

Identikit di 55 mila laureati in Medicina non specializzati che sono l'ossatura del Servizio sanitario nazionale

# I medici di famiglia, un esercito espropriato di potere e competenze

A colloquio con il dottor Roberto Satolli, direttore della rivista «Occhio clinico». Il principale problema che riguarda tutti i Paesi è la formazione e l'aggiornamento in una materia che non si insegna all'Università. Le nuove leve più entusiaste.

## In Svezia i «matti» usati come cavie

Centinaia di malati di mente svedesi furono costretti tra il 1943 e il 1953 a mangiare caramelle e dolci nell'ambito di studi sulle carie. Lo ha rivelato il quotidiano Aftonbladet. «La società ha bisogno di prove. Pensavamo di fare una buona cosa», ha confessato Bo Krasse, uno dei medici che prese parte agli esperimenti. Più di 400 malati di mente della casa di cura Vipeholm furono nutriti quotidianamente con caramelle, torte e pane bianco. I dolci «erano più di quanti un bambino avrebbe potuto mai immaginare di mettere via», ha dichiarato Hans Grahn, un altro dentista che contribuì a elaborare lo studio il cui obiettivo era quello di dimostrare che alimenti con alto contenuto di zucchero e carie sono strettamente collegati. «C'era il sospetto che i dolci avessero un impatto sulla salute dentale, ma questo non era accettato dalle industrie. Per poter dare un annuncio ufficiale al pubblico, avevamo bisogno di prove», ha aggiunto Krasse. Bo Petersson, professore dell'Università di Linköping che ha studiato il programma, ha affermato che gli obiettivi erano buoni ma che il modo in cui furono condotti gli esperimenti fu disastroso. Petersson si è anche detto sorpreso del fatto che il parlamento svedese abbia appoggiato lo studio. «Questo non sarebbe mai stato approvato oggi. L'esperimento non era inutile, ma avrebbero dovuto utilizzare solo volontari consapevoli di ciò che accadeva», ha spiegato il docente. In nome dell'eugenetica, cioè del miglioramento della «qualità» genetica della popolazione, tra il 1935 e il 1976 in Svezia furono sterilizzati circa 60.000 handicappati mentali.

Medico di famiglia, medico di fiducia, medico di base (definizione meno gradita). Sono la schiera mai precisamente definita (dai 50 ai 55 mila) dei laureati in medicina con abilitazione alla professione che in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, e quindi con la nostra Asl, si occupano della nostra salute. O meglio se ne dovrebbero occupare, secondo i compiti istituzionali, a tutti i livelli: per prevenire, curare, assistere. È un medico non specializzato che dovrebbe essere in grado di affrontare ogni problema che il paziente gli pone, un filtro con capacità prescrittiva per tutti gli ulteriori accessi. Ma competenza, serietà e potere sono una realtà fra i medici di famiglia? Lo chiediamo al dottor Roberto Satolli, direttore di *Occhio clinico*, periodico indirizzato proprio a questa categoria di dottori.

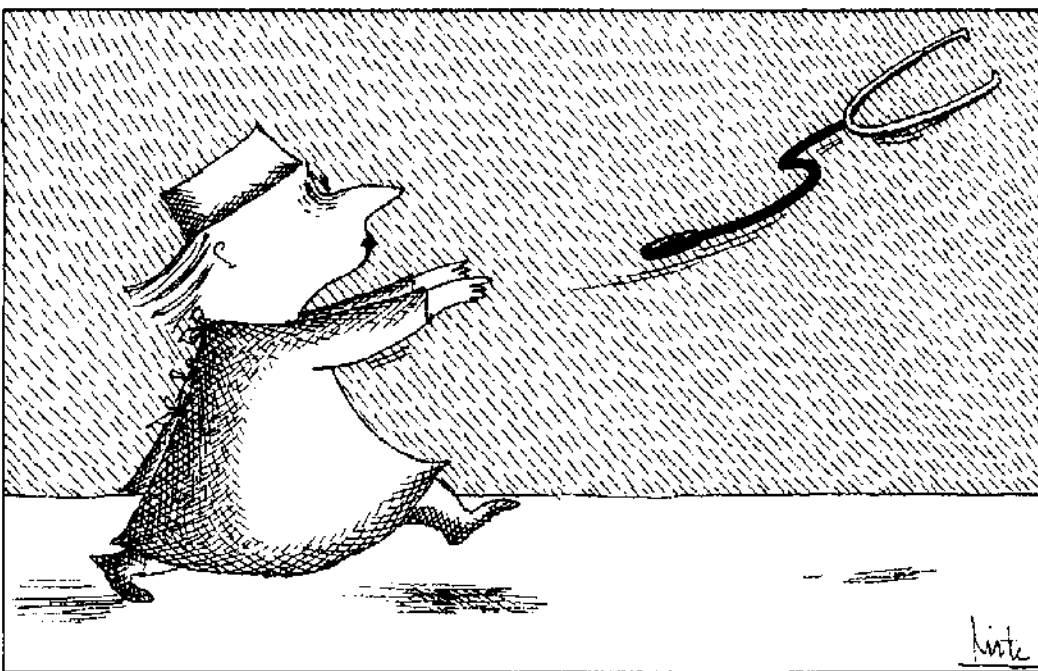
«Senza dubbio questi medici sono il perno del Servizio sanitario nazionale, ma spesso oggi la loro competenza e il loro potere tendono ad essere espropriati. Dall'ospedale, per esempio, che ormai da alcuni anni si muove verso la "conquista" del territorio. E allora qui centri per la cefalea, per l'ipertensione, e chi più ne ha più ne metta, che non sono affatto centri specialistici di secondo livello, ma doppiamente spesso di alta inefficienza. Una seconda espropriazione riguarda l'autorevolezza. Per molte persone il medico per eccellenza è lo specialista e a lui si rivolgono».

