

**IL RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO IN ITALIA**

È stato presentato a Milano il "Rapporto sulla salute del bambino in Italia", elaborato dall'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, dall'Associazione Culturale Pediatri e dal Centro per la Salute del bambino-ONLUS (vedi l'Osservatorio a pag. 396).

La pubblicazione di un Rapporto sulla salute dei bambini e degli adolescenti dovrebbe costituire una consuetudine periodica in un Paese che sia in grado di monitorare gli eventi relativi alla salute e di trarne indicazioni per le sue politiche. Così purtroppo non è, e già questo dovrebbe inquietarci un po'. L'ultima occasione in cui in Italia ci si è posti il problema di analizzare lo stato di salute di bambini e adolescenti e di trarne indicazioni operative è stato in occasione della presentazione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile allegato al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, le cui indicazioni peraltro sono state largamente disattese. Da allora molto è cambiato soprattutto per quanto riguarda l'accresciuto e ormai determinante ruolo delle Regioni nella programmazione sanitaria. Uno degli aspetti critici del trasferimento di funzioni alle Regioni risiede nel fatto che la pianificazione regionale in sanità si focalizza soprattutto sull'analisi della domanda di servizi, e la programmazione è essenzialmente tesa a evitare che la forbice fra domanda e offerta si allarghi. Sono rari gli esercizi finalizzati a identificare obiettivi e conseguenti politiche che non si limitino a far quadrare il cerchio rispetto ai costi e ai bisogni espressi, ma sappiano guardare più in là, in una prospettiva di riduzione del carico di malattia, sia nell'immediato che per le generazioni future. Nei Paesi del Nord Europa questo costituisce prassi consolidata, mentre in Italia è molto carente, sia a livello nazionale che regionale.

A tale difetto analitico si accompagna un'opinione piuttosto diffusa: quella che il materno-infantile, a causa della riduzione della natalità, dell'invecchiamento della popolazione e quindi del minor peso demografico delle prime età della vita, e in presenza di indicatori di mortalità materna e infantile molto bassi, sia l'ultima delle priorità del Servizio Sanitario Nazionale.

Questo modo di pensare è errato per diversi motivi. In primo luogo perché, come questo Rapporto evidenzia, esistono ancora notevoli squilibri tra Nord e Sud e quindi Regioni per le quali alcuni interventi - per esempio a migliorare le cure per la gravidanza e il parto - sono ancora prioritari. In secondo luogo perché emergono drammaticamente problematiche quali l'obesità e i problemi di salute mentale, mentre non è stato ancora intaccato il pesante problema degli incidenti tra i giovani adulti. In terzo luogo perché la ricerca sta dimostrando sempre più che le prime epoche della vita, la gravidanza, i primi anni, e poi di nuovo l'adolescenza, sono periodi particolarmente sensibili nei quali comportamenti, stili di vita, esposizioni a inquinanti e ambienti sfavorevoli giocano un ruolo talmente importante da condizionare gli esiti sanitari per il resto dell'esistenza. È il caso di fare alcuni esempi, relativi alle tre problematiche che più di tutte le altre condizionano la salute in età adulta: le malattie cardiovascolari, i tumori, i problemi di salute mentale. Il rischio cardiovascolare in età adulta correla direttamente e in modo molto signifi-

ficativo sia con il basso peso alla nascita, e quindi con l'andamento della gravidanza, sia con il sovrappeso in età scolare. È possibile che, come conseguenza di questo, l'odierna generazione di ragazzi, caratterizzata da alta prevalenza di obesità, abbia in futuro un'aspettativa di vita inferiore a quella della generazione precedente. Per quanto riguarda i tumori, che tipicamente richiedono decenni di latenza per svilupparsi, esposizioni ambientali e stili di vita quali il fumo e i rapporti sessuali non protetti costituiscono fattori decisivi per lo sviluppo di queste patologie in età più avanzata. Ancora, da tempo sappiamo che le relazioni nei primi anni di vita condizionano la futura capacità dei soggetti di stabilire dei rapporti funzionanti e positivi con se stessi e con i propri simili. Una recentissima ricerca, coordinata dal "Burlo Garofolo" di Trieste, conferma che già all'età di 10-12 mesi è possibile evidenziare differenze significative nell'ambiente familiare e nelle relazioni primarie in bambini nati da mamme che presentano fattori di rischio quali basso livello educativo, svantaggio socio-economico, recente immigrazione. E tutto questo senza considerare che i rapidissimi sviluppi della genetica e della biologia molecolare stanno già oggi conducendo alla possibilità di identificare, già nelle prime epoche della vita, la predisposizione a sviluppare l'una o l'altra condizione patologica in età successive, creando così le condizioni per interventi di prevenzione molto precoci e per questo più efficaci.

