



Marilena Bertini e Franco Locatelli

A Torino è partito il progetto “MMG Sans Frontières” con l’obiettivo di dare la possibilità a specializzandi in Medicina Generale, in accordo con la loro scuola di formazione, gestita dalla Regione Piemonte, di frequentare corsi organizzati da ONG torinesi e di svolgere almeno un mese del proprio tirocinio in un paese a basso reddito. Le riflessioni di due tirocinanti al termine dell’esperienza in Etiopia e Kenia.

---

**L’attività del medico di famiglia ha subito negli anni un cambiamento radicale: da medico condotto di paese a medico di medicina generale**, inteso come fulcro sanitario ed economico di un sistema di salute diventato nazionale in quanto omogeneo e riproducibile in tutte le realtà del territorio. Stanno cambiando anche le esigenze della popolazione a causa del progressivo aumento della popolazione anziana, della riduzione delle nascite e dell’incremento dei flussi migratori da paesi extraeuropei.

**Nei primi sei mesi dell’anno, circa 67.500 migranti sono sbarcati in Italia: le statistiche dimostrano che gli arrivi nel nostro paese non hanno subito drastici aumenti, mentre è aumentato in modo importante il transito attraverso le isole greche e i Balcani**[\[1\]](#). Peraltro il 2014 è stato un anno particolare in cui gli italiani residenti all’estero sono aumentati più degli stranieri residenti in Italia. Questi ultimi

incidono sulla popolazione complessiva per un valore superiore alla media europea (8,2% rispetto al 6,2%). Tra gli stranieri residenti in Italia, i non comunitari sono i più numerosi (3,5 milioni), sebbene sia rilevante la provenienza europea: 2,6 milioni, dei quali quasi il 60% cittadino Ue (1,5 milioni). Su una stima di 5.421.000 stranieri regolarmente presenti in Italia il 59% risiede al nord[2]. Su un totale di 425.523 stranieri regolarmente residenti in Piemonte, 222.419 sono i residenti a Torino. Le provenienze principali risultano, in ordine decrescente: Romania, Marocco, Albania, Cina, Perù[3].

I nuovi arrivati presentano bisogni diversi da quelli della società in cui si inseriscono e che contribuiscono a modificare.

**L'intensità delle disuguaglianze di salute varia da paese a paese.** Le stime italiane si discostano dai valori medi europei, evidenziando gradienti sociali più moderati ed incrementi temporali meno pronunciati.

**Il primo meccanismo che causa disuguaglianze è quello che genera la stratificazione sociale;** esso dipende dai contesti economici e del lavoro (che, rispettivamente, creano e distribuiscono ricchezza e potere), dai contesti comunitari e di *welfare* (che ne regolano e moderano gli effetti), e dalla storia e dalla cultura (che ne influenzano i vissuti). Questo meccanismo si esprime sulla traiettoria di vita di una persona attraverso le circostanze di vita - quelle economiche, ambientali e psicologiche dell'infanzia, a cui si aggiungono quelle del lavoro e di vita in età adulta e anziana - che influenzano le disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse materiali, di *status* e di aiuto[4].

È noto come per i migranti la salute all'arrivo sia buona, spesso migliore di quella della popolazione del paese ospite (questo non vale per i richiedenti asilo, non essendo il loro un progetto migratorio ma una fuga da situazioni di pericolo). **Le disuguaglianze di salute nascono dopo l'esposizione a determinanti socio-economici sfavorevoli, che con il tempo determinano un peggioramento.**

**Il Medico di Medicina Generale (MMG), riferimento basilare del sistema di cure primarie e spesso prima porta di accesso ai servizi sanitari, deve perciò essere in grado di adeguarsi a questi cambiamenti, non perdendo di vista i fattori di rischio e quelli protettivi per la salute.** Per compensare questo *gap* formativo, molti MMG frequentano volontariamente corsi organizzati da associazioni e istituzioni, altri trascorrono periodi di volontariato in Paesi extraeuropei.

