

**IL BAMBINO CON BISOGNI SPECIALI:
QUALE RUOLO PER IL PEDIATRA DI FAMIGLIA?**

Una piccola percentuale (inferiore al 5%) di bambini in carico ai pediatri di famiglia (PdF) ha bisogni speciali, vale a dire è affetto da patologie specialistiche complesse che in generale sono seguite da uno o più specialisti.

Si tratta per lo più di patologie rare, gravi, che necessitano di un'osservazione prolungata e che si riflettono in modo rilevante sugli aspetti educativi, psicologici e sull'inserimento del bambino nella comunità.

Nella migliore delle ipotesi lo specialista si assume in carico il bambino, è il responsabile dell'iter diagnostico e dell'elaborazione del progetto di cura, coordinando l'intervento dei vari specialisti. I genitori si affidano con piena fiducia allo specialista, che sentono come la figura più importante per il buon esito delle cure.

E il PdF? Spesso, salvo eccezioni, ha un ruolo marginale: i genitori non gli concedono molta fiducia, riconoscendo nello specialista l'esperto della malattia del figlio. Il pediatra si trova così escluso dalla gestione di un bambino che aveva seguito fino al momento della diagnosi; il suo ruolo diviene sempre più marginale.

Che fare? Ha qualche impatto positivo l'aggiornamento periodico realizzato con varie modalità: convegni, corsi di aggiornamento, formazione continua?

Di fatto, l'aggiornamento, peraltro importante e necessario, non è sufficiente quando il PdF incontra un bambino affetto da una malattia rara, che di necessità non conosce a sufficienza, anche perché, con il rapido rinnovamento delle conoscenze, l'aggiornamento sulle novità più recenti non è molto facile. E anche i nuovi mezzi di accesso alle conoscenze non consentono spesso di divenire esperto dei problemi di "quel" bambino, che ha quella specifica malattia. Ma non basta. Il bambino è un malato unico, con gravità e problemi molto peculiari che solo con un'ampia esperienza si può gestire al meglio.

Quali soluzioni? Proseguire con lo specialista che si lamenta per l'assenza o la scarsa collaborazione del pediatra e con la frustrazione del pediatra che si sente escluso e non sa come recuperare un ruolo che sente importante, che sente suo. In fondo il bambino con un problema speciale è, prima di tutto, un bambino con i problemi generali che il pediatra ben conosce. Il ruolo del pediatra è essenziale: a) nell'affiancare la famiglia nella gestione dei problemi nella quotidianità; b) nell'accompagnare il bambino e i suoi familiari nel percorso di cura; c) nel supportare la famiglia; d) nel valutare possibilità e modalità di inserimento del bambino in comunità sociali adeguate a garantire una qualità di vita che sia per lui la migliore possibile; e) nel mantenere un rapporto di collaborazione con il centro specialistico, al fine di condividere con gli esperti le decisioni in caso di insorgenza di problemi che richiedano un consulto urgente o il ricovero.

Il problema fondamentale sta nel promuovere fin dall'inizio una relazione virtuosa tra specialista-famiglia-PdF. In base a una lunga esperienza personale con importanti e rare patologie (leucemia, talassemia, altre gravi emopatie, sindrome di Down) un momento critico, fondamentale, è il momento non solo della diagnosi, bensì della comunicazione del "programma

di cura globale" da parte dello specialista responsabile (auspicabile il Direttore/Primario) alla presenza di entrambi i genitori, del PdF e, se possibile, di un componente degli altri operatori sanitari del centro.

Si tratta di un momento fondamentale che consente al PdF di conoscere direttamente i problemi e le prospettive del "suo bambino", di avviare un rapporto diretto con il centro specialistico, e, essenziale, di essere riconosciuto dai genitori come un componente importante per la realizzazione del programma di cura.

Questo colloquio triangolare si può realizzare veramente, pur nelle difficoltà dell'attività quotidiana? In base all'esperienza possiamo dire che sì, si può fare. Non è facile, richiede un grosso impegno e un'organizzazione ben programmata e soprattutto la convinzione che sia veramente utile.

Le difficoltà da superare non sono poche. *In primis*, è fondamentale la volontà dello specialista di dedicare un tempo adeguato (il colloquio può avere una durata superiore a 60 minuti) e la disponibilità a condividere con il PdF la gestione di alcuni aspetti della terapia.

