altoatesina a partire dalla seconda metà degli anni Novanta. Da allora i flussi non hanno mai smesso di crescere, al punto che negli ultimi sei anni la popolazione straniera residente è più che raddoppiata. Si tratta ad oggi di un dato da considerare strutturale nella composizione della popolazione generale.

La maggior parte degli stranieri (circa il 60%) è concentrata nella città di Bolzano, con una consistente presenza di austriaci e tedeschi con permesso per "residenza elettiva", che scelgono cioè di insediarsi senza avere la necessità di esercitare un'attività lavorativa.

Gli stranieri residenti in Alto Adige a fine 2017 erano 48.018, cioè il 9,1% del totale della popolazione. La quota supera quella registrata nell'anno 2016 a livello nazionale (8,3%) e a livello regionale (8,8%). Il dato supera anche quello Ue che si attesta al 7,6%. Mentre in Trentino la popolazione straniera residente è l'8,6% (46.456), nel confinante Tirolo austriaco la percentuale sale sino al 15% (111.626). Nel 2017, per la prima volta dal 2014, il saldo migratorio della popolazione straniera è risultato positivo, il numero delle immigrazioni ha quindi nuovamente superato quello delle emigrazioni. In riferimento alla distribuzione di genere, si conferma la prevalenza della componente femminile (53,1%) su quella maschile, pur con differenze significative a seconda del gruppo nazionale considerato.

Al 31.12.2017, nel capoluogo Bolzano, con 15.161 persone, vive quasi un terzo di tutti gli stranieri residenti in Alto Adige, seguono Merano con 6.570 (13,7%), Bressanone con 2.222 (4,6%) Laives con 1.630 (9,1%) e Brunico con 1.554 persone (9,4%).

Complessivamente, in provincia di Bolzano vivono cittadini di 139 diversi paesi. Considerando le aree di provenienza, il continente più rappresentato è quello europeo con 30.294 cittadini residenti (ossia 64,7%), di cui 16.108 originari di paesi dell'Unione Europea, quasi il 40% di questi proviene dall'area culturale tedesca. Circa il 30% degli stranieri proviene da paesi europei extra-Ue (Europa centro-orientale), al secondo posto si trovano i cittadini originari dell'Asia con il 18,7%, seguiti da quelli dell'Africa con il 13,5% e da quelli provenienti dalle Americhe. Nella graduatoria dei paesi d'origine, al primo posto si classifica l'Albania con circa 5.400 persone, seguita dalla Germania con circa 4.400 e da Pakistan e Marocco con 3.400 unità ciascuno. Questi quattro paesi nel complesso rappresentano due terzi di tutti i residenti con cittadinanza straniera.

Secondo il Ministero dell'Interno (31/03/2017) il numero di immigrati sbarcati ed accolti a livello nazionale nelle strutture temporanee è stato di 176.523 unità. La ripartizione per regioni

indica che la Provincia di Bolzano è una delle realtà con la minore presenza di immigrati ospitati, cioè 1.504 unità (1,0%). Inoltre, per quanto riguarda la presenza irregolare, va attribuito al Trentino Alto Adige uno tra i più bassi tassi di irregolarità d'Italia.

## **STRANIERI E SALUTE: IL PUNTO DI VISTA DELLA MEDICINA GENERALE**

“La medicina generale è il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona”. Questa è una delle peculiarità professionali elencate nell'*Accordo Collettivo Nazionale* che regola la disciplina e che si ispira ai principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data da *WONCA Europa* (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia). Il medico di medicina generale, *gate-keeper* del sistema sanitario nazionale e diffuso capillarmente su tutto il territorio nazionale è antenna sensibile della realtà sociale e culturale del nostro paese.

Le cure erogate dagli operatori della medicina generale, longitudinali e continue, sono inoltre basate sull'approccio centrato sulla persona e fondate sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo. Nell'ambulatorio del medico di famiglia i problemi di salute vengono affrontati nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale. Una efficace comunicazione tra medico e paziente è perciò fondamentale,

Le barriere linguistiche e culturali che il medico incontra durante la consultazione con il paziente straniero rendono necessario uno sforzo aggiuntivo per la costruzione di un'efficace relazione di cura, il paziente immigrato è per questo motivo considerato spesso un paziente “difficile”.

Il medico di medicina generale deve essere quindi particolarmente attento al superamento delle difficoltà di comunicazione con questi assistiti, per aiutarli a scoprire e usare correttamente i servizi sanitari e per poter conquistare pienamente la loro fiducia.

L'iscrizione al sistema sanitario per gli immigrati nel nostro paese è così prevista e regolamentata:

a) Per soggiorni di durata superiore a tre mesi, il cittadino comunitario sarà iscritto, unitamente ai familiari (anche non cittadini dell'Unione), al SSR, a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia e con oneri a carico dello stesso SSR. L'iscrizione avviene con scelta del MMG.

b) Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno. Il medico è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.

Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, fatte salve documentate situazioni di maggiore durata del permesso di soggiorno, alla quale sarà adeguata la durata della scelta provvisoria, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

## **LA DOMANDA DI SALUTE DEL PAZIENTE IMMIGRATO**

### **CENNI DI MEDICINA ANTROPOLOGICA**

In ogni civiltà la concezione della salute è frutto di una sintesi di storia, consuetudini e tradizioni ma anche leggi e problematiche legate a eventuali disagi climatico-ambientali e a malattie endemiche. Negli ultimi anni, accanto agli indicatori di salute abituali (epidemiologici, socio-sanitari, socio-economici, ambientali, stili di vita), si pone sempre più l'accento sui fattori culturali.

L'antropologia medica evidenzia come gli individui in ogni contesto sociale percepiscano, interpretino e affrontino la malattia e la salute con modalità strettamente connesse al vissuto personale e all'ambiente socio-culturale di appartenenza.

Per diverse popolazioni, come musulmani, africani e cinesi la percezione di malattia è la rottura di un equilibrio che può essere divino, energetico o psichico-relazionale (es. in Africa, dove le cause di malattia vengono spesso ricercate in interventi di tipo sovranaturale non solo sull'individuo ma anche nell'intera comunità).

Abitudini radicate come il digiuno del ramadan nel mondo musulmano influenzano significativamente la vita delle persone, soprattutto se portatori di patologie: in queste ore della giornata è vietato mangiare, bere, fumare e avere rapporti sessuali; ai malati che decidono di digiunare non è consentito alcun tipo di sostanze nutritive, sono permessi solo spray nasali, gocce per gli occhi e supposte. I bambini, le donne in gravidanza e quelle che allattano non devono praticare il digiuno.

Le medicine tradizionali spesso si integrano con quella "occidentale", gli africani hanno conoscenza ed esperienza di entrambe e non hanno difficoltà ad accettare cure da medici italiani; in Cina, dove non esiste una medicina di base, patologie del tutto assimilabili a quelle che si vedono negli ambulatori italiani di medicina generale afferiscono alle strutture ospedaliere e tutti gli ospedali hanno dipartimenti di medicina tradizionale cinese accanto a quelli di medicina occidentale e il paziente può scegliere dove rivolgersi.

Le maggiori problematiche si incontrano solitamente nel far comprendere le cure preventive, gli stili di vita salutari e la necessità di controlli dopo un intervento o la somministrazione di una terapia. Tra tutte l'immigrazione cinese riscontra in Italia un maggior numero di problemi di integrazione rispetto ad altre popolazioni, soprattutto a causa della lingua.

### **L'EFFETTO MIGRANTE SANO**

I migranti giungono da Paesi di tutti i continenti, con culture, religioni, razze, stili di vita diversi. Il loro stato di salute nel complesso è buono, perché alla partenza si selezionano i soggetti più giovani e in salute: si parla di effetto "migrante sano". Una volta giunti alla fine del viaggio però le condizioni generali sono condizionate da disagio psicologico, mancanza di lavoro, degrado



abitativo, clima, stili alimentari e di vita diversi, mancanza della famiglia, lavori rischiosi, ostacoli all'accesso ai servizi sanitari, incompleta copertura vaccinale. Si tratta dunque di una popolazione giovane, ma fragile.

## PRINCIPALI PATOLOGIE A PREVALENZA EXTRACOMUNITARIA

Sono patologie generalmente importate in forma latente che possono esacerbarsi sul nostro territorio a causa delle condizioni di degrado ambientale e sociale sperimentati dagli immigrati nei primi anni di permanenza. Vi possono essere però anche patologie che si sviluppano per il cambiamento drastico degli stili di vita e per i traumi psicologici del difficile viaggio e dell'adattamento alla nuova realtà. Per il nostro paese è fondamentale garantire informazione ed educazione sanitaria, insieme a test di screening e cure accessibili.

