

## Medici italiani contro la guerra

*Lettera aperta al Presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, a cui al momento hanno aderito 1041 medici italiani*

Alla vigilia di una guerra considerata inevitabile, perché fortemente voluta da alcuni governi, si sono sviluppati in tutto il mondo vasti movimenti di opposizione, anche tra le organizzazioni mediche e sanitarie<sup>1</sup>. Oltre 500 tra docenti e studenti della London School of Hygiene and Tropical Medicine hanno sottoscritto una lettera aperta al Primo Ministro Tony Blair, pubblicata sul *British Medical Journal*<sup>2</sup> e sul *Lancet*<sup>3</sup>, come contributo al dibattito tra il governo e l'opinione pubblica sulla necessità di opporsi all'azione militare sul terreno etico e umanitario, al di là di ogni punto di vista politico o religioso. L'International Physicians for the Prevention of Nuclear War, l'Australian Medical Association for Prevention of War, il gruppo canadese Physicians for Global Survival hanno preso iniziative autonome per sensibilizzare i propri governi sulla necessità di prevenire la guerra in Iraq. L'organizzazione non governativa OXFAM, l'American Academy of Arts and Science, l'UNICEF e la Yale University hanno elaborato le loro stime sul probabile impatto della guerra sulla popolazione civile.

In queste ultime settimane sono stati inoltre pubblicati due rapporti di particolare significato per chi come professione si occupa di salute. Il primo, Collateral Damage, The health and environmental costs of war on Iraq, prodotto da Medact, organizzazione non governativa di medici e operatori sanitari britannici<sup>4</sup>, stima il numero totale di morti, durante il conflitto e nei tre mesi seguenti a un attacco all'Iraq, nell'ordine di grandezza compreso tra 48.000 e 260.000. Una guerra civile che si scatenasse all'interno dell'Iraq aggiungerebbe altri 20.000 morti. Gli effetti più tardivi della guerra potrebbero aggiungere altre 200.000 vittime. Nel caso si facesse uso di armi nucleari il numero dei morti potrebbe arrivare a 3.900.000. In tutti gli scenari considerati la maggior parte delle vittime sarebbero civili. Il rapporto prevede inoltre come estremamente probabili, a seguito dell'attacco, guerre civili, carestie ed epidemie, considerevoli masse di rifugiati ed effetti catastrofici sulla salute, soprattutto dei bambini. Come effetto collaterale viene inoltre prevista la intensificazione dei conflitti internazionali, delle disuguaglianze e delle divisioni tra gruppi di persone e popoli.

Un documento delle Nazioni Unite "strettamente confidenziale", datato 10 dicembre 2002 e intitolato Likely Humanitarian Scenarios<sup>5</sup>, prevede un elevato nume-

ro di morti tra i civili, una crisi delle condizioni nutrizionali della popolazione e la esplosione di malattie "di proporzioni epidemiche se non addirittura pandemiche". Questo documento, fatto segretamente pervenire alla Università di Cambridge, riporta le stime OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) di 100.000 morti da effetti diretti della guerra e 400.000 da impatto indiretto, oltre 2 milioni di bambini e 1 milione di donne in gravidanza gravemente malnutriti, e 2 milioni di iracheni senz'ateto. La previsione delle Nazioni Unite è che, in caso di guerra, non saranno in grado di far fronte nemmeno ai 130.000 rifugiati che attualmente già si trovano in Iraq. Il rapporto sottolinea inoltre l'assoluta inadeguatezza del sistema sanitario iracheno, vittima da diversi anni dell'embargo imposto dalle Nazioni Unite, a rispondere all'accresciuta domanda che una guerra imporrebbe, oltre all'assenza dei servizi di base per la popolazione locale al termine dell'intervento armato.

Nell'anno 2002 è uscito il "Rapporto Mondiale su Violenza e Salute"<sup>6</sup> dell'OMS. Indicando esplicitamente la violenza, sia individuale che collettiva, come importante problema di salute pubblica, l'OMS ha voluto sottolineare in tutta la sua rilevanza il ruolo attivo che l'operatore sanitario deve assumere nel contrastare la guerra e nel promuovere la cultura della pace. Secondo le Nazioni Unite uno degli effetti più sconvolgenti dell'uso della forza militare in Iraq e a livello internazionale potrebbe essere l'esplosione incontrollabile di violenza collettiva, definita come «l'uso strumentale della violenza da parte di stati o gruppi non governativi allo scopo di ottenere obiettivi politici, economici o sociali».