Il pediatra deve investire tempo ed energia per entrare in un problema complesso di relazione con lo specialista. Ne traggono vantaggio la famiglia e soprattutto il bambino che, per essere colpito da una malattia grave e cronica, merita di ricevere tutte le attenzioni derivanti da un assetto organizzativo multidisciplinare, molto spesso gratificante per chi lo attiva e che consente al PdF di avere un ruolo importante in malattie che incontrerà ben raramente in tutta la sua carriera professionale. Ma questo programma è realizzabile e veramente utile?

A nostro giudizio, sarebbe interessante avviare una sperimentazione per valutare modalità organizzative, fattibilità (in che percentuale di casi è realizzabile), efficacia e soddisfazioni dei vari attori (medici, genitori e, quando possibile, il bambino).

Il problema è aperto a suggerimenti o (come prevedibile) a critiche; anche queste utili.

Giuseppe Masera
Clinica Pediatrica, Università di Milano
Ospedale San Gerardo, Monza

TEST RAPIDI, CELIACHIA E... SOCIETÀ

Il *Big Bang*¹ delle conoscenze sulla celiachia è stato segnato dalla progressiva disponibilità, in stretta successione temporale, di test diagnostici sempre meno invasivi e sempre più sensibili, specifici e rappresentativi dei meccanismi patogenetici della malattia. Solo poco più di venti anni fa la celiachia era ancora considerata una malattia rara o molto rara, monomorfa sul piano clinico (grave sindrome da malassorbimento) e istologico (atrofia subtotale dei villi intestinali con ipertrofia delle cripte), misteriosa sul piano patogenetico (anche se si conosceva il ruolo scatenante del glutine), la cui diagnosi imponeva un percorso lungo e laborioso che passava per più di una biopsia intestinale. Di fatto si trattava di una malattia poco conosciuta e mai pensata al di fuori dello stretto ambito specialistico gastroenterologico. La disponibilità di test per il dosaggio degli anticorpi anti-glutine e il loro utilizzo in screening su popolazione e su soggetti affetti da diversi tipi di condizio-

ni patologiche ha permesso, alla fine degli anni Ottanta, di comprendere quanto la malattia fosse in realtà frequente e quanto ampio fosse il suo spettro clinico, comprensivo di casi del tutto asintomatici e, in prevalenza, di casi con sintomatologia non gastroenterologica. L'era appena successiva è stata quella degli anticorpi anti-endomisio e anti-transglutaminasi. Abbiamo così avuto a disposizione test sierologici ad altissima sensibilità e specificità e, fatto assolutamente epocale, abbiamo cominciato a capire la patogenesi della malattia, riconoscendone l'origine autoimmune e la specificità delle basi molecolari.

L'era che si è ora aperta è quella dei test rapidi per il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi su goccia di sangue. Test che si presentano come uno strumento diagnostico di massima sensibilità e minima invasività, realmente utilizzabili in ambulatorio, al letto del paziente in ospedale o anche... a casa sua. Test per "togliersi il dubbio" seduta stante, in cinque minuti. Test il cui utilizzo potrebbe fare giustizia delle aberrazioni del passato e consegnare definitivamente e opportunamente nelle mani del pediatra e del medico di medicina generale il riconoscimento e la diagnosi della malattia e lo strumento per ampliare le conoscenze sui suoi correlati epidemiologici e clinici. Le cose, per la verità, stanno già un po' così e si tratterebbe solo della fine di un processo già in atto. A conferma dell'esperienza riportata da un gruppo di pediatri di famiglia di una regione del nord Italia², un recente studio inglese³ mostra come l'aumento delle diagnosi di celiachia negli ultimi anni sia dovuto in maniera quasi esclusiva al contributo di casi riconosciuti sul campo dai *general practitioner*. D'altra parte, uno studio di *case finding* della celiachia, condotto da pediatri di famiglia e medici di medicina generale da poco conclusosi in Friuli Venezia Giulia⁴, ha non solo confermato l'elevata resa diagnostica di questo tipo di studi, ma ha anche documentato come il fatto stesso di poter fare diagnosi sul campo costituisca un elemento fondamentale del miglioramento e del diffondersi delle conoscenze sulla malattia tra i pediatri e i medici di famiglia.