- Garantire l'accesso ai servizi sanitari è fondamentale per contrastare la vulnerabilità al contagio e alle complicanze dell'AIDS. Dal 2009 la percentuale di stranieri affetti da AIDS piuttosto stabile (24,5%), con un numero di nuove diagnosi sotto ai 200 nuovi casi all'anno negli immigrati di sesso maschile.
- Anche la tubercolosi è una malattia fortemente influenzata dalle difficili condizioni di vita, che possono facilitare l'espressione della malattia e rendere la contagiosità addirittura superiore a quella del proprio paese di origine; e' quindi indispensabile mantenere una sorveglianza attiva contro la malattia. Secondo l'OMS i paesi che hanno registrato un trend in aumento della malattia sono l'Austria, la Danimarca, la Finlandia, l'Irlanda, l'Italia, la Norvegia e la Svizzera, con una netta prevalenza di forme polmonari (77%) rispetto alle forme extrapolmonari (23%).
- Un'altra patologia a prevalenza extracomunitaria è l'epatite virale. Casi di epatite A sono stati certificati prevalentemente in cittadini africani, mentre quelli di epatite B e C in individui provenienti per lo più dall'Europa dell'Est, dove il livello endemico raggiunge il suo picco a livello europeo, in particolare per l'epatite B. Sarebbe opportuno offrire agli immigrati la vaccinazione antiepatite B e uno screening per i virus dell'epatite B e C, dal momento che i portatori sono spesso in buone condizioni di salute e non consapevoli della propria condizione di contagiosità. Il rischio è che possano diffondere inconsapevolmente la propria infezione in ambito familiare e successivamente nella comunità ospitante.
- L'abbandono degli affetti familiari e dell'ambiente di vita abituale, il difficile viaggio e il processo di adattamento alla nuova cultura non avviene poi senza traumi di natura psicologica. Quando non vi è integrazione, ma emarginazione e solitudine possono instaurarsi meccanismi di stress e disagio psichico che possono dare manifestazioni somatiche (es. disturbi gastrointestinali aspecifici, cefalea, vertigini), psichiche (es. ansia, fobie, depressione, idee ossessive o deliranti) e comportamentali (comportamenti antisociali, autolesivi, d'abuso, disturbi dell'alimentazione), spesso di difficile comprensione e gestione da parte del MMG.
- L'ambiente di vita e di lavoro in cui è spesso inserito l'immigrato (dimore insalubri, alimentazione inadeguata, promiscuità sociale, esposizione ad infortuni sul lavoro e

rischi professionali) rappresentano infine fattori di rischio per malattie gastrointestinali, respiratorie e per ogni tipo di patologia traumatica. La diversa alimentazione, il disordine nelle scelte alimentari sono spesso causa di patologie gastrointestinali e metaboliche; possono addirittura verificarsi stati nutrizionali carenziali legati alle scarse condizioni economiche. Si registra parallelamente un aumento delle malattie croniche anche tra gli immigrati (tumori, malattie cardiocircolatorie, broncopneumopatie ostruttive ed asma), che iniziano a manifestarsi generalmente in una popolazione più giovane rispetto a quella italiana.

## **RICOVERI E USO DEI FARMACI NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA**

Dai dati del *rapporto Osservasalute 2016* tra gli immigrati l'ospedalizzazione delle donne risulta sempre maggiore rispetto a quella degli uomini. Le cause principali sono gravidanza, parto ed abortività volontaria. Tra gli uomini la causa più frequente di ricovero è rappresentata da traumatismi, seguita da malattie dell'apparato digerente e del sistema circolatorio. In generale comunque è confermato un utilizzo dei servizi ospedalieri inferiore da parte degli immigrati rispetto agli italiani.

Il ricorso ai servizi di emergenza del pronto soccorso, basato su dati trimestrali, avverrebbe invece negli immigrati con maggior frequenza rispetto agli italiani (67,2 per mille contro 50,5 per mille, valore trimestrale) e in classi di età più giovane (25-34 anni contro gli ultra55enni negli italiani). Come gli italiani, accedono più di frequente al pronto soccorso gli immigrati residenti al nord. I pazienti che maggiormente farebbero riferimento alle strutture di emergenza sarebbero i tunisini (125,0 per mille), i marocchini (93,1 per mille) e gli albanesi (81,5 per mille). Nelle donne le maggiori utilizzatrici del pronto soccorso sono le marocchine (111,6 per mille) e le albanesi (74,0 per mille). Tali valori sono significativamente più alti del valore stimato per le italiane (48 per mille). Al di sotto della media il ricorso al pronto soccorso per alcune comunità asiatiche, soprattutto per i cinesi che, in entrambi i generi, dichiarano di ricorrervi solo nel 20 per 1.000 circa dei casi.

Secondo il *rapporto OsMed 2011* sull'uso dei farmaci in Italia la spesa farmaceutica media a carico del Servizio Sanitario nel corso dell'anno era di 72 euro per un cittadino immigrato e di 97 euro per un cittadino italiano; lo Stato risulterebbe dunque in grado di soddisfare i bisogni di salute della popolazione immigrata senza un eccessivo sforzo in termini di consumo di risorse pubbliche.

I farmaci antibatterici erano la categoria terapeutica più utilizzata, seguivano i farmaci gastrointestinali e respiratori, la cui prescrizione veniva effettuata per problematiche generalmente acute. In alcune categorie di farmaci poi, la prevalenza d'uso risultava superiore negli immigrati rispetto agli italiani: tra questi gli antidiabetici, i gastroprotettori e gli antinfiammatori, mentre più italiani assumerebbero più antipertensivi, ipocolesterolemizzanti, antibiotici, antiasmatici e farmaci per BPCO; la prevalenza d'uso di antidepressivi risultava circa doppia nella popolazione italiana. Cinesi e kosovari erano i gruppi che tra gli stranieri assumevano meno farmaci, mentre in generale l'uso è risultato maggiore nelle donne che negli uomini (tendenza sovrapponibile a quella italiana).

## **PARTE II.**

### **DATI SPERIMENTALI**



## **SCOPO DELLO STUDIO**

Questo studio si configura come un'indagine conoscitiva della realtà locale della PA di Bolzano. Il tema trattato è quello del fenomeno immigrazione in ambito sanitario e in particolare nella medicina generale. Ci si è focalizzati sugli operatori principali, i MMG, e sulle caratteristiche cliniche della popolazione dei loro assistiti con background migratorio.

Oggetto di indagine erano le competenze transculturali dei MMG sudtirolesi, le criticità che essi incontrano nelle consultazioni quotidiane con i pazienti immigrati da PFPM e le strategie adottate per ovviare ad eventuali problematiche.

Con schede di documentazione dedicate si è voluto inoltre fare un'analisi del profilo sanitario di questa sottopopolazione di assistiti: quali erano i motivi di consultazione prevalenti, quale la diffusione di patologie importate e malattie croniche e quali le modalità di accesso alle strutture ospedaliere.

## **MATERIALI E METODI**

### **SELEZIONE DELLA POPOLAZIONE**

Nel presente studio sono state indagate due popolazioni: la popolazione dei MMG operanti sul territorio della PA di Bolzano e quella dei loro pazienti stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (definizione ISTAT).

Criteria di inclusione per il campione di MMG:

1. titolarità di convenzione o incarico provvisorio per la MG
2. esercizio dell'attività di MMG sul territorio della PA di Bolzano

Criteria di inclusione per il campione dei pazienti stranieri:

1. iscrizione negli elenchi di un MMG della PA di Bolzano al momento dell'indagine
2. età  $\geq 18$  anni
3. paese di origine appartenente alla lista ISTAT dei PFPM
4. almeno un accesso ambulatoriale (visita) avvenuto nei mesi di febbraio, marzo, aprile 2018

### **ACQUISIZIONE DEI DATI**

I dati del presente studio sono stati ottenuti mediante questionari dedicati sottoposti online ai MMG operanti nella PA di Bolzano, previo invito per e-mail. L'utilizzo di questa tecnica di raccolta dati non si prefigge l'obiettivo di estrarre campioni rappresentativi ma vuole essere strumento per un'indagine inferenziale preliminare, conoscitiva della realtà locale.

Sono state fornite brevi istruzioni per la compilazione delle schede di documentazione e sono state escluse dall'indagine risposte nulle o non compilate secondo le istruzioni indicate.

I dati relativi alla popolazione immigrata sono stati ottenuti mediante documentazione retrospettiva degli accessi ambulatoriali, selezionati dai MMG in ordine cronologico per ciascuno dei mesi in esame. In questo modo si è potuto ovviare a eventuali bias di selezione da parte dei MMG incaricati della raccolta dati. La nazionalità di origine dei pazienti stranieri veniva recepita mediante analisi del codice fiscale (lettera Z seguita da tre cifre relative al codice catastale del paese di nascita).

Per le informazioni di background e per il reperimento dei dati relativi ad altri contesti analoghi è stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso i principali motori di ricerca.

## ANALISI STATISTICA

L'elaborazione statistica e grafica dei dati ottenuti è avvenuta mediante foglio di calcolo del software Microsoft Excel 2011 versione 14.4.0.