È indubbio che la guerra sia un problema di salute pubblica. In qualità di medici abbiamo non soltanto il dovere di prenderci cura delle vittime della violenza e dei conflitti armati, ma anche di cercare di prevenirli. Come medici siamo inclini a pensare soprattutto in termini di mortalità e morbosità. Ebbene, la guerra in Iraq provocherà centinaia di migliaia di morti, la maggior parte tra i civili e i bambini, la esplosione di epidemie, carestie e distruzioni ambientali (...). Non dobbiamo inoltre sottovalutare le conseguenze che potrebbero aversi tra la popolazione civile dei Paesi aggressori in caso di attacchi biologici, chimici o addirittura nucleari, eventualità quest'ultima presa esplicitamente in considerazione dal presidente Bush.

Per noi medici, impegnati nella missione di alleviare le sofferenze e prevenire le malattie, queste morti e mutilazioni sono inaccettabili. Convinti che la guerra avrebbe conseguenze disastrose per la salute

umana nel breve, medio e lungo termine e che si debba fare uso di mezzi politici e diplomatici per evitarla, ci opponiamo all'intervento militare in Iraq. Poiché la nostra opposizione si fonda su argomenti esclusivamente etici, umanitari e professionali, facciamo appello a tutte le forze politiche e della società civile affinché venga impedito un conflitto armato che avrebbe effetti catastrofici per la famiglia umana.

«La violenza si sviluppa in assenza di democrazia, di rispetto per i diritti umani e di buon governo», scrive Nelson Mandela nella introduzione al Rapporto OMS. Sosteniamo con forza, inoltre, la posizione della nostra più alta organizzazione professionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui i conflitti possono essere prevenuti soltanto attraverso forme più eque di sviluppo e modelli internazionali e locali di governo basati su etica e responsabilità.

Angelo Stefanini

Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica,  
AS Bologna  
e-mail: stefanin@alma.unibo.it

### Bibliografia

1. BMJ 2003;326:184.
2. BMJ 2003;326:220.
3. The Lancet 2003;361(9354):345.
4. www.medact.org
5. www.casi.org.uk/pr/pr030107undoc.html
6. www.who.int

### PANDAS, tic, OCD, ADHD, corea

Ho letto con interesse nella rubrica "Superdigest" del fascicolo di novembre 2002 l'articolo riguardante il tema "PANDAS, tic, OCD, ADHD, corea". Mi è sembrata una revisione della letteratura chiara, sintetica, che offre ai lettori una guida per orientarsi in questo nuovo argomento di ricerca clinica, ne illustra i lati controversi e ne sottolinea le possibili e importanti ricadute in termini di approccio e di trattamento di questo spettro di disturbi così frequenti in età evolutiva. Soprattutto il suo merito maggiore è quello di colmare una lacuna di informazione e cultura medica molto diffusa tra i pediatri, che ho personalmente potuto constatare da quando (ormai più di 7 anni) mi occupo di questa problematica.

Un solo aspetto dell'articolo mi ha colpito sfavorevolmente: l'unico lavoro di cui vengono riportati i risultati ma non viene citata la referenza bibliografica è quello pubblicato dalla dottoressa Orefici e da me su *Journal of Pediatrics* del gennaio 2001. Oltre a essere l'unico lavoro di un gruppo di ricerca italiano su questo argomento, è un lavoro che la Sua rivista ha

recensito sulla "Pagina Gialla" di qualche tempo fa.

Spero che si tratti di un semplice disguido redazionale, ma temo che invece sia una manifestazione di quello sciovinismo al contrario, diffidente verso tutto ciò che sia "made in Italy". Mi auguro che in ogni caso sappiate ovviare a questa spiacevole omissione.