Forse esperienze negative inducono a queste scelte. «Quando ciò sia sbagliato lo dimostra Moretti nel suo film "Caro diario": il passaggio da un dermatologo all'altro non ha favorito la diagnosi e un paziente non è in grado di autoreferirsi. Un medico di medicina generale è in grado di avere una visione globale, prima del particolare».

Allora, chi sono oggi i medici di famiglia?

«Dentro c'è di tutto: gli ibernati, i demotivati, i passacarte. Ma c'è una pattuglia sempre crescente e agguerrita, relativamente giovane (l'età media si è abbassata sui 40-45 anni) che ha scelto di fare questo lavoro con capacità critica. Questa medicina è molto diversa da quella insegnata all'università e i giovani laureati si trovano da soli ad affrontare problemi e difficoltà che nessuno aveva loro prospettato».

Perché diversa? «L'approccio degli studenti con un paziente è quello di tipo ospedaliero: il soggetto è in genere già malato, in piangiamo a letto, avulso dal proprio contesto, soggetto all'istituzione. Il medico di famiglia, invece, ha a che fare con persone in genere sane, che stanno in piedi davanti a lui in giacca e cravatta in un rapporto paritario e con le quali il ragionamento non può essere esclusivamente clinico: deve pre-



## Garattini: Debbono cambiare anche loro aggiornandosi e associandosi

Sui medici di famiglia abbiamo chiesto anche l'opinione del professor Silvio Garattini, direttore dell'Istituto «Mario Negri» di Milano: «Sono la spina dorsale del Servizio sanitario e nello stesso tempo l'interfaccia degli specialisti dell'ospedale. - afferma il professore - Non devono venir ridotti a funzionari che svolgono prevalentemente compiti burocratici. Sono coloro che dovrebbero conoscere vita, morte e miracoli dei loro pazienti. La situazione ideale si regge in Inghilterra dove questi medici tengono le redini di tutto il sistema sanitario e seguono i loro pazienti anche in ospedale. Certo, che in Italia c'è un problema di formazione: già l'Università è inadeguata, ma ogni 5 anni questi professionisti dovrebbero essere sottoposti a corsi di aggiornamento, perché la medicina cambia velocemente. Penso che dopo aver sostenuto l'esame di Stato dovrebbe esistere una forma di specializzazione (magari seguendo

colleghi più anziani con esperienze consolidate). E poi credo che affinché i medici di famiglia riescano a coniugare efficienza con competenza e serietà, debbono associarsi. Questo consentirebbe di utilizzare computer, schede e quanto è oggi necessario, ma soprattutto un "gruppo" di medici di famiglia può fornire un'assistenza 24 ore su 24, nonché provvedere a un'assistenza domiciliare, assicurare certificati in ogni momento e sostituire un collega assente. Per correggere la situazione attuale ci deve essere la volontà del Servizio sanitario di formare e aggiornare, e quella dei medici di non piangere sulla loro condizione ma lavorare per diventare i reali coordinatori degli interventi sui pazienti. Quanto a sprechi e inefficienze bisogna ribadire che in Italia c'è un eccesso di medici (311 mila, uno ogni 170 abitanti) e che alcuni di loro "creano" le patologie per giustificare la loro presenza».

