

✉ Cacciottella L, Bernardi A, D'Agostino F,  
Fascendini M, Montanari A, Locatelli F, Bertini M.

L'obiettivo del progetto è di esporre il medico di medicina generale in formazione a contesti diversi, in cui le priorità e le risorse sanitarie non sono quelle occidentali, per sensibilizzarlo sui temi della salute globale e sull'importanza di perseguire l'equità e l'universalità dei servizi e di consentirgli di familiarizzare con i contesti di provenienza dei migranti, per favorire lo sviluppo di competenze culturali che agevoleranno la relazione con il paziente straniero in Italia.

---

## Introduzioni

“L'assistenza sanitaria primaria (**PHC, Primary Health Care**) - secondo la **Dichiarazione di Alma Ata** (1978)[[1](#)] - rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria e affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. (...) Coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e comunitario, in particolare i settori dell'agricoltura, allevamenti animali, alimenti, industria, istruzione, edilizia, lavori pubblici, comunicazioni e altri settori, richiede che gli sforzi di tutti questi settori siano coordinati”. □È peraltro dimostrato che i sistemi sanitari basati sull'assistenza sanitaria primaria riducono le disuguaglianze in salute[[2,3](#)]. In tutto il mondo, è stato riconosciuto che la salute e il benessere di una popolazione sono fortemente

dependenti da un sistema di PHC di qualità che sia equo, facilmente accessibile e conveniente per tutti i membri della comunità[4,8] e che abbia come obiettivo la copertura universale[9-15].

## **Medici di famiglia**

**In Europa la figura del medico di famiglia è ormai ben radicata e si adegua ai cambiamenti della società. Al contrario, in altri continenti - come Asia e Africa - la medicina di famiglia è un concetto relativamente nuovo.** Solo nel 2007, il governo sudafricano ha riconosciuto la medicina di famiglia come specialità del sistema sanitario nazionale[16-18], sebbene le scuole di specializzazione fossero presenti nel paese sin dal 1968.

Nonostante qualche sporadico tentativo di promuovere la medicina di famiglia - vedi *Consensus on Family Medicine in Africa*[19]del 2009 - **di tale disciplina dell'Africa subsahariana (Sudafrica a parte) non c'è traccia**, sia per la fragilità dei sistemi sanitari che - soprattutto - per l'estrema carenza di personale medico. Così nei dispensari e nei centri sanitari l'assistenza di base (cure essenziali, vaccinazioni, tutela materno-infantile) è erogata da infermieri, ostetriche e figure "intermedie", come i *medical assistant*, mentre i medici sono presenti quasi esclusivamente negli ospedali o nella direzione dell'organizzazione distrettuale.

## **Progetto MMG sans frontières**

**Il progetto, finanziato da una borsa di studio istituita dalla FNOMCeO(a), si inserisce nell'ambito delle attività di cooperazione del Comitato Collaborazione Medica (CCM) per il rafforzamento dei sistemi sanitari africani**, nelle quali svolge un ruolo fondamentale la formazione del personale locale.

Esso mira in particolare a:

- rafforzare i servizi sanitari di base offerti dalle strutture ambulatoriali nei Paesi in cui opera;
- fornire ai Medici di medicina generale (MMG) nuove competenze necessarie per il lavoro in Italia. Il MMG è il fulcro del sistema sanitario nazionale e, in un contesto di cambiamento delle esigenze della popolazione in senso multietnico e multiculturale, è chiamato a rispondere alle differenti richieste che gli arrivano da un'utenza sempre più globale.

Nel sistema formativo italiano, il **corso di formazione in Medicina Generale**, attualmente articolato in tre anni, fa conoscere ai medici in formazione la rete di servizi con cui dovranno confrontarsi nello svolgimento della propria professione, conoscenza necessaria per assicurare il continuum delle cure utili ad ogni paziente. Nel corso si parla di medicina tropicale e malattie infettive, senza tuttavia esaurire i temi della salute globale. Inoltre, manca la possibilità per gli specializzandi di esperire nella pratica le lezioni apprese in aula.

Il progetto *MMG sans frontières* si propone di **arricchire la formazione del medico in Medicina Generale** con ulteriori lezioni specifiche, grazie alla partecipazione dei corsi di salute globale organizzati dal CCM in partenariato con Università del Piemonte Orientale, World Friends, Tavolo Sanitario COP (Consorzio ONG Piemontesi), Università di Torino, ASL, GRIS (Gruppi Immigrazione Salute), disponibile anche in FAD (formazione a distanza). Gli argomenti (antropologia sanitaria, progettazione, monitoraggio e valutazione, finanziamento dei sistemi sanitari, equità in salute, chirurgia povera, malattie infettive tropicali, salute materno-infantile nei PBR, competenza culturale) sono trattati con l'utilizzo di metodiche didattiche diverse.