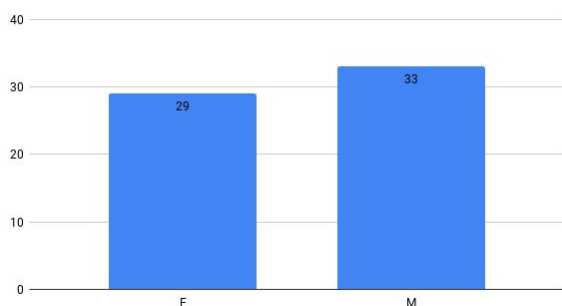
## RISULTATI

### ANALISI DEGLI ASPETTI RELAZIONALI

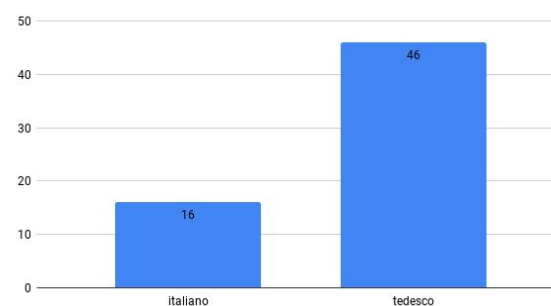
#### Variabili socio-demografiche

Sono stati reclutati 62 MMG rappresentativi del 22% del totale dei MMG operanti sul territorio della PA di Bolzano (dati ASTAT aggiornati al 31.12.2017). Sono state recepite 16 risposte in lingua italiana e 46 in lingua tedesca, dato compatibile con la distribuzione dei due gruppi linguistici nella popolazione generale in Alto Adige. I medici erano 29 donne e 33 uomini e operavano per il 47% in ambulatori di paese e per il 53% invece in contesti urbani. I questionari sono stati inviati da un totale di 25 differenti comuni.

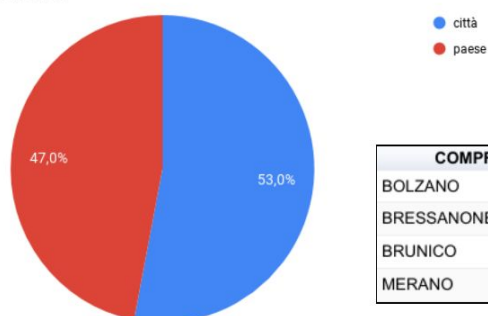
SESSO



LINGUA



SEDE DI LAVORO

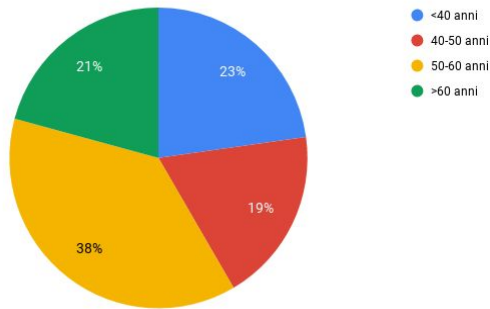


COMPENSORI SANITARI	% MMG	COMUNI	PAESI	CITTA'
BOLZANO	64,7%	11	9	2
BRESSANONE	11,8%	3	2	1
BRUNICO	11,8%	5	4	1
MERANO	13,7%	6	4	2

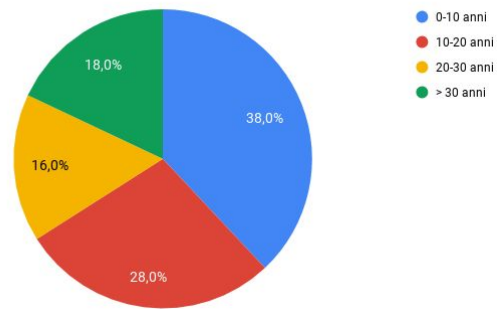
L'età media dei rispondenti era di 50 anni, il più giovane dichiarava 30 anni mentre il più anziano 68. Il 38% apparteneva alla fascia con 0-10 anni di convenzione per la medicina generale, il 28% a quella con 10-20 anni, il 16% a quella con 20-30 anni e il 18% dichiarava più

di 30 anni di attività convenzionata. Nessuno apparteneva alla categoria dei medici con incarico provvisorio.

ETA'



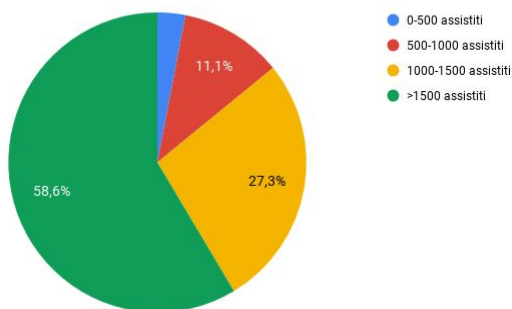
ANNI DI CONVENZIONE



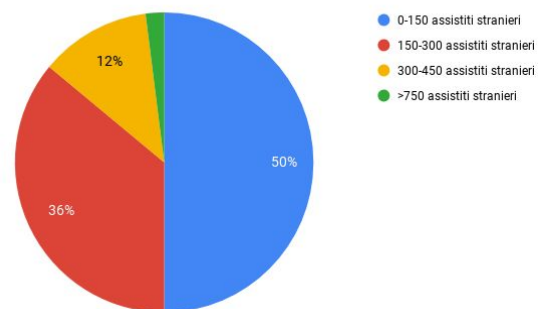
Il numero totale degli assistiti era per il 3% dei rispondenti compreso tra 0 e 500, per l'11% tra 500 e 1000, per il 27% tra 1000 e 1500 e per il 58% superava i 1500 pazienti.

Il 50% dei medici reclutati dichiarava di avere un numero di assistiti stranieri compreso tra 0 e 150, il 36% tra 150 e 300, il 12% tra 300 e 450 e il 2% ne dichiarava più di 750. Nessuno dei rispondenti aveva un numero di pazienti stranieri compreso nelle fasce 450-600 e 600-750.

TOTALE ASSISTITI



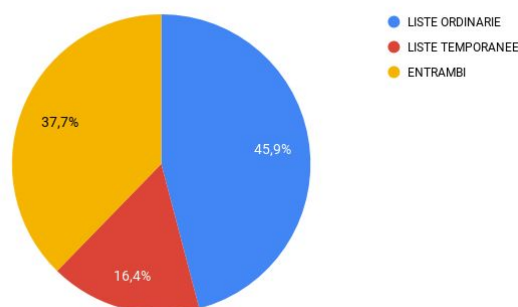
ASSISTITI STRANIERI



I MMG che superavano il 20% di iscritti stranieri erano il 21% degli intervistati e operavano tutti nel comprensorio sanitario di Bolzano. Il medico con il maggior numero di stranieri iscritti (47% degli assistiti complessivi) era un medico massimalista della città di Bolzano.

I rispondenti riconoscevano di occuparsi per il 45,9% prevalentemente di pazienti stranieri con scelta ordinaria del MMG, per il 16,4% prevalentemente di pazienti stranieri temporaneamente assistiti e per il 37,7% di entrambe le categorie in ugual modo. Due medici su 62 affermavano che la loro attività con pazienti stranieri era rivolta prevalentemente anche a turisti in vacanza.

LISTE ORDINARIE E TEMPORANEE

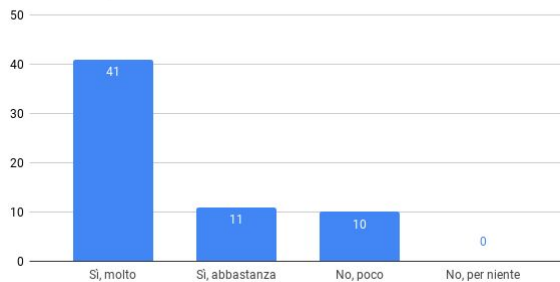


Le provenienze prevalenti riconosciute dagli intervistati erano quella nordafricana, esteuropea e dell'Asia meridionale.

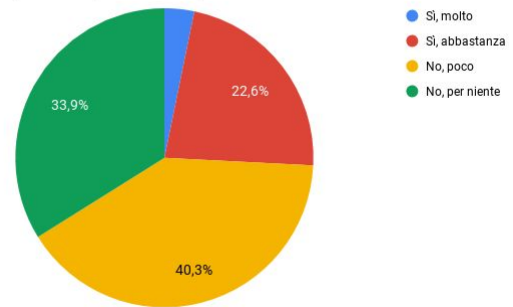
### La relazione medico-paziente

Dalle risposte al questionario si evince come anche nella PA di Bolzano l'assistenza ai pazienti stranieri sia entrata a tutti gli effetti nelle pratiche di attività ordinaria del MMG, ma la portata del fenomeno migratorio non sembra destare troppe preoccupazioni sul futuro lavorativo. Solo il 3,3% del totale degli intervistati si dice molto intimorito dal cambiamento.

Ritieni che l'assistenza ai pazienti stranieri faccia parte della tua attività professionale ordinaria?

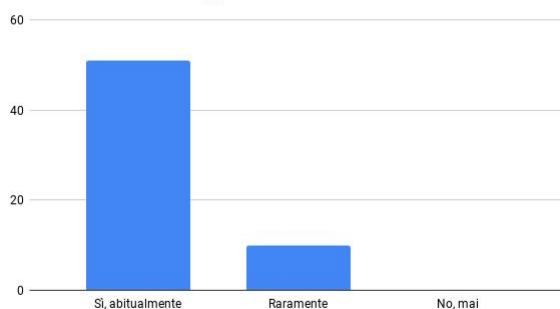


Preoccupazione per il futuro professionale

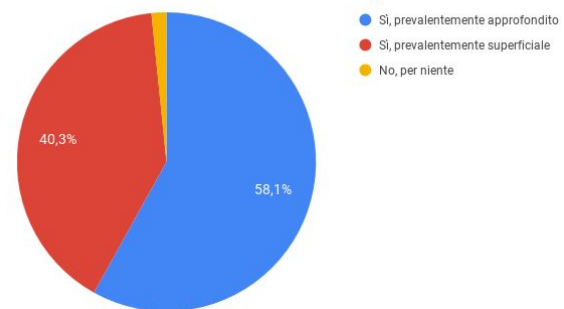


I MMG intervistati affermano di riuscire frequentemente a costruire un rapporto di fiducia con i loro assistiti immigrati, basato spesso su un dialogo approfondito (58% delle risposte); il 40% riusciva ad avere un dialogo solo superficiale, mentre solamente per il 2% non era possibile instaurare nessun tipo di dialogo. Nonostante questo tuttavia sono scarse le informazioni anamnestiche registrate in cartella relative a patologie pregresse, abitudini alimentari, stato vaccinale, scolarità, religione; per oltre il 50% del campione tali informazioni vengono raccolte raramente, il 7% afferma di non raccoglierle mai.