Il focus di questo numero di *Medico e Bambino* si apre con la nota esplicativa di Lamberto Reggiani (inesauribile animatore della rubrica sul self help diagnostico) sul test rapido per il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi in commercio in Italia. Ma lo stesso focus contiene anche, in rapida successione, la sintesi di alcune tra le più importanti esperienze di utilizzo sul campo del test rapido (alcune già pubblicate su riviste internazionali) in diverse parti del mondo: *di qua e di là dal mare*, appunto, come richiamava il titolo del congresso svoltosi a Trieste su questo argomento lo scorso gennaio e da cui abbiamo ricavato il materiale che vi proponiamo. Tra le esperienze riportate ci sono anche quelle di chi il test rapido l'ha inventato e sperimentato per primo su ampie casistiche (il gruppo di Markku Mäki con Ilma Korponay-Szabó), validandone l'utilizzo anche da parte di personale non medico: nella diagnosi, nel *case finding*, nello screening di popolazione e nel controllo della compliance alla dieta senza glutine.

Tutto ciò che è nuovo appare bello. Ed è giusto che sia così anche per i test rapidi per la diagnosi di celiachia. Ma l'esperienza è ancora poca, e molti dubbi e problemi restano ancora aperti. Per questo vorremmo che il lettore di *Medico e Bambino* utilizzasse questo focus principalmente come occasione di

riflessione e approfondimento, per farsi venire delle "idee su" piuttosto che per cambiare automaticamente le sue abitudini diagnostiche sulla malattia celiaca. Come apparirà chiaro dalla lettura del focus i risultati sono "abbastanza" univoci nelle diverse esperienze ma la riproducibilità del test, per diverse ragioni, non appare assoluta "di qua e di là dal mare". Va certamente messo in conto il limite di una certa e inevitabile soggettività della lettura dei risultati (limite tanto più pesante quanto minore è l'esperienza e l'abitudine all'uso). Inoltre, ancora non disponiamo di un test su goccia di sangue che dosi anche gli anti-TG IgG (peraltro già in fase di allestimento e sperimentazione) tanto che, almeno al momento attuale, se il sospetto di celiachia fosse forte e il test rapido risultasse negativo, non si dovrebbe (potrebbe) rinunciare all'esecuzione del test classico da prelievo venoso e al concomitante dosaggio delle IgA totali. Infine, una recente esperienza condotta dal nostro gruppo⁵ apre il problema della possibile falsa positività degli anticorpi anti-transglutaminasi durante infezioni acute, specie quelle da EBV. La dimensione del problema sembra moderata (3-5% di falsi positivi durante la fase acuta dell'infezione) ma potrebbe assumere dimensioni mal dominabili con un uso molto allargato del test.

Tutti questi dubbi, si potrebbe asetticamente concludere, impongono semplicemente di rimandare il giudizio alla luce di una esperienza più estesa e quantomeno dovrebbero essere di pungolo per i pediatri di famiglia per organizzarsi e organizzare un largo studio prospettico collaborativo sul campo che faccia miglior luce su pregi e limiti dei test rapidi per gli anticorpi anti-transglutaminasi.

Personalmente non penso però che il problema sia tutto qui. Ho la sensazione che la disponibilità dei test rapidi, poco invasivi e di facile lettura, contribuirà inevitabilmente a cambiare l'asse culturale e sociale della celiachia, prima ancora di migliorare la correttezza e la tempestività della sua diagnosi. Da condizione poco conosciuta e riconosciuta quale era, sospettata e diagnosticata solo dal medico specialista, la celiachia (come e forse ancora di più di altre "intolleranze" alimentari) potrebbe correre il rischio (nel bene e nel male) di essere, dall'inizio alla fine, pensata, sospettata, diagnosticata e anche curata "senza il medico". Anche perché è fondamentalmente (e inevitabilmente) all'autodiagnosi a cui sono finalizzate la commercializzazione e la pubblicizzazione del test.

Si tratta di trovare, come sempre, la giusta misura e di non lasciarsi sfuggire di mano le cose. Si tratta, come sempre davanti a una novità, di studiare e pensare un po' di più, per continuare a dare in maniera autorevole il giusto consiglio. Consapevoli del fatto che una malattia impropriamente diagnosticata può far danno come una malattia che non abbiamo saputo riconoscere.

Bibliografia

1. Ventura A, Martellosi S, Not T. Il Big Bang della celiachia. *Medico e Bambino* 1996;15:85-91.
2. Ventura A, Facchini S, Amanidu C, et al. Searching for celiac disease in pediatric general practice. *Clin Pediatr* 2001;40:575-7.
3. Dickey W, Mc Millan SA. Increasing numbers at a specialist coeliac clinic: contribution of serological testing in primary care. *Dig Liver Dis* 2005;37:928-33.
4. Berti I, Della Vedova R, Paduano R, et al. Coeliac disease in pri-

mary care: evaluation of a case finding strategy. *Dig Liver Dis* 2006; 38:461-7.