**Francesco Cardona**  
Dipartimento di Scienze Neurologiche  
e Psichiatriche dell'Età Evolutiva  
Università "La Sapienza", Roma

*La ringrazio per gli aspetti positivi del commento al Superdigest sul PANDAS. Nello stesso tempo prendo doverosamente atto (e lo segnalo ai lettori di Medico e Bambino) della trascuratezza bibliografica a cui sono andato incontro (per distrazione, inefficienza o non so cosa altro). Ma il compito della Rivista è essenzialmente di formare-informare, non di essere esaustivi; e questa sua vocazione, o meglio "missione", la Rivista l'ha ripetutamente rivendicata; sicché faccio fatica a sentirmi veramente colpevole di questa mia, non unica, defaillance editoriale.*

*Non capisco, invece, e mi addolora, il suo sospetto di sciovinismo all'incontrario. Se il suo articolo è stato recensito sulle Pagine Gialle, è segno che la Rivista lo ha considerato più che degno di menzione, visto poi che su quelle pagine, a cura del Prof. Ventura, la Rivista pubblica quel (poco) che ci sembra veramente nuovo e importante della letteratura. Forse ricorderà (o no?) che circa un anno fa, dopo la lettura di quell'articolo, mi sono permesso di chiedere un pezzo su "Medico e Bambino", attraverso Pediatria on line. C'è sempre tempo. Cordialmente.*

F.P.

## Sulla febbre da denti

Nessuna ricerca accurata: ho il tempo ma non ne ho la voglia (la vecchiaia mi tiene fuori? per dirla con Panizon).

Mia banale, forse anche errata e/o eretica spiegazione che fornisco anche ai genitori.

Febbre:

- aumento della frequenza cardiaca e dilatazione dei piccoli vasi
- aumento del flusso ematico nella zona da cui il dente sta per scendere
- eruzione anticipata del dente (già doveva scendere da un momento all'altro).

**Giancesare Capararo**  
Medico di famiglia (da 53 anni)  
e pediatra (da 47)

## Ancora sull'epidemia di morbillo in Campania

Caro Prof. Panizon,

prima di tutto La ringrazio per avere ospitato la mia lettera sulla rivista da Lei diretta, anche perché si trattava di una lettera "di crociata", come Lei stesso l'ha definita, e che non lesinava giudizi a tutti i livelli senza tanti preamboli e distinguo. E sono contento del suo tono "un po' polemico", perché si tratta pur sempre di lettere in cui ritengo si possa essere un po' più rilassati e dire le cose che si pensa senza paura di essere fraintesi. E questo è stato il mio atteggiamento quando ho scritto a *Medico e Bambino*: in un momento di rabbia, dopo avere letto per l'ennesima volta che la colpa dell'epidemia di morbillo è dei pediatri e basta. Da qui la mia risposta sicuramente polemica, sicuramente di crociata e sicuramente con alcune affermazioni inesatte, come succede quando si scrive animato da "furore di parte". Anzi, Le dirò che, quando, dopo alcuni giorni, rilessi la lettera, iniziai a modificarla, ma mi fermai subito perché ritenni di doverla inviare così come era venuta fuori in quel momento: polemica, di crociata e con alcune inesattezze!

La mia intenzione non era di discolpare i pediatri in generale e di famiglia in particolare, ma semplicemente di evidenziare che anche altre istituzioni hanno le loro responsabilità nell'epidemia di morbillo in Regione Campania, e soprattutto che nessuno, almeno per quanto io abbia letto, si era preoccupato di indicare qualche altro responsabile oltre ai pediatri. Lo stesso ministro Sirchia fece un'affermazione in tal senso (*Corriere della sera*, 7 giugno 2002), e il Presidente dell'SIP Tancredi dovette intervenire (a dire la verità non so chi l'abbia ascoltato!) in difesa dei pediatri (Lettera al Direttore di *Corriere della sera* riportata su *Pediatria Notizie* 4/5, 2002).

Anch'io sono assolutamente contro il pensiero unico, e ritengo che convincere sia meglio che costringere. Ma ciò che volevo dire a proposito dell'obbligatorietà è che c'è stato da parte del Ministero (e di chi c'era dietro - ISS?) un errore strategico quando nel 1990 decise di rendere obbligatoria la vaccinazione anti-epatite B e non quella contro il morbillo. Se ciò fosse accaduto, Lei non ritiene che, indipendentemente dalle discussioni sul concetto di obbligatorietà, non ci sarebbe stata nessuna epidemia di morbillo, almeno non nei termini in cui c'è stata, e quindi nessun morto?