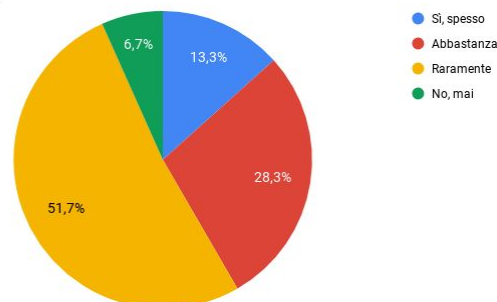
Riesci a costruire un rapporto di fiducia?



Riesci normalmente ad instaurare un dialogo?



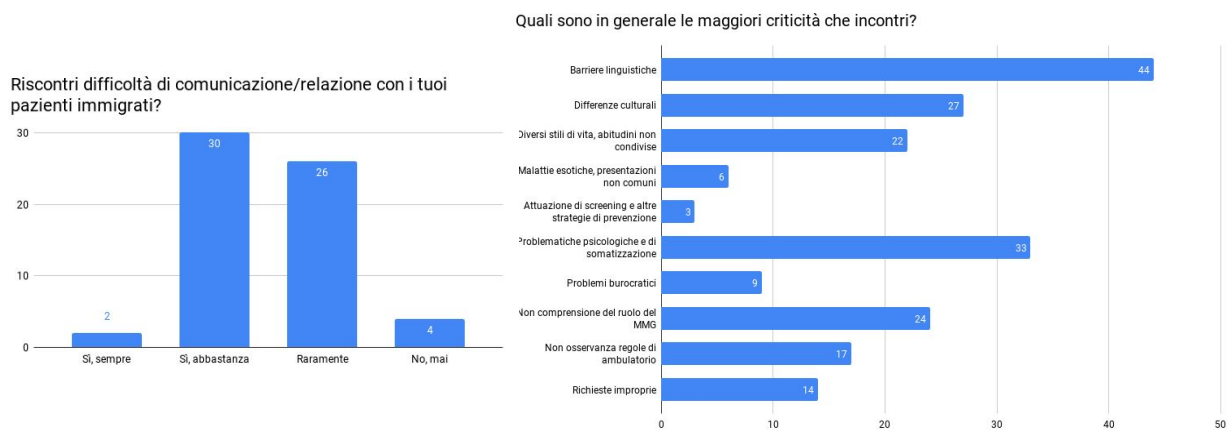
Raccogli attivamente informazioni?



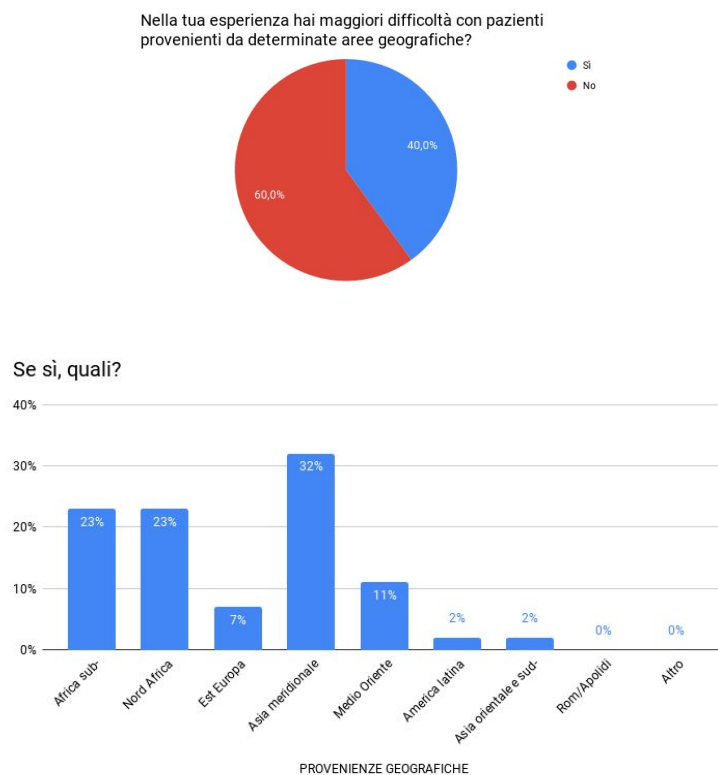


Solo il 9% del campione afferma di non riscontrare alcuna difficoltà di comunicazione/relazione durante le consultazioni di pazienti stranieri. Le risposte più frequenti erano abbastanza (48%) e raramente (43%).

Le criticità maggiormente riscontrate erano soprattutto il superamento delle barriere linguistiche (22%) e il comprendere/l'affrontare problematiche psicologiche e di somatizzazione (17%), seguivano poi difficoltà legate alle differenze culturali e alla poca conoscenza del ruolo del MMG e del corretto uso dei servizi del SSN (es. accessi impropri al PS). Erano invece poco sentite difficoltà in ambito clinico (es. diagnosi di malattie esotiche o presentazioni atipiche di patologie comuni) o nell'attuazione di programmi di screening e prevenzione (rispettivamente 3 e 2% delle risposte fornite).

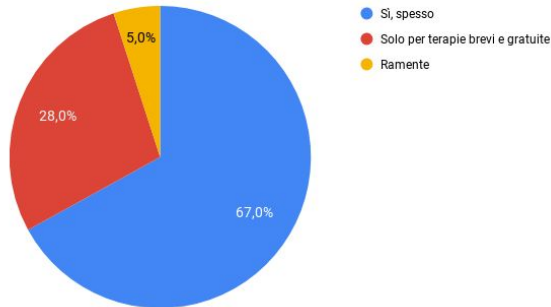


Il 60% del campione affermava che le difficoltà riscontrate non erano legate all'area geografica di provenienza dei pazienti, il restante 40% riteneva invece di avere spesso maggiori problematiche con i pazienti provenienti dall'Asia meridionale (32%); seguivano quelli originari dell'Africa subsahariana e nord Africa, entrambi con il 23% delle risposte.

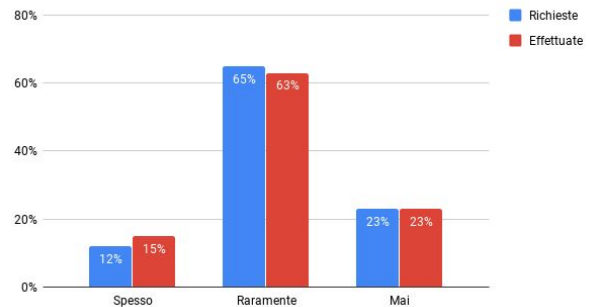


Dalle risposte al presente questionario i pazienti stranieri risultano comunque essere generalmente complianti alle terapie prescritte, soprattutto se brevi e gratuite. Solo raramente vengono richieste ed effettuate visite domiciliari.

Sono complianti alle terapie?

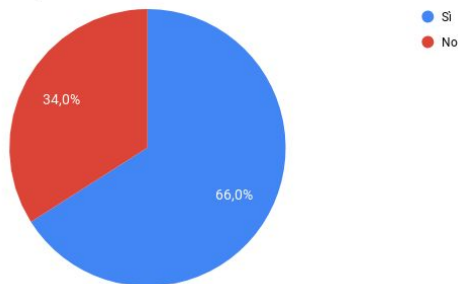


Visite domiciliari

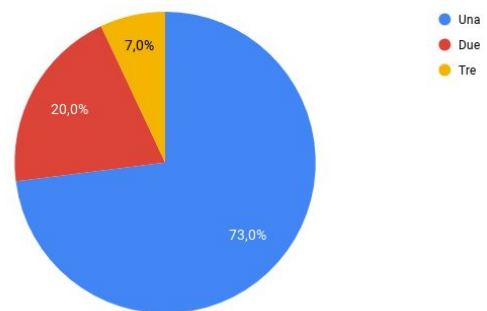


Le difficoltà di comunicazione, riconosciute al primo posto tra le problematiche nella relazione medico-paziente, vengono ovviate da parte dei MMG con l'utilizzo di lingue differenti rispetto all'italiano e al tedesco durante le consultazioni ambulatoriali (66% degli intervistati). Il 73% del campione si avvale una ulteriore lingua, in genere inglese (conosciuto dal 71% degli intervistati); il 20% conosce ne usa due e il restante 7% tre.

Usi abitualmente altre lingue oltre a italiano e tedesco per rivolgerti ai tuoi pazienti?