5. Pastore S, Quaglia S, Ferrara F, Martellosi S, Ventura A, Not T. Anti-tissue transglutaminase antibodies and infection diseases in children. *AGA-Digestive Disease Week* 2008;S1254.

Alessandro Ventura

PROTOCOLLO D'INTESA UNICEF-ACP: FORMA O SOSTANZA?

La sigla del protocollo d'intesa tra UNICEF e ACP, nel maggio 2008 a Roma, rappresenta l'inizio di un percorso comune che necessita di concretizzazione a livello locale, oltre che in ambito nazionale.

La soddisfazione di entrambe le parti deve rapidamente lasciare il posto all'impegno concreto per la salute infantile.

L'ACP ha individuato le 4 priorità (*Medico e Bambino* 2007;26:425) che caratterizzano la sua linea politica attuale:

1. Disuguaglianze e cronicità
2. Salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza
3. Ambiente e salute infantile
4. Sostegno alla genitorialità

Tutti questi punti sono compresi nel protocollo, oltre alla promozione dell'allattamento al seno e alla promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti ospedalizzati.

L'ACP ha, sin dall'inizio, sostenuto il progetto OMS-UNICEF "Ospedali amici dei bambini" e, unica in ambito pediatrico, si è data un proprio codice nei confronti dell'industria farmaceutica e delle Case produttrici di sostituti del latte materno.

Riteniamo indispensabile, per promuovere realmente l'allattamento al seno, impegnarsi ulteriormente nel campo minato del conflitto d'interessi che pare infastidisca i più e non sembra registrare assunzioni di impegni concreti al di fuori dell'ACP. L'evoluzione dell'Ospedale amico dei bambini, nella comunità amica dei bambini, sembra essere la logica conseguenza, e il nostro impegno resta massimo per arrivare a un *continuum*, intra ed extraospedaliero.

Il sostegno dell'allattamento al seno non può prescindere dal sostegno alla genitorialità in senso lato.

I cosiddetti interventi precoci per lo sviluppo del bambino ("Nati per leggere" e "Nati per la musica" costituiscono due esempi concreti promossi dall'ACP in collaborazione con il Centro Salute del Bambino, l'Associazione Italiana Biblioteche e la Società Italiana per l'Educazione Musicale) prevedono un approccio globale alla salute del bambino e della sua famiglia, e una visione strettamente pediatrica non è più sufficiente a cogliere la complessità della relazione in essere e in divenire. Sia nel sostegno alla genitorialità che nell'allattamento al seno, il pediatra non è al centro dell'intervento, ma fa parte di una rete socio-sanitaria che affianca i genitori e il bambino. Lo sviluppo di gruppi di confronto tra pari (genitori) è sicuramente la via da perseguire per rinforzare le competenze genitoriali e ridurre la delega all'operatore (il cosiddetto "esperto").

Ancora troppe volte si assiste alla sostituzione, anziché all'affiancamento, dei genitori in crisi. È sempre l'esperto che ha la risposta giusta a ogni problema, rinunciando all'*empowerment*, che prevede la crescita del genitore attraverso il rinforzo delle competenze innate e il confronto con il gruppo di pari.

Tutti i punti compresi nel protocollo necessitano di un approccio di rete che richiede un nuovo pediatra, più attento ai nuovi bisogni. Basti pensare ai problemi connessi alla salute mentale che trovano poca attenzione, sia come prevenzione che come risposta nei Servizi.

L'ACP si sta impegnando, per quanto in suo potere, a ri-orientare la formazione e la ricerca in ambito pediatrico. La nascita di un gruppo dedicato ai problemi della salute infantile in relazione all'ambiente è testimonianza concreta di questo impegno. Un approccio rigoroso basato non su allarmismi, ma sull'attenta revisione delle prove di efficacia e sulla formazione del pediatra, è necessario per una crescita della pediatria su questi aspetti.

È ormai evidente che le disuguaglianze nella salute dei bambini e degli adolescenti rappresentano una priorità non più differibile. Invito a consultare il quarto rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (www.savethechildren.it) per rendersi conto di quanto resti da fare.

Il rapporto è stato coordinato da *Save the Children* Italia e ha visto la partecipazione di UNICEF e ACP.

Infine, vorrei fare un richiamo sui diritti dei bambini e degli adolescenti ospedalizzati. Certo le "Carte" sono importanti, ma ancor più importante è la loro applicazione reale.