Volevo anche richiamare la sua attenzione su un altro dato che, per motivi di spazio, non ho riportato nella lettera a *Medico e Bambino*. Lo sa quante volte sono

citati i Pediatri di Famiglia nell'Atto di indirizzo della Regione Campania sulle vaccinazioni (*BURC* n.75, 22/11/1997)? Mai! Invece nell'aggiornamento del 2000 (*BURC* n.23, 15/5/2000) ben una volta, a pag 106: «...Per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale occorre prevedere una comunicazione a cascata tra la Regione, i Dipartimenti di Prevenzione con i S.E.P., i Distretti con i Centri Vaccinali, i Pediatri di libera scelta, i Medici di Medicina Generale e i Medici Specialisti...». Mi sembra un po' pochino per chi ha invece un ruolo fondamentale nell'offerta attiva delle vaccinazioni (come tutti hanno ripetutamente affermato) e soprattutto per chi ha poi la responsabilità dell'epidemia... non credete?

Infine, volevo evidenziare che c'è stato un piccolo taglio alla mia lettera quando nella parte finale dicevo: «Come al pediatra non è sufficiente comunicare ai genitori l'opportunità di praticare la vaccinazione, così agli organi istituzionali in qualche modo coinvolti nelle vaccinazioni, non è sufficiente inviare linee-guida e atti di indirizzo».

**Domenico Viggiano**  
Cava de' Tirreni (SA)

*Non deve ringraziare per la pubblicazione della lettera: è regola della rivista pubblicare tutte le lettere, al massimo a volte con un piccolo ritardo. E, per pubblicarle, a volte devo un po' tagliarle.*

*Ci sono tante cose a cui Lei accenna in questa lettera, sui ruoli di ciascuno, sul significato della obbligatorietà, sul diverso momento e sul diverso significato della vaccinazione anti-epatite B rispetto a quella anti-morbillo; sul risparmio di morti e malattia che, anche se dilazionati in altra fascia di età, la vaccinazione anti-epatite B ha teoricamente comportato; sul ruolo stesso della malattia e della morte.*

*Ma se, vede, passasse l'idea che solo quello che è obbligatorio viene fatto, passerebbe su di noi una malattia molto più mortale che non l'epatite B o il morbillo: ed è una malattia che non mi sto inventando al tavolino. Grazie sempre delle lettere.*

F.P.

La lettera del collega Domenico Viggiano di Salerno (*Medico e Bambino* 2002; 9:568) che solleva dubbi sul fatto che le responsabilità della scarsa copertura vaccinale in Campania siano da attribuire prevalentemente ai pediatri di base, a me pare abbia fondamento.

Continuo a essere della opinione che l'effettiva influenza della pediatria di base sulle scelte di salute comunitarie (non solo dei vaccini, ma penso anche alla SIDS,

all'acido folico, ai mezzi di contenzione nel trasporto ecc.) sia tuttora modesta, e che abbia bisogno di essere ancora indirizzata e sostenuta dalla *vis a tergo* delle strutture di salute pubblica; mi pare che di questo occorre "storicamente" prendere atto.

Il caso Campania, da cui nasce la lettera di Viggiano, mi pare confermarlo.

Proprio nell'area di Salerno si è ottenuto il passaggio da una copertura per il morbillo del 33,36% (dicembre 2000) a una del 69,7% (dicembre 2001), fino al 77,7% (giugno 2002), attraverso un'attiva partecipazione dei pediatri e dei medici di famiglia che è stata però iniziata e "guidata" dai servizi di sanità pubblica (Unità Operativa Materno-Infantile), con il reclutamento attivo fra gli assistiti dei medici di base della popolazione target, della quale erano noti ai centri vaccinali i dati immunitari per il morbillo (dati in pubblicazione a cura di Magurno e collaboratori su *Quaderni acp*).

Insomma a me pare che per ora, senza un attivo e continuo intervento-monitoraggio-coordinamento di quei servizi di sanità pubblica, di cui proprio il collega Viggiano fa un buon elenco, sia difficile pensare che si possano raggiungere i tassi di sicurezza di cui parlano Marta Ciofi degli Atti e i suoi collaboratori nel commento alla lettera.

La recentissima conferenza di consenso (novembre 2002) ha ribadito che, per impedire la circolazione del virus morbilloso, bisogna raggiungere una copertura del 95%, che non è cosa facile.

Chi si occupa seriamente di sanità pubblica sa bene che altro è declamare la capacità di incidere, perfino, sulle possibili strategie vaccinali, altro è essere in grado di assolverle.

La lettera di Viggiano prende atto, con saggia umiltà, di questa situazione proprio perché «fra 3-6 anni non si sia ancora qui ad imparare», come conclude assai saggiamente il collega.