È necessario che durante il corso di formazione il MMG acquisisca strumenti e competenze che lo rendano capace di confrontarsi con realtà socio-culturali differenti.

**Sarebbe inoltre opportuna una formazione in competenza culturale.** Migrazioni programmate e non programmate, pratiche sociali differenti e vettori di malattia emergenti stanno trasformando le modalità con cui salute e benessere vengono compresi e negoziati. Contemporaneamente malattie note, trasmissibili e non, continuano a condizionare la salute individuale e le economie di famiglie, comunità e stati. Insieme, queste forze plasmano la conoscenza medica e il modo in cui questa viene compresa, valutata, adottata e applicata.

La competenza culturale è intesa in senso antropologico, abbracciando un concetto di cultura non statico o stereotipico ma sempre in movimento. Se insegnata e applicata al meglio, la competenza culturale può ridurre la distanza tra produttori e fruitori di assistenza sanitaria facendo emergere le conoscenze, gli atteggiamenti e le abilità dei medici. La competenza implica la costruzione e il consolidamento di relazioni significative[5]. È tempo di tornare ad una medicina che riscopra la centralità della relazione, a maggior ragione nei confronti di persone con culture diverse come i migranti.

**La formazione di un futuro MMG, che avrà molti pazienti di altre culture, non può che trarre beneficio dalla frequentazione di reparti di infettivologia e servizi territoriali a cui accedono molti migranti e in cui sono presenti mediatori culturali, e dove sicuramente esistono competenze interculturali.** Molti degli operatori che vi lavorano hanno partecipato ai nostri corsi di salute globale in cui è previsto un modulo di competenza culturale, anche come docenti.

Facciamo riferimento qui a reparti di infettivologia e ambulatori per la cura delle malattie infettive sessualmente trasmissibili, in particolare quelli dell'Ospedale Amedeo di Savoia, dove la maggioranza dei ricoverati e delle persone viste in ambulatorio non è italiana. Analogamente ci riferiamo ai consultori familiari dell'ASL To2, dove il 70% delle pazienti è rappresentato da donne migranti.

Già durante il periodo di tirocinio in queste strutture, con l'approssimazione a pazienti di provenienze diverse, anche grazie alla presenza del mediatore culturale, il MMG sarà preparato a prenderli in carico in modo appropriato, acquisendo anche la capacità di adottare una medicina preventiva pensata e dedicata specificamente a questi pazienti.

Questa esperienza non è normalmente offerta dal corso per MMG, almeno in Piemonte.

**Oltre a questo, anche un tirocinio in un paese a basso reddito, in strutture dedicate alle cure primarie (PHC), potrebbe consentire un arricchimento formativo ai futuri MMG.** Pensiamo sia una preziosa occasione per conoscere le culture e le concezioni della salute di persone che vivono nei paesi a forte pressione migratoria, arricchendo quindi la capacità di creare una relazione medico-paziente efficace quando i migranti si presenteranno ai servizi nel contesto torinese.

A queste premesse, in particolare l'aspetto innovativo di un tirocinio che ha sullo sfondo la cooperazione internazionale ma è dedicato alla formazione dei MMG, ha creduto anche la FNOMCeO.

**Per queste ragioni a Torino è partito il progetto "MMG Sans Frontières" con l'obiettivo di dare la possibilità a specializzandi in MMG, in accordo con la loro scuola di formazione, gestita dalla Regione Piemonte, di frequentare corsi organizzati da ONG torinesi e di svolgere almeno un mese del proprio tirocinio in un paese a basso reddito.**

La sinergia tra comitato tecnico-scientifico del corso di formazione e **Comitato di Collaborazione Medica (CCM)**, nata per iniziativa dei due specializzandi di cui riportiamo l'esperienza, ha consentito di presentare una proposta per un bando della FNOMCeO, per il sostegno ad iniziative per la formazione e l'aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei paesi a basso reddito (bando del maggio 2014).