In definitiva, il Rapporto intende costituire un forte richiamo alla comunità nazionale, e in particolare ai responsabili della salute pubblica, affinché considerino le prime epoche della vita come cruciali, non solo per i bisogni di salute che ancora esprimono (e con crescenti disuguaglianze tra Regioni e gruppi sociali!), ma anche per il ruolo che giocano rispetto alla salute della popolazione nelle età successive.

Il Rapporto fornisce alcune indicazioni di massima sugli interventi da effettuare, chiarendo tra l'altro che molti di questi, come peraltro sottolineato quest'anno dai documenti che l'OMS ha prodotto in occasione della Giornata mondiale della salute, dedicata appunto alla madre e al bambino, richiedono politiche coordinate tra più settori e che quindi non possono limitarsi ai puri interventi sanitari. Recentemente il Ministero della Salute ha proposto un piano nazionale della prevenzione che intende essere una guida soprattutto per le Regioni, cosa in sé nuova e molto positiva. Ma è essenziale che questo piano si basi sulla consapevolezza del fatto che la prevenzione, per essere efficace, inizia nei primi anni di vita e richiede investimenti molto più consistenti di quelli attualmente messi a disposizione, sia dal Ministero che dalle Regioni.

Un'ultima, necessaria annotazione di commento al Rapporto deve essere fatta in relazione al nostro sistema informativo sanitario, non ancora in grado né a livello nazionale né, nella più parte dei casi, a livello regionale, di fornire in tempi ragionevoli dati utili alla comprensione dei fenomeni relativi alla salute. Le difficoltà incontrate nel mettere assieme questo stesso Rapporto, e i difetti di informazione che esso contiene, testimoniano le gravi carenze che sussistono nel nostro sistema a riguardo.

**Giorgio Tamburlini**

## Editoriali

### LA REGISTRAZIONE DEGLI STUDI CLINICI: UNA GARANZIA A TUTELA DEI PAZIENTI?

Nel 2004 le principali riviste mediche avevano redatto un documento che sottolineava la necessità di una maggiore trasparenza nella conduzione degli studi clinici (SC)<sup>1</sup>. E questo per un semplice motivo: si è scoperto che molte sperimentazioni cliniche sono state pubblicate con dati in parte manipolati (con evidente conflitto di interesse); altre ancora, in caso di risultati negativi (non a favore del trattamento "sperimentato"), non sono state mai pubblicate. L'anno 2004 si è caratterizzato per una serie di vicende a riguardo "esemplificative", come quella sui farmaci COX-2 o sugli SSRI per un uso pediatrico in merito alla "scoperta" di un loro potenziale (e poi definito) rischio di effetti collaterali che li ha rimessi in discussione in un bilancio tra i potenziali rischi e benefici (vedi a riguardo l'articolo pubblicato su questo numero sugli antidepressivi in età pediatrica a pag. 377). In merito a questa vicenda, l'accusa e la successiva presa di posizione di alcuni organismi regolatori sono relative al fatto che alcuni dei rischi documentati erano già a conoscenza (o potevano essere sospettati) prima della loro "formale" scoperta e denuncia. Da qui il richiamo, espresso in modo chiaro da parte di molte riviste mediche, alla necessità di riportare i protocolli degli SC su appositi registri "pubblici", a garanzia di una corretta informazione sugli obiettivi, la loro adeguata conduzione e la successiva pubblicazione dei risultati, anche se non positivi. Questa presa di posizione è stata accolta favorevolmente da parte delle agenzie regolatorie, dell'opinione pubblica e della stessa industria farmaceutica.