Giancarlo Biasini, Cesena

## Una questione di stile

Ho letto l'articolo di Valentina Leone "Le complicanze settiche in ORL" (*Medico e Bambino* 2002;10:647-54). Senza dubbio bello; utile, anche se per me, medico di medicina generale, l'utilità è più culturale-speculativa che pratica. Ma...

A pagina 650, nella sezione "Ascesso cerebrale, empiema sottodurale, tromboflebite dei seni", l'Autrice descrive una malnutrizione "aperta". Ritengo di poter affermare di conoscere bene la lingua inglese, oltre che quella italiana, e, quindi,

non ho difficoltà a capire il significato di tale attributo: è la traduzione di "overt", che in inglese significa "evidente, palese, conclamato". A una Collega che scrive un articolo tanto interessante si possono perdonare inesattezze (in Tabella III, pag. 650, Pittsburgh invece di Pittsburgh, Huston invece di Houston, Goldeistein invece di Goldstein; a pag. 653 Filadelfia invece di Philadelphia). Le si può anche, essendo molto caritatevoli, perdonare quanto scritto nel Summary: evidente, successiva e frettolosa traduzione di un testo pensato e scritto dapprima in italiano. Ancora, le si può perdonare quel "setting" (Tabella III, pag. 650), al posto di un più autarchico "ambito"; tenendo presente che illustri colleghi stranieri (specialmente britannici e statunitensi) inseriscono nei loro articoli termini in italiano, al fine di "épater le bourgeois" con la loro cultura: l'ultimo che ho letto è, appunto, uno "scenario" (invece di "setting"), usato da Michael Zasloff in un suo Commentary (*Lancet* 2002;360:1116). Non ritengo, invece, si debba perdonare quel termine "aperta".

Da qualche tempo alcuni colleghi italiani stanno cedendo al vezzo di italianizzare termini anglosassoni. Alcuni esempi: "realizzare" (da "to realize") al posto di "rendersi conto", "severo" (da "severe") al posto di "grave", "freezare" (da "to freeze") al posto di congelare ecc. Presumibilmente l'intenzione di questi colleghi è di farci intendere che tali e tante sono le loro dimestichezza e familiarità con la lingua inglese/americana, derivanti da una loro assidua frequentazione, sociale e/o scientifica, della comunità anglofona, da far loro ritenere superflua una corretta traduzione. Con un velo d'affetto, nostalgia e compassione, ricordo documentari sull'immigrazione italiana negli Stati Uniti o in Australia. In questi venivano intervistati i nostri connazionali, prevalentemente provenienti dalle regioni meridionali d'Italia, che, emigrati in condizioni di assoluta necessità economica e di analfabetismo, riuscivano a parlare prevalentemente nel dialetto della loro terra di origine, intervallando parole in "broken english": "smartò" per "smart" ("intelligente", "scaltro", oltre che "elegante"), "blocco" per "block" ("isolato", di palazzi lungo una strada), "tombe" per "carcere" (da "The tombs", il carcere di New York), "broccoline" per "Brooklyn" ecc.

Ma... si consoli e non me ne voglia, la dottoressa Leone, dato che posso dimostrarle di essere in ottima compagnia (e «aver compagno al duol scema la pena»).

A pag. 589 dell'autorevole testo *Medicina oncologica* (Gianni Bonadonna e Gioacchino Robustelli della Cuna. Milano: Masson, 1999) si afferma (e si reitera) che il paclitaxel è «formulato in olio di castoro»,

traduzione podalica di "castor oil", il cui vero significato è "olio di ricino"; "castoro" in inglese si dice "beaver". Ci si potrebbe chiedere: come si ottiene l'"olio di castoro"? Spremono, forse, le povere bestiole? E, fuggiti i dubbi inerenti all'estrazione del presumibilmente prezioso liquido, quale è la resa media di un castoro, in termini di olio? E, ancora, in tempi di *new economy*, potrebbe costituire un *business* remunerativo l'allevare castori, al fine di ricavarne olio (abbiamo visto la stagione dei lombrichi, poi quella degli struzzi: che sia giunta l'ora dei castori?).

A questo punto, spero che nessun collega ginecologo, rigorosamente ed esclusivamente anglofono, pubblici il suggerimento, per pazienti con sintomatologia vasomotoria relata alla menopausa (vampate di calore, "hot flushes"), ma presentanti controindicazioni a una terapia ormonale sostitutiva di durata inferiore ai 6 mesi, di tentare di alleviare il disturbo «rinfrescandosi mediante l'uso del ventaglio». Infatti il consiglio virgolettato potrebbe essere indicato come "fan cooling". Non ci resta che attendere, non senza una certa apprensione, la "traduzione" letterale.