Anna Morelli

dere infatti decisioni sulla base di una quantità di informazioni diffuse. L'università non gliel'ha insegnato e non è mai stato in un ambulatorio. Si tratta di un autodidatta nell'approccio, sulle malattie e sui farmaci».

Sta cambiando qualcosa, relativamente alla formazione?

«Quasi tutte le Regioni ormai organizzano corsi di formazione di due anni post-lauream e questi costituiscono titolo e punteggio per entrare nelle graduatorie di accesso alle convenzioni. Naturalmente questi corsi risentono della formazione universitaria dei docenti. Teoria e prassi della medicina generale devono ancora affermarsi nel mondo, ma insieme con l'epidemiologia

sono discipline che riescono a vedere l'insieme dei problemi e gli scopi da perseguire, mentre quelle specialistiche hanno talvolta una visione parzialissima».

E i pazienti che rapporto hanno con il loro medico di famiglia?

«In genere ne parlano benissimo. Qui bisogna fare una distinzione fra grandi città e piccoli centri. Nelle metropoli il medico di famiglia è una figura che assolve a esigenze burocratiche. Nei piccoli centri e fra le fasce popolari il rapporto con il medico di famiglia è molto forte e un punto di riferimento essenziale».

Comunque ci vorrebbero corsi di riqualificazione e aggiornamento

«C'è un obbligo formale di segui-

re corsi di aggiornamento che per la verità vengono poco frequentati. Il vero incentivo dovrebbe essere la soddisfazione sul lavoro. L'informazione viene spesso lasciata ai cosiddetti informatori scientifici, dipendenti dalle case farmaceutiche, che vanno a coprire un vuoto oggettivo. Meglio di niente, anche se sono informazioni sicuramente "di parte" che non tutti i medici sono in grado di filtrare. Il medico ospedaliero si aggiorna per osmosi, il medico di famiglia è isolato, chiuso nel suo studio. Solo da un anno e mezzo su Internet è nata una «Lista di discussione» che conta già 400 iscritti e altri se ne aggiungeranno».

## Polemica Crisanti-Corbellini

# Il rischio malaria e l'immigrazione. Chi fa i conti sbagliati con zanzare e uomini?

Riceviamo e volentieri pubblichiamo.

L'Unità del 4 settembre riporta con grande enfasi l'invito a non fare i razzisti sulla malaria e a diffidare di affermazioni sbagliate (le mie) di alcuni scienziati pubblicate recentemente da Il Giornale.

L'articolo in questione argomenta che in Italia si può stare tranquilli: non c'è nessun pericolo di trasmissione malarica, chi solleva l'esigenza di discutere il caso di trasmissione avvenuto in Maremma e mette in guardia l'opinione pubblica e le autorità sanitarie su una situazione che sta deteriorando viene definito con livore razzista. L'opinione malarico dell'Unità non risparmia attacchi alla mia persona, ai lettori, al direttore e alla proprietà del Giornale. Alla fine dell'articolo rimango sorpreso che si faccia ancora riferimento alla mia persona, senza peraltro menzionare il mio nome (dannoso memoriale), come ad uno scienziato (forse nel lessico dell'Unità questo termine è utilizzato come un disprezioso).

L'opinione non si limita all'invettiva politica, vuole anche insegnare a tutti noi concetti di salute pubblica e di biologia della malaria. In particolare viene spiegato come sia errata la mia affermazione «i parametri per stabilire il rischio di trasmissione (in Italia) sono difficili da quantificare». In realtà, continua l'articolo «esiste una formula matematica (è implicito che io la ignori) che determina la capacità vettrice delle zanzare e sulla base della quale si può calcolare il rischio di trasmissione».

Io prendo atto di tanta dottrina, tuttavia vorrei fare notare che nell'intervista incriminata avevo anche sottolineato che la trasmissione della malaria dipendesse da numerosi fattori tra cui il numero dei soggetti infetti, il numero delle zanzare e la durata della loro vita. Questi fattori rappresentano appunto i parametri principali della «formula matematica» della trasmissione. Inoltre la mia affermazione sulla difficoltà a quantificare il rischio di malaria in Italia si riferiva alla situazione attuale. La frase incriminata della mia intervista esordiva con le parole «oggi» la quale è stata fraudolentemente omissa nel riportare le mie affermazioni. Infatti in Italia non vengono quantificati da decenni alcuni dei parametri che determinano la trasmissione della malaria ed in particolare la densità delle zanzare vettrici ed la frequenza dei residenti infetti in aree potenzialmente a rischio. Riaffermo (non oso immaginare quale insulto mi verrà riservato oltre che razzista e ignorante) che l'arrivo incontrollato di un gran numero di immigrati portatori sani e la loro concentrazione e utilizzazione come lavoratori in

zone del territorio nazionale dove si può essere una elevata densità di zanzare in grado di trasmettere la malaria modifica i parametri della formula matematica che predice la trasmissione della malattia e quindi il rischio di trasmissione.