**Dopo la fase di apprendimento teorico è prevista una missione di un mese e mezzo del medico specializzando in uno dei Paesi dell'Africa sub-sahariana** in cui il CCM opera (es. Etiopia e Kenya), dove potrà affiancare il personale sanitario locale negli HC (*Health Center*)([b](#)) e negli HP (*Health Post*)([c](#)). *Il medico in formazione è accompagnato da uno specialista italiano con precedente esperienza sul campo, che farà da tutor.*

#### **Il duplice beneficio che otterrà il progetto sarà:**

- consentire allo specializzando di familiarizzare con i contesti di provenienza dei migranti, per favorire lo sviluppo di competenze culturali che agevoleranno la relazione con il paziente straniero in Italia.
- **Lavorare con il personale sanitario locale**, da un lato dà la possibilità allo specializzando di apprendere il substrato culturale con cui deve interfacciarsi, dall'altro consente al personale locale di confrontarsi con modalità di lavoro clinico più standardizzate ed organizzate. Per entrambi l'esperienza offre la possibilità di acquisire competenze nuove e di cercare modalità di lavoro congiunto più efficaci ed efficienti per il servizio sanitario del luogo in cui si trovano.

**I flussi migratori da Paesi extraeuropei presentano bisogni sanitari diversi da quelli presenti nella società in cui si inseriscono e che contribuiscono a modificare.**

L'approccio biomedico utilizzato dai medici di famiglia italiani non sempre si addice a migranti che provengono da paesi in cui il sistema sanitario è molto diverso da quello

italiano. Anche il concetto di corpo, dolore, cura possono differire dai concetti Italiani. Il Sistema Sanitario Nazionale deve rispondere anche a queste nuove esigenze. Pertanto è sempre più sentita la necessità di adeguare il lavoro del MMG a questi nuovi scenari e bisogni della salute.

### **Esperienze di cooperazione sul campo**

**Nel 2015 ha preso corpo la prima missione sul campo del progetto *MMG sans frontières*, in Etiopia e Kenya.** Si sono svolte 3 missioni, composte ciascuna da un tutor (medico senior con conoscenza di medicina africana) ed uno specializzando in MMG.

**Una di esse ha avuto come base l'*Health Center* di Adi Shum Dum in Mekelle, cittadina del nord Etiopia (Tigray) e due si sono svolte in 15 *Health Centers* e dispensari nella contea di Isiolo in Kenya.**

**Per ciascuno dei MMG in specializzazione inviati in missione, la durata totale del lavoro presso l'*Health Center* è stata di 5 settimane con una affluenza media giornaliera di 30 - 35 pazienti.** Durante la missione, ciascuno dei MMG in specializzazione è stato impegnato in attività cliniche e didattiche. La parte clinica ha previsto l'affiancamento del MMG agli operatori sanitari locali.

Proprio per le caratteristiche del contesto (rurale e estremamente remoto), per la didattica si è privilegiato il cosiddetto "*Training-on-job*": lavorando con il personale locale si sono forniti strumenti diagnostici per le patologie più diffuse. Per alcuni argomenti si sono tenute lezioni frontali, in cui sono state illustrate linee guida diagnostico-terapeutiche e farmacologiche. La discussione comune di casi clinici ha contribuito ad aumentare le conoscenze/competenze di tutti gli attori presenti sul campo.

### **Risultati e conclusioni**

Il MMG è un raccordo tra la popolazione e le strutture di 1° e 2° livello: attraverso il suo lavoro fornisce un'assistenza sanitaria equa perché accessibile a tutti e, in caso di necessità, indirizza in modo appropriato i pazienti verso percorsi diagnostico-terapeutici più specifici, riducendo sprechi di tempo/risorse. Anche in contesti a basse risorse, questa figura professionale, come ampiamente dimostrato dal progetto PRIMAFAMED (*Primary Health Care and Family Medicine Education*)[21], riesce ad essere un collante tra il Sistema Sanitario e la popolazione.

**I MMG italiani, grazie al progetto, hanno potuto acquisire conoscenze più accurate**

**e precise sulle patologie tropicali più diffuse, ma soprattutto conoscenze antropologico-culturali legate all'incontro con persone di culture molto diverse da quella europea.** Queste conoscenze potranno aiutarli a gestire meglio i pazienti che stanno arrivando da paesi africani, rendendo la medicina di famiglia più vicina ai bisogni primari dei nuovi arrivati.