Ora il Comitato internazionale degli editori delle principali riviste mediche ha espresso (a fine maggio) alcune nuove (e perentorie) direttive a favore della registrazione degli SC<sup>2</sup>. Si sostiene che gli SC che iniziano a reclutare i pazienti dal 1° luglio 2005 devono essere "iscritti" in un registro degli SC. In pratica vuol dire che il protocollo di studio deve essere disponibile su un registro accreditato. Se questo non accade, le riviste firmatarie del documento non potranno considerare gli studi come eleggibili per la pubblicazione. Il sostegno per questa iniziativa viene anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha redatto recentemente 20 passi necessari per poter considerare lo SC come conforme a delle regole di buona conduzione degli studi<sup>2,3</sup>. L'auspicio è che entro un anno la OMS definisca quali siano i registri che possono essere accreditati per la registrazione degli SC.

Quali le novità di questa nuova presa di posizione da parte del Comitato delle riviste scientifiche internazionali, della stessa OMS e di alcune recenti conferenze internazionali<sup>4</sup>. Molte a nostro avviso. La prima riguarda il fatto che si è passati da una dichiarazione di intenti a una fase molto operativa che pone i ricercatori, i clinici e le industrie farmaceutiche (e più in generale e auspicabilmente altri sponsor istituzionali o privati) di fronte alla necessità di registrare gli SC che sono in corso o che si andranno a iniziare. Questo, almeno in teoria, a difesa della trasparenza, che significa rispetto dei diritti dei pazienti in termini di salute. Il secondo è che le regole richieste (da riportare nel registro) per iniziare la sperimentazione dovrebbero rappresentare

una sufficiente tutela per una buona conduzione degli SC, alle quali bisogna uniformarsi. Anche se, in realtà, ribadire i passi per una buona sperimentazione ha un significato più di forma che di contenuto. La bontà di uno SC di fase 3 sta nei suoi obiettivi, clinicamente rilevanti, comparativi verso altri trattamenti già di provata efficacia. In pratica vi è un richiamo a condurre gli studi secondo le regole imprescindibili (conosciute da tempo) per ottenere i risultati attesi e per avere la certezza che la ricerca sia a beneficio dei pazienti e non di puri interessi commerciali (definizione chiara degli obiettivi, della numerosità dei pazienti, delle modalità di randomizzazione, degli sponsor della ricerca, approvazione da parte di un comitato etico ecc.).

Vedremo quello che accadrà, ma alcuni passi successivi devono essere ancora esplicitati. Del primo si è già detto, vale a dire di quali registri considerare per rendere pubbliche le sperimentazioni che si vanno a iniziare. È ragionevole auspicarsi che questi registri abbiano una valenza internazionale e che le duplicazioni siano inutili. In Italia il registro ministeriale non ha al momento un accesso pubblico e occorre a riguardo un formale pronunciamento su cosa si intende fare in futuro. Iniziative europee sono già disponibili e riguardano l'ambito specifico degli SC pediatrici di cui *Medico e Bambino* ha già parlato<sup>5</sup> ([www.dec-net.org](http://www.dec-net.org)). È fondamentale che le riviste scientifiche pediatriche internazionali si pronuncino accettando queste regole di buon senso e favoriscano in questo modo un progetto di trasparenza che tiene conto delle peculiarità dell'età pediatrica<sup>6</sup>. Crediamo inoltre che la condivisione del progetto sulla registrazione degli SC debba avvenire non solo da parte delle riviste mediche, ma anche delle società scientifiche. Il registro rappresenta infatti un'occasione importante per evitare la duplicazione degli studi e per intraprendere progetti collaborativi. Un altro punto critico riguarda la possibilità di accedere alla registrazione da parte di tutti gli organismi e sperimentatori, senza costi aggiuntivi, con la garanzia che questa non sia una prerogativa dell'industria (o di istituzioni potenti) e dei Paesi ricchi<sup>7</sup>.

Ben venga dunque la registrazione degli SC, con tuttavia una nota di attenzione: non tutte le ricerche registrate ci danno necessariamente la sicurezza di essere delle buone ricerche. Ma questo rimanda a un problema più generale che coinvolge non solo chi conduce le ricerche, ma anche chi ne usufruisce nella pratica quotidiana. La dimostrazione provata di quello che facciamo è una garanzia per il bene del paziente; dove non esistono certezze, i dubbi e le perplessità (che fanno parte del nostro lavoro quotidiano) andrebbero sempre esplicitati, non inseguendo chimere di benessere o superiorità di un trattamento rispetto a un altro, che non esistono o che sono riportate in studi che non hanno sufficiente dignità scientifica o, peggio ancora, che hanno un evidente conflitto di interessi.