Questa situazione evidenzia l'urgenza scientifica e di salute pubblica di effettuare studi che abbiano l'obiettivo di accertare la frequenza di portatori sani di malaria e la densità di zanzare che potenzialmente possono funzionare come vettori in numerose aree del territorio nazionale. Tutto ciò non ha nulla a che fare con il razzismo ma ubbidisce all'esigenza di realizzare un'azione di sorveglianza epidemiologica che rappresenti uno dei strumenti basilari per il controllo delle malattie infettive. Independentemente dalla polemica che il caso della Maremma è un campanello di allarme e dimostra inequivocabilmente che in Italia è possibile che si realizzino episodi isolati di trasmissione malarica. Purtroppo questa è la realtà con la quale bisogna fare i conti. Chi si dedica all'invettiva faziosa accusando di razzismo coloro che cercano di sollevare questo problema e trascura le esigenze di sanità pubblica della collettività si assumea la responsabilità dei prossimi casi di trasmissione malarica qualora ce ne siano.

Cordialmente la saluto

Andrea Crisanti

Fa piacere che l'esperto del «Giornale» riconosca che c'è una base obbiettiva per valutare il rischio di ripresa della trasmissione malarica, sebbene egli continui ad alimentare l'equivoco per cui la probabilità concreta che si verificano casi sporadici significherebbe il ritorno della malaria in Italia. Non ho scritto, né mi risulta che i maggiori esperti abbiano mai affermato che non si possano verificare episodi «isolati» di malaria. Ma nell'intervista pubblicata sul «Giornale» si diceva che l'Italia sarebbe tornata a essere una zona malarica per colpa degli extracomunitari, che è un concetto ben diverso. Che l'immigrazione, insieme al turismo, possa costituire una sorgente occasionale di infezione e di operare gli interventi adeguati per evitare che si prodursero eventuali nuovi casi. Dunque la sorveglianza epidemiologica si sta già facendo. Crisanti insiste nel dire che non esistono stati recenti in cui vengono quantificati i parametri della trasmissione in Italia, ma sul «Journal of Medical Entomology» del maggio scorso si può leggere un articolo di Romi e intitolato «Status of Malaria Vectors in Italy» in cui si trovano i dati, riguardanti le zanzare, di cui si lamenta la mancanza. Tuttavia egli appare soprattutto preoccupato di «accertare la frequenza degli eventuali portatori sani», un parametro importante che tuttavia solleva la non secondaria questione di come determinare questo valore. L'opinione «malarico» - che sarei io - studia da diversi anni la storia della malaria in Italia, e può affermare che le condizioni ecologiche, igienico-sanitarie ed economiche della Penisola quando imperversiva la malaria erano del tutto diverse. L'esistenza di vaste aree paludose e acquitrinose, una popolazione contadina ai limiti dell'indigenza, il diffuso analfabetismo e servizi sanitari non comparabili a quelli attuali manteneva l'infezione in vaste aree del Paese (soprattutto il meridione). La malaria non è stata sconfitta in Italia colpevolmente le persone infette limitandone la libertà, ma rendendo capillari e accessibili i presidi sanitari. Come regola quasi generale nella storia della sanità pubblica i successi più duraturi nella lotta contro le malattie infettive sono stati ottenuti con approcci pragmatici, cioè che informano i soggetti a rischio, garantiscono test anonimi e il trattamento appropriato della malattia. La loro efficacia nel richiamare gli individui ai loro doveri verso la collettività, discende dal fatto che ne rispettano innanzitutto i diritti (umani).