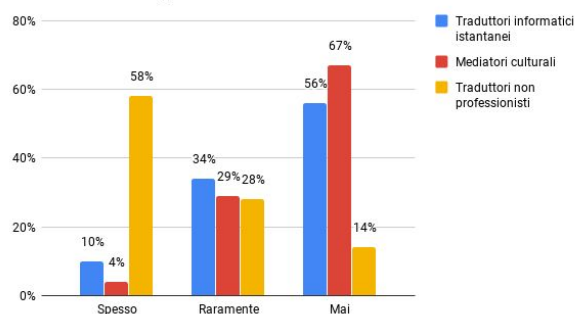


Quante?



Strategie alternative di comunicazione frequenti sono l'aiuto da parte di traduttori non professionisti, spesso familiari del paziente che lo accompagnano alla visita (86%), mentre seguono a distanza l'utilizzo di traduttori informatici simultanei (uso diffuso soprattutto tra i medici più giovani) e i mediatori culturali (soprattutto nelle città).

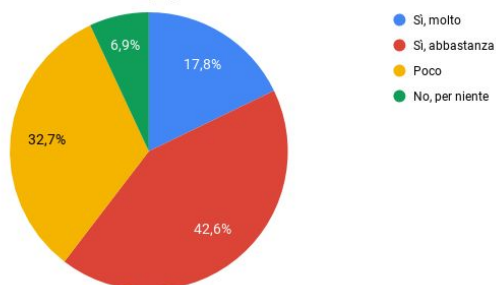
Fai uso di strategie alternative di comunicazione?



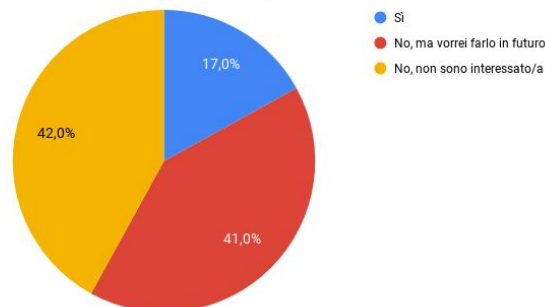
Per il 61% MMG della PA di Bolzano il fenomeno del cambiamento strutturale della popolazione assistita merita competenze specifiche, prevalentemente linguistiche (92%) e culturali (89%). Una analoga percentuale del campione è interessata a ricevere formazione specifica a riguardo; il 30% circa ha già seguito corsi o letto libri dedicati.

Coloro i quali non ritengono siano necessarie particolari competenze vorrebbero invece un supporto migliore nella gestione burocratica (53%) e strutture adeguate (28%), il 13% si auspica infine di poter avere accesso più facilmente ai servizi dei mediatori culturali e degli assistenti sociali.

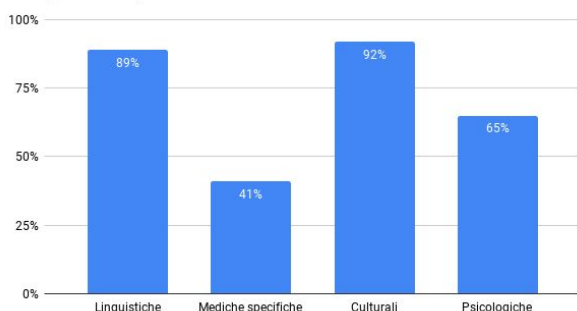
Ritieni necessarie competenze specifiche per poter assicurare assistenza sanitaria alla popolazione straniera?



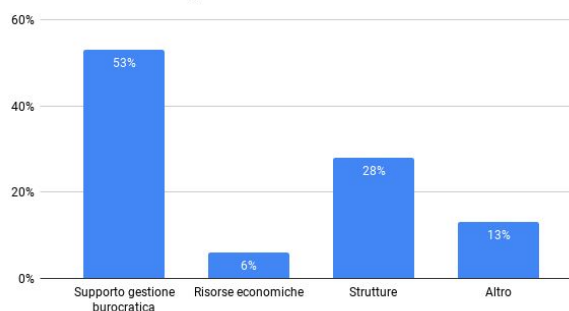
Hai mai letto libri/seguito corsi specifici?



Competenze specifiche



Altre forme di sostegno

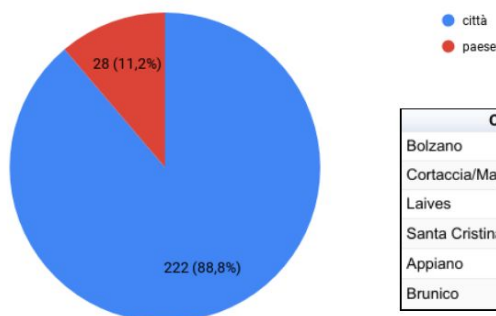


## ANALISI DEL PROFILO SANITARIO

### Variabili socio-demografiche

Sono state raccolte 250 schede di documentazione relative a consultazioni avvenute presso ambulatori di medicina generale della PA di Bolzano nel trimestre febbraio-aprile 2018. I dati pervenuti provenivano principalmente da contesti urbani, da due dei quattro comprensori sanitari della provincia e dai database di 14 MMG.

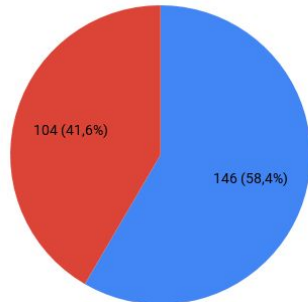
#### AMBULATORI



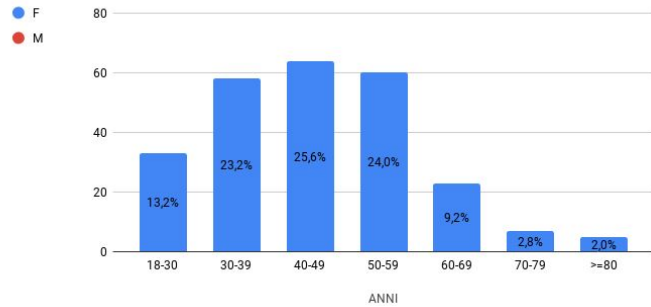
COMUNI	MEDICI	SCHEDE PERVENUTE
Bolzano	6	115
Cortaccia/Magrè	1	7
Laives	4	103
Santa Cristina	1	12
Appiano	2	9
Brunico	1	4

Il campione risultava omogeneamente suddiviso in maschi e femmine, con una lieve prevalenza del sesso femminile. L'età media era di 45 anni, il paziente più giovane aveva 18 anni e il più anziano 84.

SESSO

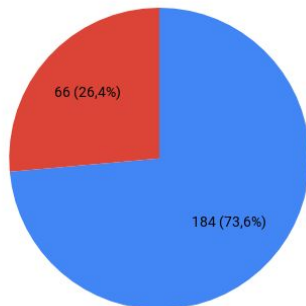


ETA'

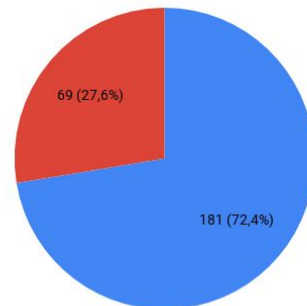


I pazienti risultavano per lo più inseriti nelle liste ordinarie dei MMG, mentre i temporaneamente assistiti rappresentavano circa il 26% del totale; erano inoltre in carico da più di un anno in oltre il 70% dei casi.