Le invio saluti, che voglio permettermi di definire "cari" (non nel senso di "expensive") per la Sua illuminante presenza.

Antonio G. Caviglia, Saronno

Caro dottor Caviglia,

grazie della Sua lettera. L'utilità dell'articolo è evidentemente, come Lei dice, più culturale che pratica, per il semplice fatto che le complicanze settiche delle malattie otoiatriche sono oggettivamente rare, ma questo è vero, in genere, per tutte le suppurazioni importanti: cominciando con la meningite, continuando con l'osteoartrite, l'empiema pleurico, il flemmone. Eppure, uno dei motivi addotti o reali, giusti o sbagliati, di usare gli antibiotici è quello di prevenire queste complicanze; eppure, larghe campagne vaccinali sono effettuate per prevenire la meningite. Eppure, in sostanza, è l'esistenza di questi "pericoli" che giustifica una parte del potere medico; in altre parole, si tratta di materia che, anche sul piano epidemilogico, oltre che clinico, è indispensabile, a mio avviso, venga trattata su una rivista "pratica".

Grazie anche delle critiche alla forma. La forma è forma, la forma è soprattutto stile, e anche se una forma senza contenuti è il massimo dei mali, un contenuto senza stile gli viene subito dappresso. Un difetto di stile, per una rivista che, sebbene ancora artigianale, non si può più permettere di esserlo, è una colpa.

Francamente, però, sono prima di tutto dispiaciuto delle critiche alla qualità dell'inglese del sommario (io, a differenza di

Lei, conosco male l'inglese e non sono in grado di valutare la qualità delle traduzioni, che viene affidata, in genere, a professionisti; sono anche un po' dispiaciuto per gli errori ai nomi di città, anche se per molte città, anzi per quasi tutte le città molto conosciute, una doppia grafia, Lisbona per Lisboa, o Pechino per Peking o Stalingrado per Stalingrad o, appunto, Filadelfia per Philadelphia, è in genere accettata. E anche sono indispettito che in tabella sia sfuggito un "setting" dove io avrei più volentieri scritto "sede" (anziché "ambito", come Lei propone). Invece (perseverare diabolicum), non sono disturbato dal peccato più grave (succede spesso, basta pensare a Hitler): quello della malnutrizione "aperta o strisciante". È vero che "overt" non è "open", ma è anche vero che "overt" deriva da "apertus" e che nelle accezioni di aperto c'è anche quella di "dichiarato" ("guerra aperta"); che "apertamente" vuol dire "esplicitamente, dichiaratamente". In altre parole, i vocabolari delle diverse lingue non sono degli scrigni chiusi e gli scambi reciproci nel tempo trovano più di una giustificazione fattuale.

Quanto al problema generale, da cui personalmente mi sento di assolvere la "malnutrizione aperta" (in contrasto a "strisciante"), sono d'accordo con Lei.

F.P.

## La guerra degli specializzandi

È triste, veramente triste, leggere l'editoriale della collega Tania Gerarduzzi. Mi sono ricordato dello specializzando che ero vent'anni fa, laureatosi in cinque anni e una sessione con lode e con tanta voglia di imparare, conoscere, sapere ma... completamente solo, solo come tanti altri amici specializzandi. Allora non c'era la frequenza obbligatoria nei reparti, bastava seguire le lezioni e superare gli esami a fine anno accademico. Ma a molti di noi questo non bastava e andavamo quasi elemosinando la frequenza in reparto pur di impadronirci della specialità da noi scelta. Ma anche la frequenza in reparto non bastava perché anche lì eravamo soli: mancavano i Maestri. Chi doveva trasmetterci il sapere e il saper fare era impegnato in tutt'altre faccende: pubblicazioni, convegni, carriere. Così l'Università tradiva il suo compito primario: la formazione. Perciò trovo più che giusto che gli specializzandi lottino e rivendichino una adeguata preparazione oltre che un giusto riconoscimento del loro lavoro. Ma ciò che è giusto non è sempre quello che interessa alla classe politica. Basta vedere l'interesse strumentale verso alcune categorie sociali, a scapito di altre; oppure quanto par-

lare si fa dell'infanzia ma quanto poco si attua a suo vantaggio.

È triste, veramente triste, perché una società che non pensa e non investe per il suo futuro è una società che sta morendo, a meno che...