La proposta è stata approvata e finanziata: tre specializzandi si sono aggregati (uno in Etiopia e due in Kenya) a progetti di PHC, grazie ai quali hanno potuto svolgere parte del tirocinio previsto dalla scuola di specializzazione. Hanno lavorato con operatori locali in ambulatori (outpatient departments) e nei centri di cura distribuiti sul territorio (Primary Health Care Units); sono stati accompagnati da tutor che hanno contribuito alla loro formazione, oltre che al monitoraggio e alla valutazione degli operatori locali.

**Ci fa piacere aggiungere qui alcune delle riflessioni che i due tirocinanti già rientrati hanno riportato al termine dell'esperienza nei PVS.**

**L.C. si è recato in Etiopia, Regione del Tigray, presso l'Health Center di Adi Shum Dhun.**

Vi ha soggiornato per 45 giorni, insieme al Tutor S.L. “Il confronto con realtà culturali e gestionali diverse mi ha arricchito umanamente. La difficoltà di lavarsi le mani tra due pazienti è un esempio di come ci si può trovare molto lontani dalle nostre abitudini. Ho sperimentato la necessità di creare una relazione di fiducia sia con gli operatori locali che con i pazienti. Certamente aver conosciuto culture molto diverse dalla nostra mi consentirà di svolgere meglio la mia professione di medico di medicina generale, specie nei confronti di popolazioni immigrate che hanno un senso del tempo, della malattia e della vita stessa diverse da quella italiana”.

**A.B. si è recato in Kenya**, nella contea di Isiolo, dove il CCM gestisce la parte sanitaria di un progetto finanziato dal Ministero Affari Esteri e Cooperazione Internazionale, per migliorare l'accesso ad acqua e servizi igienici, oltre ad aumentare la qualità della Primary Health Care. Vi ha soggiornato 45 giorni, avendo come tutor C.A. “La sfida maggiore, nella quasi totalità dei casi, consiste nell'effettuare diagnosi solo cliniche, in dispensari privi di laboratorio, imparando a farci bastare una buona raccolta anamnestica e un minuzioso esame obiettivo. Importante il lavoro di *training on the job* fatto lavorando con il personale locale, visitando 15 strutture sanitarie di base, gestite da personale sanitario non medico. Lo scambio con operatori sanitari locali e con pazienti di cultura diversa mi aiuteranno nello svolgimento della mia professione medica in Italia”.

È stato un piccolo progetto pilota, che riteniamo importante continuare per dare la possibilità ai MMG di acquisire elementi relativi alla vita e alla cultura dei potenziali futuri pazienti nel loro ambiente, prima della migrazione. Oltre a questo, trattandosi di un percorso di formazione che prevede una parte consistente “di campo” e che permette un apprendimento “con” e “nella” comunità, lo segnaliamo come un nuovo esempio di *Palestra di Salute Globale*[6].

Marilena Bertini e Franco Locatelli, Comitato di Collaborazione Medica (CCM), Torino

## Bibliografia

Geraci S. et al. [Migrazione e salute: falsi miti e vere emergenze](#). Blog saluteinternazionale.info, 29.07.2015. Dati: [unhcr.org](http://unhcr.org)

Scheda [Dossier Immigrazione 2015](#) [PDF: 1,27 Mb]. A cura di IDOS, in partenariato con *Confronti* e in collaborazione con UNAR

Sintesi XXIV Rapporto immigrazione 2014 (Caritas Italiana e Migrantes)

su: [migrantitorino.it](http://migrantitorino.it) a cura dell'Ufficio Pastorale Migranti, Torino

Costa G. et al. Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia - Evidenze, meccanismi di generazione, politiche. Documento istruttorio commissionato dal gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, 2015

Napier D. et al. The Lancet Commissions: Culture and health. Lancet 2014; 384

AA. VV. [Le Palestre di Salute Globale: per apprendere con e nella comunità](#). Saluteinternazionale.info, 16.11.2015

Facebook

Twitter

LinkedIn