LISTE DI APPARTENENZA

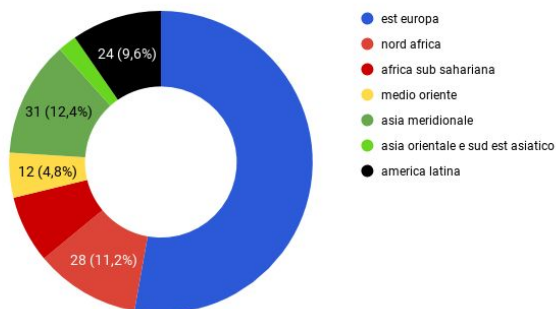


IN CARICO DA



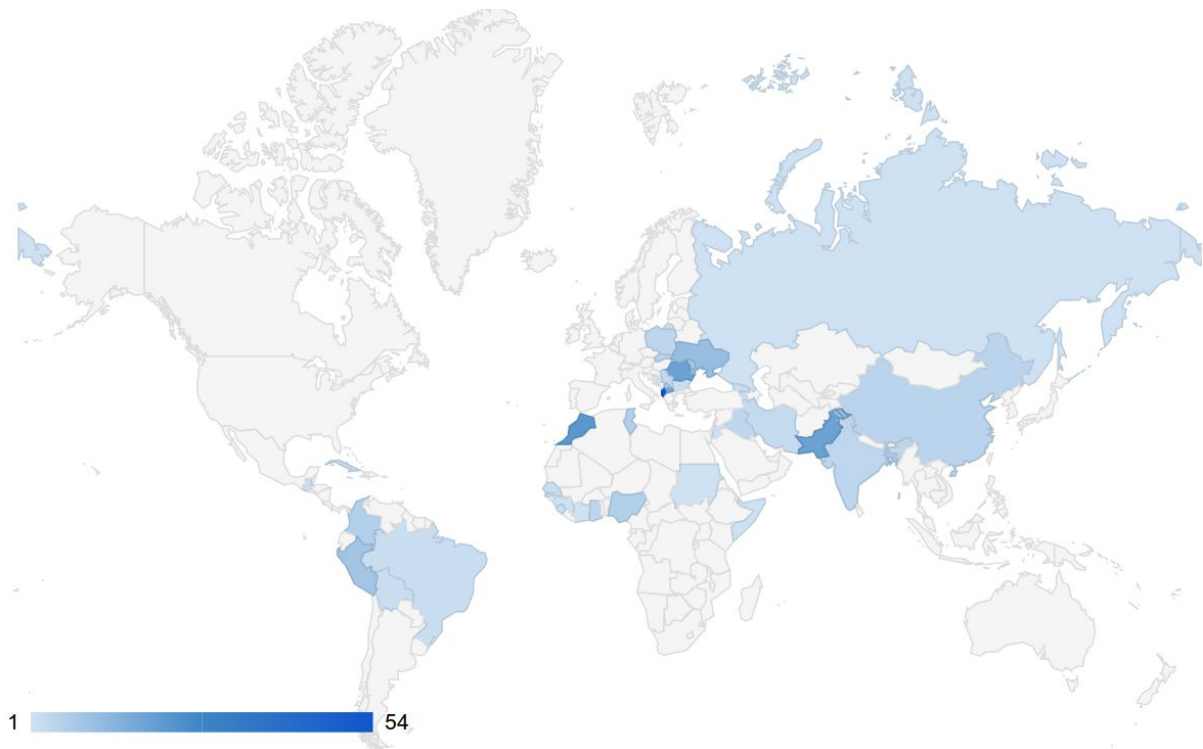
Per quanto riguarda i paesi d'origine dei pazienti analizzati essi erano in oltre il 50% dei casi appartenenti alla macroregione dell'Est Europa, seguivano il Nord Africa e l'America Latina ognuna con circa il 10% del totale dei contatti.

MACROREGIONI ONU



	Età media (anni)
Est Europa	45,0
Nord Africa	45,6
Africa Subsahariana	48,5
Medio Oriente	42,5
Asia Meridionale	43,0
Asia Centrale/Sue-est Asiatico	44,4
America Latina	48,6

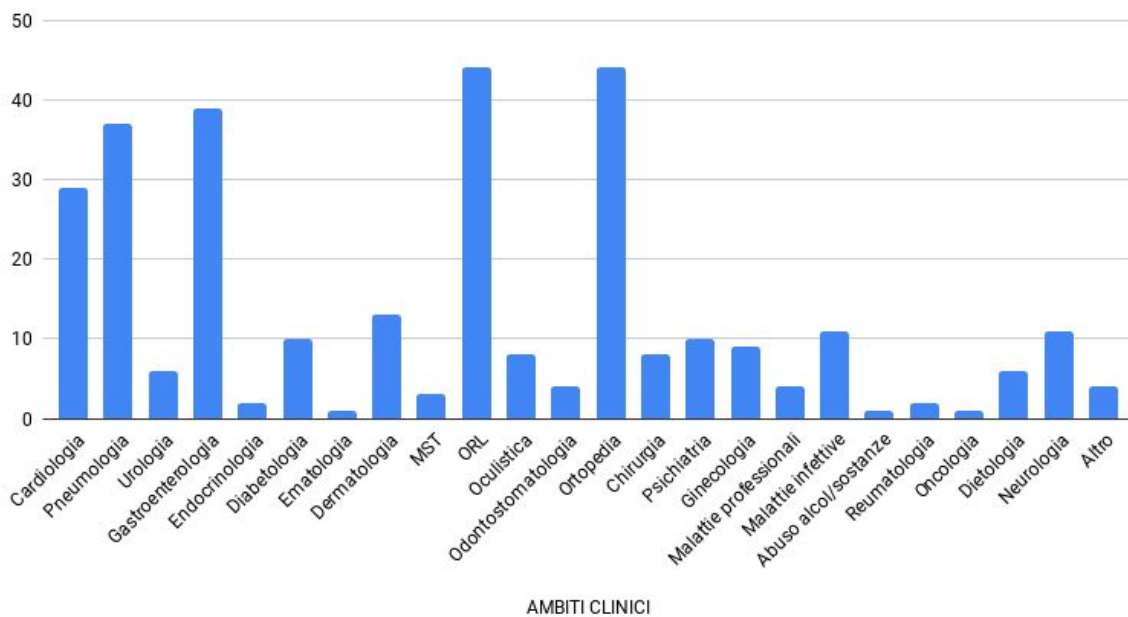
Le popolazioni maggiormente riscontrate erano quella albanese (21,6%), la marocchina (8,8%), la rumena (7,6%) e la pachistana (7,6%).



### Patologie

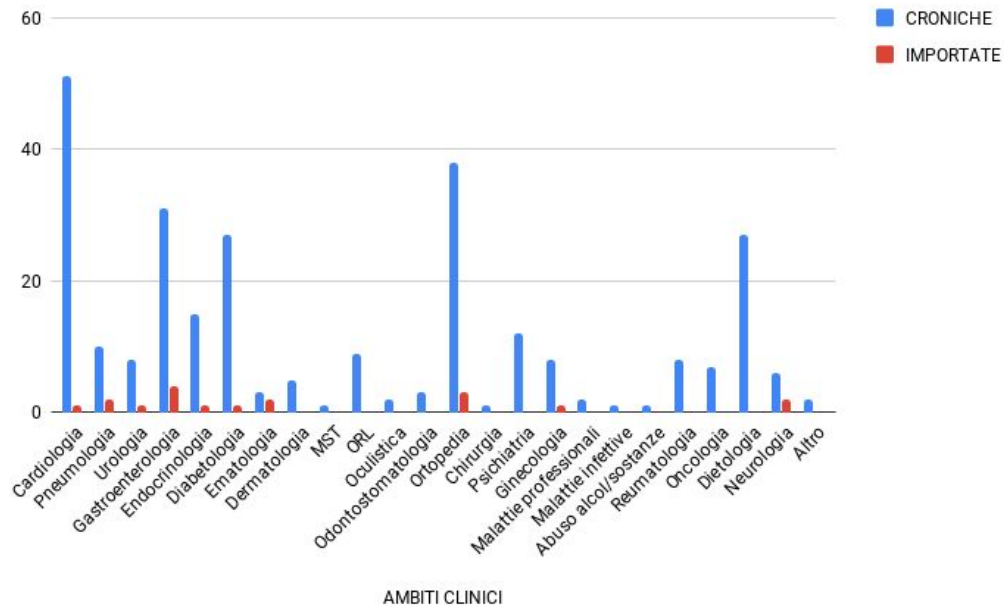
I motivi di consultazione prevalenti erano soprattutto nell'ambito dell'otorinolaringoiatria, dell'ortopedia, della gastroenterologia, della pneumologia e della cardiologia.

### MOTIVI DI CONSULTAZIONE



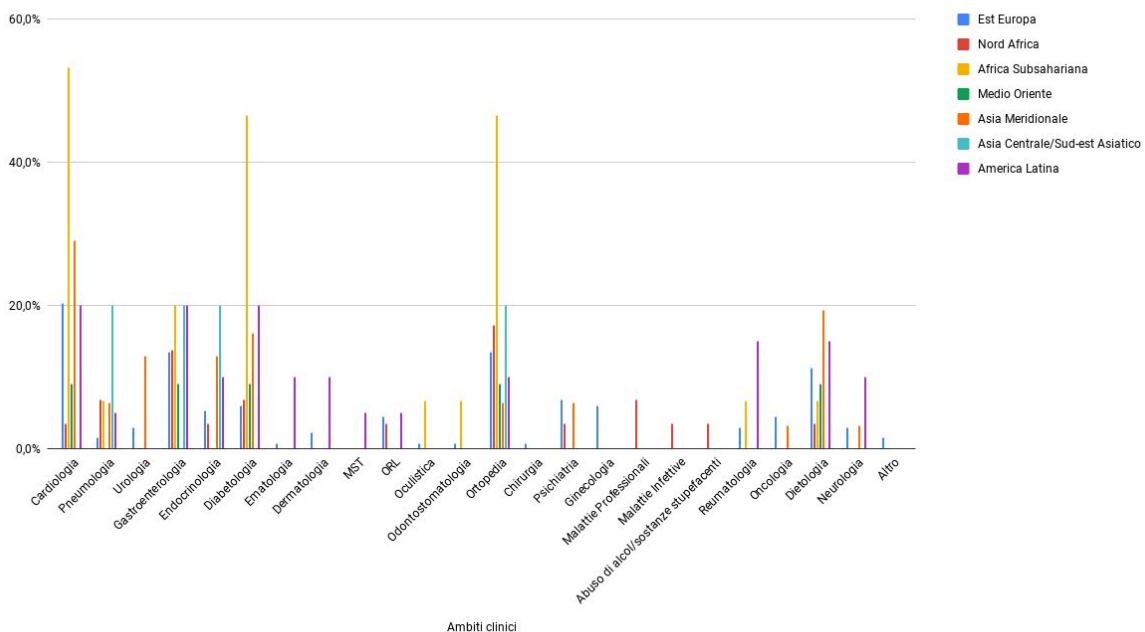
Le cartelle elettroniche presenti nei database gestionali dei MMG mostrano una discreta presenza di patologie croniche, prevalentemente negli ambiti clinici della cardiologia, ortopedia, gastroenterologia, dietologia e diabetologia. Il 55,7% del campione aveva almeno una patologia cronica registrata nella cartella clinica del database ambulatoriale. Le patologie importate registrate in cartella risultano essere invece molto meno rappresentate.