Cordiali saluti e auguri di buon lavoro.

**Roberto Lembo, Pediatra di Libera Scelta  
Battipaglia**

P.S. Gentile Prof. Panizon, colgo l'occasione per ringraziarla di tutto quello che mi ha trasmesso in questi anni dalle pagine della sua rivista e dalle relazioni che ho avuto il piacere di ascoltare. Se oggi io sono un Pediatra, lo sono anche grazie a Lei.

La lettera consta di due parti: una prima parte di rammaricata nostalgia per il passato (una volta era anche peggio), e di denuncia per i "Maestri"; la seconda di condivisione delle richieste degli specializzandi e di denuncia dello stato e della sua politica dell'istruzione. "Medico e Bambino" potrebbe fare a meno di commentare questa lettera che è in accordo con lo spirito dell'editoriale; ma questo potrebbe quasi sembrare scortese.

Farò quindi un paio di sottolineature, alla prima e alla seconda parte. La prima parte è dedicata a "il tradimento dell'Università", un argomento non nuovo per questi schermi. Un tradimento che, naturalmente, non è un tradimento "di tutti", ma resta un tradimento di molti, e alla fine anche un tradimento del sistema. Anche questo non è "nuovo su questi schermi"; ma è vero che l'Università ha da tempo perso l'orgoglio del suo ruolo (le è restato l'orgoglio dell'ermellino) e lo spirito di servizio, che invece dovrebbe animare tutte le professioni umane, compreso quella del tranviere, e massimamente le professioni di aiuto, tra cui quella del medico e quella dell'insegnante (che si sommano nel docente di medicina).

La seconda parte riguarda il tradimento dei politici. Credo che tutti condividiamo l'idea che l'investimento dello Stato, cioè di tutti noi, dello "insieme Italia", in sapere (un fisico, o un biologo, o un genetista, o un informatico, o un evolucionista, o un economista, o un filosofo della scienza, direbbe "in informazione"), sarebbe la cosa più giusta e utile per il futuro, per la generazione che viene. Credo che tutti sappiamo che il politico non vede al di là del proprio stretto futuro: la sua immagine nel corso di questa tornata elettorale, che potrà influenzare la prossima tornata elettorale, che condizionerà in qualche modo anche la successiva. Credo che tutti abbiamo anche dovuto accettare l'idea che questo non è giusto, ma che è quasi inevitabilmente così. Che la politica, anche quella, dovrebbe es-

sere una professione di servizio, e che il servizio alla nazione, più ancora che il servizio alla persona, dovrebbe avere almeno un occhio (quello più buono) rivolto al futuro. È che però non è così, e forse non può essere così.

E allora? Resta la persona. La persona rattoppa "col suo corpo" i buchi del sistema. La persona di buona volontà fa quello che i colleghi non fanno, e/o fa un po' più di quello che dovrebbe fare. Il servizio della persona alla persona fa sì che il sistema sanitario regga, che il sistema scolastico regga, finché regge. La leggenda ebraica dice che il mondo non va in rovina fino a che ci sono sette giusti, ignoti anche a se stessi, che lo tengono in piedi. Ma anche lo studente, lo specializzando, è una persona: è lui che con la sua voglia di imparare (e di servire) copre anche i buchi del servizio che alla sua formazione è dedicato: impara e serve (i malati) da solo e servendo i malati e se stesso impara (forse, attivamente) più di quello che avrebbe imparato (forse, passivamente) dal "Maestro": trova il suo Maestro nel malato, o nel collega più vecchio, o nel collega più giovane, o nella caposala, o nella infermiera, o nel libro, o nella letteratura.

È successo anche a me, non so più quanti anni fa. E corregge le storture della politica, rendendo la vita vivibile, mettendo lo spirito di servizio nella sua professione, facendo le marce della pace, firmando petizioni, formando quella pressione di opinione che il politico non può fare a meno di sentire, scrivendo lettere.

Insomma, pazienza. E cerchiamo di continuare a fare la nostra parte anche quando altri non fanno la loro.

F.P.

## Parole rubate

### IL GIOCO DEI PERCHÉ

I bambini non sanno perché  
L'uomo grida viva il re  
I bambini non sanno perché  
L'uomo si lodi tutto da sé  
I bambini non sanno cos'ha  
L'uomo che dice "chi vive vedrà"

Alfonso Gatto: Il vaporetto, 1963