**Federico Marchetti, Marzia Lazzerini**

#### Bibliografia

1. Abbasi K. Compulsory registration of clinical trials. *BMJ* 2004; 329:637-8.
2. De Angelis C, Drazen JM, Frizelle FA, et al. Is This Clinical Trial

Fully Registered? A Statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *N Engl J Med* 2005;352:2437-8.

3. WHO technical consultation on clinical trial registration standards meeting 27 April 2005; Geneva, Switzerland. [www.who.int/ictrp/news/ictrp\\_sag\\_meeting\\_april2005\\_concluions.pdf](http://www.who.int/ictrp/news/ictrp_sag_meeting_april2005_concluions.pdf).

4. Krllea-Jeri K, Chan A-W, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C, et al. Principles for international registration of protocol information and results from human trials of health related interventions: Ottawa statement (part 1). *BMJ* 2005;330:956-58.

5. Bonati M, Pandolfini C. DEC-Net: il primo registro di studi clinici pediatrici. *Medico e Bambino* 2004;23(5):281-2.

6. Sammons HM, Naylor C, Choonara I, Pandolfini C, Bonati M. Should paediatricians support the European Paediatric Clinical Trials Register? *Arch Dis Child* 2005;90:559-60.

7. Abbasi K, Godlee F. Next steps in trial registration. *BMJ* 2005;330:1222-23.

## LA DEPRESSIONE NELL'ETÀ EVOLUTIVA

"Il bilancio tra i rischi e i benefici" nell'uso degli antidepressivi in età evolutiva non può prescindere dalla riflessione sullo scarto fra il linguaggio nosografico, che tende a uniformare, e quello clinico con le sue molteplici variabili. Il tema è puntualmente affrontato nell'articolo di Marchetti, Travan e Lazzerini a pag. 377.

In accordo con l'articolo, la depressione del bambino e dell'adolescente non può essere completamente uniformata a categorie nosografiche costruite sulla psicopatologia dell'adulto. È nello scarto fra la nosografia e la variabilità del manifestarsi della sofferenza psichica che si situano il lavoro, le riflessioni e l'operare del medico, in quello che nell'articolo è definito come una presa in carico complessiva.

### La depressione cambia faccia con l'età

La variabilità sintomatologica della depressione in età evolutiva rimanda alla difficoltà di fare una diagnosi categoriale stabile in questo periodo dell'esistenza, durante il quale atteggiamenti fisiologicamente fluttuanti e a volte turbolenti si mescolano e connotano manifestazioni sintomatologiche caratteristiche di uno stato psicopatologico.

La depressione in età evolutiva non deve essere confusa con quei sentimenti depressivi transitori o con quei comportamenti turbolenti inquadrabili in un processo di elaborazione e di sviluppo in corso. Questo non significa scotomizzare o banalizzare la richiesta d'aiuto; ma l'aiuto può essere qualcosa di diverso rispetto ai farmaci.

Quali possono essere gli elementi sintomatologici tipici dell'età evolutiva che si affiancano o si sostituiscono ai sintomi classici di un episodio depressivo così come viene descritto nel DSM IV?

Braconnier (*Minaccia depressiva e depressione in adolescenza*. *Adolescenza e Psicoanalisi*, settembre 2002) riporta, in un suo articolo sulla depressione nell'adolescente, lo studio di Jouvent e collaboratori (1987) sulle differenze nella struttura dell'umore depressivo tra una popolazione di adolescenti depressi e una di adulti depressi. Lo studio ha evidenziato tre fattori principali nella struttura dell'umore depresso: la disforia, la tristezza manifesta e l'appiattimento affettivo. È risultato che la disforia è molto più frequente come caratteristica dell'umore depresso fra gli adolescenti che fra gli adulti, mentre l'appiattimento affettivo

caratterizza di più la depressione dell'adulto.

Tale diversità andrebbe ricercata nell'equilibrio e nell'alterazione fra le trasformazioni che avvengono nelle relazioni con gli altri e con le figure adulte di riferimento e le trasformazioni che riguardano il proprio modo d'essere e di percepirsi.