### PATOLOGIE REGISTRATE



In base alla provenienza geografica la maggior percentuale di pazienti con patologie croniche registrate si individuava tra gli assistiti dell'Africa Sub-sahariana (80% del campione); i principali ambiti clinici interessati erano quello della cardiologia (53,3%), della diabetologia (46,7%) e dell'ortopedia (46,7%).

### Patologie croniche per provenienza geografica



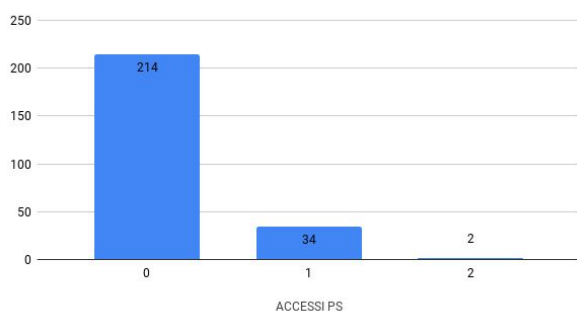
	Pazienti con patologie croniche (%)	Media patologie per registrazione
Est Europa	55,6	1,96
Nord Africa	55,2	1,38
Africa Subsahariana	80	2,50
Medio Oriente	27,3	1,67
Asia Meridionale	45,2	2,57
Asia Centrale/Sue-est Asiatico	60	1,33
America Latina	70	2,21

Nel gruppo degli immigrati dall'Est Europa, il gruppo più rappresentato nel campione globale (52,8%), il 55,6% degli assistiti aveva almeno una registrazione di patologia cronica, con una media di due patologie croniche per paziente; gli ambiti clinici di maggior rilevanza erano la cardiologia (20,3%), la gastroenterologia (13,5%), l'ortopedia (13,5%) e la dietologia (11,3%).

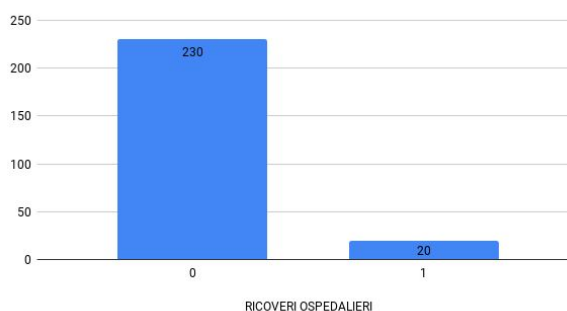
Nel campione complessivo non si sono registrati accessi in Pronto Soccorso nel mese precedente alla consultazione per l'85,6% dei pazienti, mentre il 13,6% ha fatto uso del servizio per una volta; solo due pazienti su 250 si sono recati al PS per due volte in un mese.

Non sono documentati ricoveri ospedalieri nei sei mesi precedenti alla data di consultazione per il 92% dei pazienti, per il restante 8% si è avuto un ricovero.

ACCESSI IN PS NELL'ULTIMO MESE

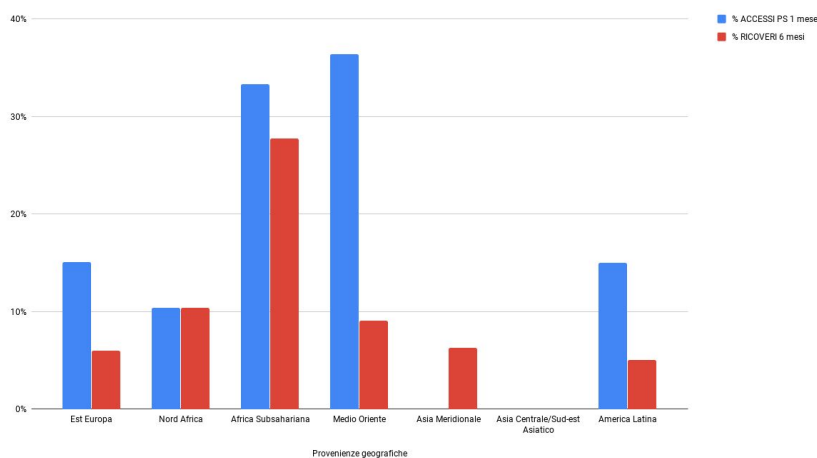


RICOVERI NEGLI ULTIMI SEI MESI



Considerando le provenienze geografiche dei pazienti si è potuto notare come nel nostro campione gli accessi ai servizi di emergenza si siano verificati in proporzione di più tra gli assistiti di Medio Oriente e Africa subsahariana (rispettivamente 36,4% e 33,3% del campione); i pazienti dell'Africa subsahariana erano anche il gruppo in cui si registrava la maggior percentuale di ricoveri nei 6 mesi precedenti all'indagine (27,8%). Il gruppo dell'Asia Centrale/Sud-Est Asiatico, risultato costituito solo da assistiti di nazionalità cinese, non si è mai rivolto ai servizi ospedalieri né di emergenza né come ricoveri di altro tipo.

Accessi ospedalieri per provenienza geografica



## DISCUSSIONE

### Aspetti relazionali

La percezione del fenomeno migratorio dei MMG operanti nella PA di Bolzano risulta essere in linea con i dati della recente indagine condotta su scala nazionale dall'Osservatorio Internazionale per la Salute; essa era finalizzata a raccogliere esperienze e opinioni dei medici italiani, di varie specializzazioni, che operano sul suolo nazionale. Lo studio, conclusosi a marzo 2018, era il primo condotto in Italia su questo tema e ha coinvolto più di 2000 operatori di tutte le regioni italiane.

L'81% dei MMG altoatesini affermava che l'assistenza agli stranieri fa ormai parte dell'attività quotidiana della loro professione, dato in linea con la media nazionale che si attesta all'80%.

A differenza dello studio OIS, nel quale i medici dichiaravano di occuparsi prevalentemente di entrambe le categorie di immigrati residenti e in transito (71%), la tipologia di paziente con cui si interfaccia il MMG è risultata nel nostro studio soprattutto quella dello straniero residente, inserito nelle liste ordinarie della medicina generale (45,9%). Questo si verifica probabilmente sia per il fatto che i residenti conoscono meglio il funzionamento del SSN e il ruolo del MMG, sia perché ai non residenti appartengono anche i cosiddetti migranti, dotati di tessera STP, che si rivolgono ad ambulatori dedicati, senza scelta di un MMG.

Il MMG della PA di Bolzano interagisce con pazienti che sono maggiormente inclusi nel tessuto sociale, prevalentemente provenienti dall'Est Europa e iscritti nelle liste ordinarie di assistiti. E' forse per questo motivo che i medici sudtirolesi risultano mediamente meno preoccupati dei possibili effetti che il fenomeno migratorio potrebbe avere sul loro futuro professionale (26% contro 41% media nazionale). Le regioni di provenienza della maggior parte degli assistiti dello studio OIS erano infine l'Africa magrebina e subsahariana.

Se la necessità di acquisire competenze specifiche è avvertita da oltre il 77% del campione nazionale, quello altoatesino anche in questo caso si mostra più ottimista e il 49% degli intervistati ritiene di poter far fronte alla domanda di salute del paziente straniero con competenze generiche, anche se auspica un maggiore supporto per questioni burocratiche e strutture più adeguate. Il 60% dei MMG della PA di Bolzano si mostra comunque interessato ad acquisire competenze transculturali in ambito sanitario e la metà di essi ha già seguito corsi o letto materiale dedicato (dato lievemente superiore alla media nazionale del 25%).

Confrontando poi le risposte ottenute con quelle di un ulteriore questionario, rivolto ai MMG nell'ambito di una ricerca SIMG svolta nel distretto di Udine nel 2012, sembra che gli operatori della PA di Bolzano siano maggiormente soddisfatti del loro rapporto terapeutico: affermano più spesso di riuscire a costruire un dialogo approfondito e basato sulla fiducia e ritengono i loro pazienti generalmente più complianti rispetto a quelli del vicino Friuli Venezia Giulia. Come in Alto Adige anche nello studio SIMG è emersa la difficoltà da parte dei MMG nel raccogliere informazioni anamnestiche e anagrafiche, che rappresentano un punto di partenza fondamentale per una buona relazione medico-paziente.

Le problematiche di fondo rimangono comunque le medesime ovvero le barriere linguistiche, culturali e la scarsa conoscenza del SSN e delle sue regole di utilizzo. Queste sono le criticità espresse anche nella maggior parte degli studi di letteratura. Le risorse linguistiche personali della classe medica sudtirolese sembrano costituire lo strumento maggiormente utilizzato per superare le difficoltà di comunicazione. L'aiuto di traduttori non professionisti (familiari, amici del paziente) presenti durante la visita è un altro fenomeno abbastanza strutturato. Meno fruiti



sono risultati invece i sistemi informatici e i mediatori culturali, nonostante diversi studi abbiano mostrato buoni risultati in termini di praticabilità e di efficacia nel miglioramento della comunicazione medico-paziente, soprattutto nell'ambito di ambulatori per migranti e auspichino quindi il potenziamento di queste risorse anche negli ambulatori della medicina generale.