Anche in questo caso non basta pensare a qualche intervento di grande impatto, ma bisogna ripensare l'ambiente a misura di bambino e rimettere al centro del cambiamento tutto il personale e le prassi fin qui adottate. Sia l'UNICEF che l'ACP sono strutturate in sezioni regionali e in ulteriori sottodirezioni, per cui sarà necessario che in ambito locale ci si confronti con i problemi reali dell'infanzia e si trovi una strategia comune in risposta ai veri bisogni. Il protocollo prevede una valutazione periodica di quanto fatto e ci impegniamo a realizzare, per quanto possibile, quanto sottoscritto.

Michele Gangemi
Presidente ACP

RAGAZZI DIGITALI

TV, PC, palmari, *smartphone*, videotelefonati, SMS, MMS, sapete cosa sono? Forse a questo ancora ci arrivate ma quando il linguaggio si fa difficile con GUI, DVB, IPTV, UMTS, EDGE, HSDPA-WI-FI o siete un tecnico del settore oppure... semplicemente un adolescente. L'elettronica e i sistemi digitali stanno modificando il significato del tempo e dello spazio e dell'interazione sociale. Diventa allora sempre più urgente e necessario acquisire conoscenza e sviluppare uno spirito critico al fine di un uso consapevole di questi strumenti. Secondo i dati messi in evidenza dall'ottavo Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, presentato a novembre 2007, dopo i bambini scomparsi e il bullismo l'emergenza a cui la nostra società è tenuta a far fronte è proprio l'eccessiva dipendenza - in molti casi potremmo definirla ossessione - che i ragazzi hanno nei confronti delle nuove tecnologie. Un adolescente su tre trascorre più di 4 ore al giorno al cellulare, mentre un bambino su 10 occupa lo stesso tempo davanti alla televisione. Ma non solo, i nuovi ragazzi "digitali" scambiano SMS, ascoltano l'*iPod*, e contemporaneamente lavorano al

computer con "finestre" skype aperte in videochiamata o in modalità chat, oppure con videogiochi interattivi o con video e discussion group. Una multimedialità che disorienta solo a leggerla.

Siamo di fronte all'evoluzione delle capacità cerebrali umane?... Forse, ma anche e sicuramente stiamo assistendo alla nascita di una cultura superficiale basata esclusivamente sull'immagine. L'immagine non richiede sforzo, è lì pronta a essere assorbita passivamente, non ha bisogno di ricerche e approfondimento, è veloce e immediata. In questo scenario, di cui la TV è stata il capostipite, internet ha preso il sopravvento catalizzando l'attenzione dei giovani e invadendo i canali di comunicazione tradizionali.

YouTube, Wikipedia, Google stanno "bruciando" progressivamente carta stampata, radio e televisione, sono sempre più utilizzati per qualsiasi esigenza e da qualsiasi piattaforma - sia essa un computer, un palmare o un telefonino - ma soprattutto permettono a tutti di trasmettere la propria opinione al mondo. È così che, fra una notizia letta velocemente nelle poche righe di un blog e la risposta in Web Messenger agli amici online, fra un podcasting e uno streaming, immersi in una ridondanza d'informazione mai univoca e spesso contrastante, i ragazzi si espongono al lato oscuro di internet. Una rete che necessita di una regolamentazione e di un controllo a cui gli adulti, le istituzioni e soprattutto la famiglia devono far fronte. Un sistema che annulla le distanze ma impedisce la trasmissione dei messaggi non verbali, sviluppa nuovi "protocolli comunicativi" ma non è in grado di garantire l'autorevolezza della fonte... a proposito, per chi fosse interessato GUI vuol dire Graphic User Interface, DVB significa Digital Video Broadcasting, IPTV Internet Protocol Television mentre UMTS, EDGE, HSDPA-Wi-Fi sono modalità di trasmissione dati... me lo ha detto Google.