Nelle depressioni dell'adulto prevalgono le trasformazioni circa il proprio modo d'essere, mentre nell'età evolutiva queste rimangono più in secondo piano rispetto ai cambiamenti nelle relazioni con gli altri e con le figure di riferimento.

Il ritiro, l'isolamento, la fissazione, l'autoriferimento caratterizzano la depressione dell'adulto; nell'adolescente, invece, prevalgono l'ipersensibilità interpersonale, l'umore reattivo, l'instabilità conseguente alle situazioni interpersonali.

In pratica, in età evolutiva la depressione si manifesta più facilmente in una sorta di umore reattivo che prende l'aspetto di un disturbo del comportamento, più frequente nei ragazzi, o di un disturbo con caratteristiche più funzionali, più frequente nelle ragazze.

L'alterazione dell'umore può apparire attraverso uno stato di facile irritabilità, lamentele somatiche, rifiuto della scuola, condotte delinquenziali, difficoltà scolastiche, disturbi della condotta alimentare e le condotte di dipendenza.

La sintomatologia depressiva in età evolutiva si caratterizza quindi per l'instabilità e la reattività delle manifestazioni sintomatiche e comportamentali, più che per la tipologia del pensiero.

### Curare l'adolescente: una relazione a tre

Troppo spesso la prescrizione farmacologica esaurisce in sé tutto il valore terapeutico della relazione medico-paziente, mortificando e svaloriizzando il significato simbolico di tale relazione. Se la somministrazione di un farmaco è un problema di tutte le specialità mediche, questo problema diviene di grande importanza nella cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva, fino a differenziarla nettamente dalle altre prescrizioni mediche.

Diceva Balint (*Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli 1961): "quando un medico prescrive un farmaco, prescrive se stesso". All'interno del rapporto medico e soggetto in età evolutiva, si potrebbe sintetizzare che la prescrizione farmacologica si situa in una relazione a tre: il medico, l'adolescente e i suoi genitori, che rende l'atto curativo un insieme complesso di atti psicoterapici e prescrizione farmacologica. Tale complessità richiede che il medico sia capace di integrare, a livello cognitivo ed emotivo, il sapere biologico e psicopatologico con la conoscenza del soggetto e della sua storia. Spesso la somministrazione del farmaco antidepressivo (soprattutto gli SSRI) è gestita dall'adolescente stesso e non adeguatamente monitorata dal medico. Questa modalità di rispondere alla sofferenza del giovane paziente nasconde in sé uno sbrigativo modo di curare senza ascoltare e rischia di rendere inefficace o dannoso un farmaco che, prescritto con modalità diverse e nelle situazioni opportune, potrebbe essere uno degli elementi della cura.

Quindi la prescrizione farmacologica dovrebbe inserirsi in

## Editoriali

un trattamento combinato psicoterapia-psicofarmacoterapia, in cui il farmaco, dato a dosaggi adeguati, è utilizzato per controllare specifici sintomi, focalizzati e riconosciuti insieme al paziente. La somministrazione farmacologica richiede una sua metodologia, che tiene in considerazione alcuni principi della psicoterapia analitica: l'alleanza terapeutica e i fenomeni transferali e controtransferali. (Freni S. *Psicoterapia e Scienze Umane* n° 4, 1988).

Nell'accettazione o nel rifiuto della prescrizione, e ancora nella delusione per la mancata prescrizione, si svela il gioco dei movimenti transferali negativi e positivi verso il farmaco e chi lo prescrive.

Se il giovane paziente può esprimersi ed è ascoltato, questi elementi saranno preziose indicazioni sui punti critici e sui successi nel percorso terapeutico.

Ma quali sono i rischi che una modalità superficiale di prescrizione può facilitare?

### I farmaci e il rischio di suicidio

Nell'articolo di Farmacoriflessioni, questo argomento viene affrontato sulla base dei dati della letteratura, sottolineando che "il farmaco ancora una volta è un indicatore del contesto assistenziale e sociale".

Vorrei ricordare, come altro possibile punto di riflessione, che il rischio di suicidio aumenta in ragazzi depressi, che vivono in situazioni complesse d'instabilità o precarietà ambientale.