### Profilo sanitario

Il profilo sanitario che emerge dal presente studio è stato confrontato con l'analisi fatta da Pavan e Inserra di un campione di 790 soggetti immigrati reclutati in ambiente urbano nel distretto di Udine. Il nostro campione mostra caratteristiche analoghe, dal momento che i soggetti reclutati in ambulatori di paese sono risultati solo l'11,2% del totale.

Anche nello studio di Udine la patologia pregressa è risultata scarsamente rappresentata, questo veniva spiegato sia come possibile risultato del fenomeno "migrante sano", ma anche per le difficoltà linguistiche che non favoriscono la raccolta anamnestica.

A differenza dello studio SIMG le patologie professionali, psichiche e i comportamenti di abuso non sono risultati così diffusi nella popolazione della PA di Bolzano; anche questo potrebbe comunque risentire, almeno in parte, di una scarsa registrazione delle informazioni nei database ambulatoriali. Nel nostro studio le patologie acute delle vie aeree sono risultate il principale motivo di consultazione, seguite da disturbi gastrointestinali e ortopedici; questo dato è probabilmente indice dell'età piuttosto giovane della popolazione immigrata. Le patologie croniche (es. ipertensione, diabete mellito, dislipidemie, osteoartrosi), spesso legate a errati stili di vita e cattive abitudini alimentari, sono risultate comunque ben rappresentate nella popolazione qui analizzata (il 55,7% del campione aveva almeno una patologia cronica); questo è sicuramente spia di una maggiore fragilità di questi assistiti, che tendono a sviluppare patologia una volta insediati stabilmente nel nostro paese. Il dato sembrerebbe discostarsi abbastanza da quello nazionale che vede al 39,1 la percentuale di assistiti con almeno una patologia cronica (*Annuario ISTAT 2017*, dati autodichiarati). Bisogna tenere però conto che la media nazionale comprende anche i dati relativi alla popolazione dei minorenni, non inclusi nel gruppo altoatesino. Una percentuale simile a quella del nostro studio si ritroverebbe invece nella fascia di età 55-59 anni della popolazione generale ISTAT (53,0% con una o più patologie croniche); la popolazione immigrata sembrerebbe dunque sviluppare prima patologie croniche, spesso anche in forma di multimorbidità (due o più patologie croniche). Il dato è di sicuro interesse perché dimostra che, con il cambiamento strutturale della popolazione stanziale sul suolo italiano previsto entro i prossimi anni, una quota considerevole di pazienti cronici e portatori di polipatologie potrebbe aggiungersi a quella autoctona. Diversi studi, come quello del 2003 di Yilmaz, mostrano poi come il paziente straniero affetto da patologie croniche (es. pazienti diabetici) tenda a avere meno contatti ambulatoriali, sia meno autonomo nella gestione della propria malattia, raggiunga meno facilmente i target e riceva anche meno scatole di farmaci. Il MMG deve quindi utilizzare molte risorse per rispondere alla domanda di salute di questi pazienti fragili.

Per quanto riguarda infine le modalità di accesso ai servizi ospedalieri il campione del nostro studio ha evidenziato un maggior ricorso al PS rispetto alla popolazione generale della PA di Bolzano (14,4% contro 4% di accessi in un mese, dati ASTAT 2017) e un tasso di ospedalizzazione per ricovero analogo (8%). La popolazione cinese si è confermata quella che accede meno alle strutture ospedaliere rispetto a tutte quelle considerate.

## **CRITICITA'**

Come affermato precedentemente questo studio si prefigura come indagine conoscitiva preliminare. La modalità di campionamento non permette la rappresentatività della popolazione e risulta inoltre fortemente influenzata dalle abitudini di catalogazione e registrazione dei dati clinici e anagrafici dei diversi medici nei loro programmi gestionali per l'ambulatorio. I dati relativi alle patologie importate e dunque all'anamnesi patologica remota degli assistiti immigrati sono risultati per esempio poco rappresentati, probabilmente per una carenza nella raccolta o nella catalogazione di queste informazioni da parte dei medici stessi durante l'attività ambulatoriale. Carenze in questo senso venivano evidenziate anche dal questionario direttamente rivolto ai MMG: circa il 58% dichiarava di raccogliere mai o solo raramente informazioni relative a patologie pregresse, abitudini alimentari, stato vaccinale, scolarità e religione. Sebbene dai dati ASTAT la popolazione straniera si inserisca prevalentemente in contesti urbani e per oltre il 60% nel capoluogo, sarebbe interessante aumentare la numerosità campionaria e raccogliere un maggior numero di dati relativi ai cittadini residenti in contesto rurale per indagare eventuali differenze città-paese. Sarebbe inoltre auspicabile campionare dati relativi alle consultazioni di diversi periodi dell'anno e non solo di un unico trimestre.

## **CONCLUSIONI**

Questo studio si inserisce bene negli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale espressi all'articolo 1 del recente ACN di giugno 2018, che invita le politiche regionali a mirare la programmazione sulle esigenze assistenziali del proprio territorio. Una buona conoscenza della realtà locale è dunque fondamentale per indirizzare gli interventi di politica sanitaria.

Tra gli obiettivi prioritari figurano il governo delle liste di attesa, il controllo degli accessi impropri al pronto soccorso e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, la presa in carico delle cronicità con il miglioramento dei programmi di prevenzione e assistenza e una maggior garanzia di equità di accesso ai servizi sanitari.

La caratterizzazione della popolazione immigrata che va inserendosi strutturalmente nel bacino degli utenti del SSN è un passo necessario per garantire integrazione e salute.

In questo scenario il MMG deve rivestire il ruolo fondamentale di educatore all'uso corretto delle risorse sanitarie del nostro paese, all'assunzione di stili di vita sani e all'importanza della prevenzione. Grandi sforzi si richiedono per il miglioramento della comunicazione, che deve essere empatica, libera da pregiudizi e non discriminante. Il MMG deve essere consapevole che questi assistiti sono giovani e generalmente in salute, ma fragili, più a rischio di sviluppare patologie acute, ma anche croniche.

Nonostante la presenza di patologie ad alta prevalenza extracomunitaria come HIV, epatiti virali, TBC non sia risultata tale da destare particolare preoccupazione, si auspica che il MMG ponga particolare comunque particolare attenzione allo screening di queste patologie.

## BIBLIOGRAFIA

- IDOS – Ministero degli Interni, Dossier Statistico Immigrazione 2017 - <http://www.dossierimmigrazione.it>
- ASTAT – Info 32/2018 - <http://astat.provincia.bz.it/it/popolazione.asp>
- Geraci S – Dossier Immigrazione 2017. Dati e Politiche - [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info)
- Istituto di ricerca sociale & demoscopia – Indagini online, nuove opportunità - [www.apollis.it](http://www.apollis.it)
- Accordo collettivo nazionale 21 giugno 2018 - Medicina Generale – Art. 1 Obiettivi Prioritari di Politica Sanitaria Nazionale – [www.sisac.info](http://www.sisac.info)
- Accordo collettivo nazionale 20 gennaio 2005 - Medicina Generale – Parte Seconda Art. 12 – Premessa – [www.sisac.info](http://www.sisac.info)
- Accordo collettivo nazionale 20 gennaio 2005 - Medicina Generale – Parte Seconda Art. 29 – Funzioni della Medicina Generale – [www.sisac.info](http://www.sisac.info)
- Accordo collettivo nazionale 20 gennaio 2005 - Medicina Generale – Parte Seconda Art. 40 – Scelta del medico – [www.sisac.info](http://www.sisac.info)
- Sondaggio OIS – Migrazioni e sanità in Italia, giugno 2018 – [www.osservatorio-ois.com](http://www.osservatorio-ois.com)
- Istituto Superiore di Sanità – Portale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica <http://www.epicentro.iss.it>
- Istituto Superiore di Sanità – Rapporto OsMed 2011. L'uso dei farmaci in Italia
- Annuario Statistico Italiano 2017 – 4. Sanità e Salute – [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Gerlach H et al. – ZFA 10/2008 - Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten
- Gerlach H et al. – ZFA 11/2009 - Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen. Ein Vergleich der Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Patientinnen und Hausärztinnen
- Yilmaz M – ZFA 09/2003 - Hausärztliche Diabetes-mellitus-Behandlung bei türkischsprachigen im Vergleich zu deutschsprachigen Patienten – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie aus der Praxis
- Mergenthal K et al. – ZFA 11/2012 - Vorhandene Ressourcen effektiv nutzen. Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis
- Nesterko Y et al. – ZFA 12/2015 - Verständigung mit Patienten mit Migrationshintergrund aus der Sicht von Hausärzten
- Mews C et al. – ZFA 11/2017 - Einsatz von Videodolmetschen in der ambulanten Versorgung in Hamburg – eine Bedarfsanalyse
- Inserra C et al. – Rivista SIMG 2012 – Il paziente immigrato nell'ambulatorio di medicina generale: indagine fra i medici del distretto sanitario di Udine
- Mauro C – FAD Edra 2013 - Comunicazione e gestione del paziente migrante in ambito sanitario
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane – Rapporto Osservasalute Ed. 2016. Salute degli immigrati – [www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it)