**Il progetto descritto è frutto di una collaborazione in atto tra CCM e la scuola di formazione di MMG della Regione Piemonte.** Obiettivo futuro di CCM e OMCeO torinese è lavorare per estendere questo progetto anche ad altre scuole di formazione di medicina di famiglia, in modo da avere sempre più MMG in grado di intraprendere missioni educativo-sanitarie nei PBR per promuovere in loco questa figura lavorativa e, al tempo stesso, consentire ai MMG di acquisire competenze che li aiutino a lavorare in modo culturalmente adeguato in Italia.

Cacciottella L, Bernardi A, D'Agostino F, Fascendini M, Montanari A, Locatelli F, Bertini M. Comitato Collaborazione Medica (CCM), Torino

### **Bibliografia**

1. Litsios S. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. *International Journal of Health Services* 2002;32: 709-732; Lee S. WHO and the Developing World: The Context for Ideology," in *Western Medicine as Contested Knowledge*, ed. A. Cunningham and B. Andrews (Manchester: Manchester University Press, 1997), 24-45.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 475-502
3. Bryant JH. *Health and the Developing World* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969), ix-x.
4. Walsh JA and Warren KS. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine* 1979; 301: 967-974; it also appeared in *Social Science and Medicine* 1980; 14C: 145-163 as part of an issue devoted to the Bellagio meeting.
5. Evans J, Hall K, Warford J. Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. *New England Journal of Medicine* 1981; 305: 1117-1127.
6. During these years, most developing countries significantly improved the coverage figures. Expanded Programme on Immunization, November 24, 1978. Folder "WHO-UNICEF Joint Study," CF-NYH-09 D Heyward T010 A128, UNICEF Archives.
7. Hill T, Kim-Farley R, Rohde J. Expanded Programme on Immunization: A Goal Achieved Towards Health for All. In *Reaching Health For All*, ed. J. Rohde, M. Chatterjee, and D. Morley (Delhi: Oxford University Press, 1993), 403-422.
8. Patel M. An Economic Evaluation of Health For All. *Health and Policy and*

Planning 1986; 1: 37-47.

9. Rifkin SB, Muller F, Bichmann V. Primary Health Care: On Measuring Participation. *Social Science and Medicine* 1988; 26: 931-940.
10. Mahler H. The Meaning of "health for All by the Year 2000. World Health Organization; 1981
11. Intervention of Director General of WHO, H. Mahler, in "Alma Ata 1978, International Conference on Primary Health Care, 6-12 September 1978, Statements by Participants in the Plenary Meetings," 4-6, ICPHC/ALA/78.1-11, WHO Library, Geneva
12. World Health Organization, Lerberghe W van. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008
13. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 1365-1367
14. Borisch B. Global health equity: opportunities and threats. *J. Public Health Policy* 2012; 33: 488-491
15. ["WHA32.30](#), Formulating Strategies for Health for all by the Year 2000, World Health Organization, 32nd World Health Assembly, Geneva, 7-25 May 1979"
16. Training in Family Medicine and Primary Health Care in South Africa and Flanders: report of a study visit. Belgium; September 1997. Project nr. ZA.96.11
17. Hellenberg D, Gibbs T. Developing family medicine in South Africa: a new and important step for medical education. *Med Teach* 2007; 29: 897-900.
18. Mash B, Downing R, Moosa S, De Maeseneer J. Exploring the key principles of Family Medicine in sub-saharan Africa: international Delphi consensus process. *South Afr Fam Pract* 2008; 50: 60-65.
19. Flinkenflogel M, Essuman A, Change P, Ayankogbe O, De Maeseneer J. Family Medicine Training In Sud-Saharan Africa: South-South cooperation in the PRIMAFAMED project as strategy for development. *Family Practice* 2014; 4: 427-436.
20. Julian Tudor Hart. The Inverse care law. *Lancet* 1971;7696: 405-412.
21. [PRIMAFED \(AFRICA\) NETWORK](#). Primary Care & Family Medicine Education Network.

## Note

- a) FNOMCEO = Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
- b) HC = centri di salute con personale qualificato, che ha alcuni letti per parti assistiti e per ricoveri brevi. Non ci sono medici ma ostetriche ed infermieri; qualche volta anche i clinical officer;
- c) HP = ambulatorio con un infermiere o una persona del villaggio con competenze

sanitarie di base, capace di riconoscere segni di malattia grave tali per cui il paziente deve essere trasferito in HC o ospedale.