Quando la depressione si manifesta con intensi vissuti d'abbandono, accompagnati da passaggi all'atto etero e auto-aggressivo, in una condizione multi-dimensionale complessa per la presenza di separazioni ed eventi traumatici, il rischio di una possibile associazione fra assunzione di SSRI e comportamenti suicidari e aggressivi può manifestarsi più esplicitamente. Una presa in carico globale non può prescindere dalla presa in carico dell'ambiente, e in particolare dei genitori. Ciò significa fornire aiuto a coloro che sono più vicini al bambino o adolescente depresso, soprattutto nelle interazioni che essi sono portati a vivere e negli atteggiamenti e nei contro-atteggiamenti che questi ultimi possono generare; e ancora, lavorare sulle relazioni che il bambino ha con gli adulti che lo circondano, al fine di creare un ambiente il più possibile stabile e capace di valorizzare le potenzialità evolutive sempre presenti a questa età.

Comunque siano le configurazioni di un quadro depressivo in età evolutiva, la cura richiede un intervento complesso e rimanda agli interrogativi che l'articolo pone sull'attuale organizzazione e integrazione dei servizi per l'età evolutiva.

Renata Aliverti  
UO di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS "Burlo Garofolo",  
Trieste

UO di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS "Burlo Garofolo",  
Trieste

### CARITÀ PELOSA

Questo mese di giugno è stato caratterizzato da alcuni eventi-spettacolo che hanno come protagonisti da una parte la Fame nel Mondo e dall'altra i Grandi del Mondo. È cominciato con l'anno dedicato dall'ONU alla povertà, con la grande marcia mondiale per i bambini poveri; è continuato col colpo di scena di Blair e il patto "storico" per la cancellazione di una parte (minuscola) dell'enorme debito (2600 miliardi di dollari) dei Paesi Poveri (debito oggettivamente inesigibile, in continuo aumento, i cui soli interessi si sono triplicati in vent'anni); e finisce con la proposta (dei Poveri, caldeggiata dal Nobel per l'economia, Joseph Stiglitz) di monetizzare la non deforestazione dell'Africa e dell'Amazzonia. Si tratterebbe di pagare i detentori delle foreste che assorbono l'anidride carbonica in eccesso, perché le mantengano e ci permettano di continuare a emetterne. Ottimo, intelligente, assolutamente condivisibile, giusto. Guai se no. Ma anche sottilmente immorale.

Questi eventi hanno certamente una valenza positiva; ciononostante, per inadeguatezza o per stortura, risvegliano sentimenti contrastanti. Perché i ricchi devono essere così tirchi? Si capisce, ciascuna nazione deve fare i conti con se stessa, col bilancio, con i suoi equilibri interni, con le sue tasse, con le sue povertà (che pure esistono e che, sebbene non paragonabili alle povertà dei veri poveri della terra, ciononostante sono rese insopportabili dalle disparità). Ma per quanto tempo un mondo così squilibrato, molto più squilibrato della torre di Pisa, potrà restare in piedi? L'Italia, ma non solo l'Italia, invoca i dazi per difendere le sue scarpe, ma intanto il mondo mantiene i dazi sui prodotti agricoli dei Paesi Poveri. Accetta (forse) di finanziare la non deforestazione ma aumenta l'emissione di gas serra. Sottoscrive l'impegno a mandare aiuti, e non li manda (l'Italia è l'ultima in classifica: 0,15 anziché 0,33 del PIL). Abbuona debiti inesigibili. Si compiace di fare finta di fare la carità agli affamati: per continuare a farlo, forse desidera che il popolo degli affamati continui a restare affamato.

Io non credo che questa avarizia sia veramente nell'anima degli abitanti dell'Italia, dell'Europa, del mondo ricco (anche se, di molti, sicuramente sì). Non credo nemmeno che la Provvidenza continuerà all'infinito; né che il mondo potrà offrire davvero ricchezza per tutti; ma so che la ricchezza che ha colpito l'Occidente è almeno in parte derivata, e comunque non ostacolata, dalla quasi ragionevole equità sociale raggiunta in Europa e negli Stati Uniti. E che il raggiungimento di una simile equità (la democrazia va bene ma non basta) possa essere un ragionevole compito di questa generazione e delle generazioni che verranno.

PS. Queste considerazioni nascono, ancora, dal ricordo di Maria Bonino (vedi Lettere).

Franco Panizon

**M&B è on line (free entrance):**  
**<http://www.medicoebambino.com>**