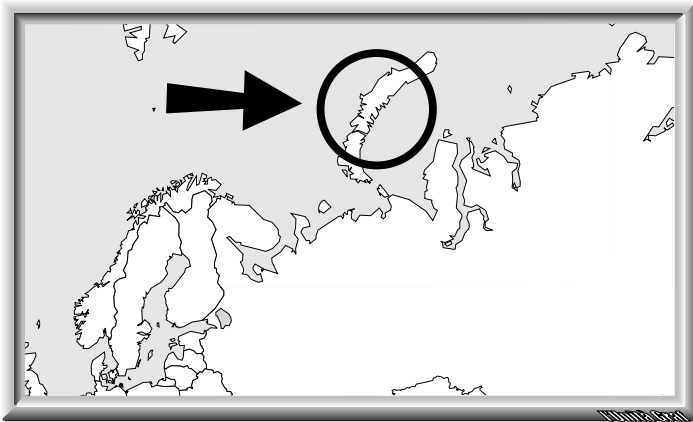
Gilberto Corbellini

## Nuovo test per «leggere» il Dna

Importante passo avanti della genetica: semplice e anche poco costosa, una nuova tecnica di analisi del DNA, messa a punto all'Istituto Pasteur, dovrebbe permettere di accelerare lo studio dei geni implicati nelle malattie ereditarie. La nuova tecnica, detta del «Dna pettinato» è applicabile a tutti i materiali genetici degli organismi, e in particolare al genoma dell'uomo. Delle sue prime applicazioni biomediche ne dà notizia la rivista americana Science. Il metodo del DNA «pettinato» consiste nello svolgere l'intricato «gomitolo» formato dai filamenti della molecola di DNA. Una piastra di vetro trattata chimicamente viene immersa in un recipiente nel quale si trovano le molecole di DNA, estratte dalle cellule. La piastra viene poi delicatamente estratta e porta con sé i filamenti del «gomitolo», ben divisi e «pettinati». Il procedimento, che permette di stabilire più rapidamente in modo più fine la carta fisica del genoma, dovrebbe anche permettere progressi nella diagnosi delle malattie genetiche.

## In un'isola dell'arcipelago Novaja Zemlja nel mare artico, davanti alle coste russe Scoperta in Siberia una tribù sconosciuta

La notizia annunciata ieri da un antropologo norvegese. Ora però nella zona inizierà una ricerca petrolifera.



Protetta da una terra ostile ed aspra, una tribù nomade è riuscita a vivere in un'isola dell'arcipelago Novaja Zemlja nel Mare glaciale artico senza che nessuno mai si accorgesse della sua esistenza.

Questa eccezionale scoperta è stata fatta dall'antropologo norvegese Ivar Bjoerklund che ha deciso di rivelarla al mondo. L'arcipelago Novaja Zemlja, costituito da due grandi isole e da alcuni isolotti, si trova davanti alle coste della Siberia, fra il mare di Kara e quello di Barents. Appartiene alla Russia, ma la gente della tribù - circa duecento persone fra uomini, donne e bambini - non ha mai sentito parlare né di Lenin, né di Stalin e neppure di Ieltsin. La loro vita ha continuato a scorrere con i ritmi della natura e della tradizione. Sanno che dall'altra parte del mare c'è una società diversa dalla loro, ma finora hanno evitato ogni contatto. Quando qualche nave entra nei fiordi, loro si rintanano all'interno. Vivono nell'isola meridionale, quella più vicina alla costa siberiana. A disposizione hanno centi-

naia di chilometri di tundra nei quali si spostano con le loro renne, vivendo di caccia e pesca.

«Vivono bene con quello che la natura artica offre loro. È gente orgogliosa, consapevole di avere uno stile di vita unico», racconta l'antropologo Bjoerklund in un servizio pubblicato dal quotidiano norvegese «Dagbladet». Bjoerklund, che lavora nel

museo di Tromsøe nel nord della Norvegia, ha vissuto qualche mese con questa tribù, cominciando anche quella che lui definisce «l'ultima campagna di alfabetizzazione nel mondo occidentale».

«Sono andato di tenda in tenda, mostrando loro libri con scritte e immagini. Sono interessati ad imparare e sono spaventati, ma anche incurio-

siti dal mondo esterno», racconta l'antropologo che ora vorrebbe fare un documentario sulla «fantastica vita della tribù».

«Questa gente è riuscita nell'incredibile impresa di sottrarsi ad ogni autorità. Non sono registrati in nessuna anagrafe, non hanno né documenti, né passaporti. Ma è anche vero - dice ancora Bjoerklund - che la tundra è enorme e loro continuano a spostarsi con le loro renne». L'arcipelago Novaja Zemlja, esplorato dagli inglesi nel sedicesimo secolo, finora ha attirato solo qualche nave da pesca russa o norvegese, ma adesso tutto potrebbe cambiare. La compagnia petrolifera norvegese «Statoil» ha firmato un accordo con i russi per cominciare perforazioni alla ricerca di quello che si pensa sia il più grosso giacimento petrolifero di tutta l'Europa. «Temo» dice Bjoerklund - che questo distruggerà la vita della tribù. Per loro è impensabile vivere sempre in uno stesso posto o in una casa. La «civiltazione» non porterà loro niente di buono».