Massimiliano Fanni Canelles

Direttore di SocialNews e Medico dell'ASS n° 4 Medio Friuli

LA MACCHINA DELLA SALUTE ALL'INTERNO DELLA MACCHINA DEL BENESSERE

Forse non è ancora chiaro a tutti, ma il problema della spazzatura lo dovrebbe aver reso evidente, che la società del benessere si è avvitata su se stessa e farà fatica, se ci riuscirà, a uscire dal vortice. La macchina del benessere (automobili, autostrade, televisori, microonde, frigoriferi, computer, viaggi, vacanze, sport) deve marciare per mantenere quelli che ci lavorano: operai, progettisti, tour operator, imprenditori, impiegati ai servizi eccetera eccetera, e per "produrre ricchezza". Ma si tratta di una ricchezza senza sostanza e senza anima. E in più, i consumi, che gli economisti e i politici comprensibilmente ritengono che vadano "sostenuti", producono un eccesso di scorie quale l'uomo non aveva mai prodotto. E non è difficile vedere che questo eccesso di scorie, praticamente incontrollabile, è destinato ad accumularsi, e a superare le nostre capacità di stoccaggio. Pensate alle scorie radioattive. Ma senza andare lontano, pensate a Napoli. E andando ancora più vicino, pensate alla plastica, indistruttibile, che avvolge ogni confezione, dal libro al formaggio, e che per essere smal-

tita può solo essere bruciata, ma se è bruciata produce residui tossici che a loro volta sono indistruttibili e non stoccabili.

L'industria della salute è anche quella un'industria che si avvitata su se stessa. Anche le fabbriche di farmaci e di strumenti medicali ci sono, sono là, sempre più grandi, con i loro laboratori di ricerca e i loro ricercatori. E cosa fanno i ricercatori? Devono ricercare. I farmaci, dopo un po' che sono entrati in commercio, hanno ammortizzato le spese di ricerca, costano di meno, e bisogna inventarne altri. Bisogna sempre andare avanti. Così si allunga la vita, buon segno, e aumentano i vecchi, che hanno sempre più bisogno di farmaci e di assistenza, per sostenere le loro vite sempre meno desiderate e desiderabili da parte dei loro stessi proprietari. Ma bisogna pur dare lavoro alle badanti. Anche se sono, magari, straniere. Un po' di elemosina ci fa sentire più buoni.

E per i bambini? Beh, per i bambini, per quelli sani, quasi tutti, c'è sempre la prevenzione. Hanno un vita così lunga davanti; e quante cose ci sono da prevenire. Per l'immediato, cominciamo coi vaccini. Intendiamoci, i vaccini sono un'ottima cosa. Un passo in avanti. Verso una vita senza malattie e senza medici? Forse. Ma proprio per questo portano con sé problemi etici, e di spesa, e di spesa etica, problemi che non si risolvono mai. I problemi volgari dei costi e delle priorità, e i problemi superiori del "per chi?", per tutti o solo per chi può; o del "per dove?", per qui, dove i bisogni sono quasi colmati, oppure per più lontano, dove i bisogni sono quasi incolmabili.

Perché il progresso non può essere "il bene per me", e nemmeno "il bene per noi, oggi". Deve avere dentro di sé un'idea realizzabile di "bene per tutti", per oggi, ma ancora di più per domani. Ma questa speranza, la speranza di un mondo che "sente" così, sembra sempre più lontana.

Domande a cui io non so rispondere, e che non trovano risposte nei documenti diligentemente e correttamente prodotti dagli esperti (vedi il Digest di questo numero).

Ma mi è chiaro che, al di fuori di ogni buona volontà, l'industria della salute non si può fermare, che ha bisogno di bisogni, che li induce, che questo indotto allarga la forbice tra chi ha (noi) e chi non ha (loro).

E che chi non ha continua a essere oggetto di violenta rapina da parte di chi ha. Qualcuno ha visto (*Report*) il documentario con le schiere di neri miserabili, adulti e bambini, che scavano il fango per trovare quel materiale di cui non ricordo il nome, e che serve per i computer e i telefonini? E qualcun altro ha visto altri documentari sull'estrazione del petrolio alle foci del Niger? O sulla deforestazione del Congo per uso "occidentale"? O pensa mai alle guerre per i diamanti che hanno insanguinato l'Africa per ingioiellare le dame bianche? In altre parole, questi bisogni indotti e soddisfatti, di salute o di svago, o di apparenza, ci rendono non solo distruttori del mondo in cui viviamo, ma anche cronicamente e sempre più gravemente colpevoli, mentre facciamo finta di non saperlo. Non solo noi, ma anche quelli della "sinistra estrema"; non ci può essere una sinistra abbastanza estrema da occuparsi seriamente delle ingiustizie, a carico di "altri", perché i suoi elettori non la seguirebbero. Ma se non lo fa, che sinistra è?

Sì, anche le mie sono lacrime di coccodrillo. Cosa volete farci? E io, che cosa posso farci?

Franco Panizon