

ROBE DELL'ALTRO MONDO: LE PAROLE E LE COSE

Tavola Rotonda da: "Le giornate di *Medico e Bambino*". Brescia, 16-17 aprile 2004



a) Gli interventi del "panel"

Franco Panizon, moderatore L'altro mondo è quello che sta fuori dalla porta di casa: l'Africa come l'Albania, la Romania come l'Afghanistan, l'America Centrale come la Cecenia. Il mondo povero, poverissimo, oppresso.

Cosa c'entriamo noi, cosa c'entra la Pediatria. Non sarà un caso che Napoli, Trieste, Brescia, Milano, ma anche Ferrara, Udine, Verona e probabilmente anche altre sedi che io non conosco e di cui si occupa l'Osservatorio Nazionale degli Specializzandi, abbiano in cantiere un lavoro di collaborazione con Paesi poveri. Se la cosa esiste, di questa cosa è ragionevole che tra pediatri si parli.

Ma non si tratta solo di registrare un dato di fatto. La faccenda riguarda davvero i pediatri? Mi pare di sì. La mortalità è quasi tutta dell'età "sotto i cinque anni". Non è una mortalità così per dire. Lì, un bambino, ogni cinque che nascono, muore prima dei cinque anni. Un bambino su venti è marasmatico o edematoso; trenta bambini su cento sono "corti", mal cresciuti; quaranta bambini su cento sono analfabeti; cento bambini su cento sono ad alto rischio di morire. Allora è un problema pediatrico "globale". Perché il pediatra si occupa "naturalmente" del patto generazionale; e questi non possono lasciarlo indifferente.

Ma chi sono i pediatri che potrebbero vedere in questo problema non solo qualcosa su cui meditare, ma anche qualcosa su cui lavorare? Difficilmente i pediatri in carriera: ma possono farlo i pediatri prima dell'inizio o dopo la fine della loro carriera: specializzandi e pensionati. Ma anche i pediatri che hanno dei doveri per esempio nell'Università.

I veri protagonisti di questa Tavola Rotonda sono cinque specializzandi, che hanno vissuto direttamente o indirettamente questa realtà. E credo di poter dire che questi specializzandi supersfruttati e sottoutilizzati, se passano qualche mese del loro tempo di formazione in quei posti, possono portare a casa qualche cosa che non dimenticheranno nella vita e nella professione.

Luigi Greco In Uganda c'è a Gulu una città ospedaliera costruita su un dispensario comboniano, da Pietro Corti, italiano, e da Lucille Teasdale, canadese, morti entrambi l'anno scorso; una grandiosa iniziativa ospedaliera, la più grande del centro dell'Africa, sostenuta all'80% da donazioni italiane.

In questo ospedale non c'era un pediatra, nonostante il 50% dei casi curati fossero bambini. Pietro Corti ha voluto, prima di morire, sviluppare una nuova 'vera' Pediatria e così un giorno mi sono trovato, nel 2001, davanti a una *Nutrition Unit*, una di queste unità di Riabilitazione Nutrizionale sostenute dall'UNICEF in tutta l'Africa, dove si distribuisce il latte UNICEF, un latte ricostituito con 75 (F75) e con 100 (F100) calorie/100 grammi.

Centodieci bambini in coda tutti i giorni, e tre o quattro muoiono durante la coda.

L'ospedale ha costruito una nuova *Nutrition Unit*. Lì ho organizzato un nuovo intervento di riabilitazione nutrizionale: ho solo messo su una cucina (adesso sono quattro cucine), arruolato una cuoca e le ho chiesto di fare tutti i giorni una grande polenta. Questa polenta è diventata popolare, si chiama *Nutricam* (cibo che salva): una polenta di farina di mais, pesciolini tritati, burro di noccioline e olio.

Oggi, quei centodieci bambini che in un mese crescevano quattrocento grammi con il latte, col *Nutricam* crescono millecento grammi, con il 7,8% di mortalità (era 20%) e con l'88% di guariti (era 55%). A che costo? Nei 16 mesi di osservazione l'UNICEF ha speso 32.370 euro per il latte; e negli stessi mesi, io ho speso, di tasca mia, 2648 euro per il *Nutricam*, 5 centesimi a pasto per bambino.

Ma in questo ospedale non c'è solo la malnutrizione, in questo ospedale c'è tutta la Pediatria specialistica. È interessante che lo sappiano gli specializzandi: in sei mesi si fa l'esperienza di cinque anni di specializzazione.

E questa è l'ultima nuova avventura. Si parte dal nuovo edificio costruito per la Pediatria, con fondi degli Stati-Nazioni Uniti, un edificio a un piano. Ma con i risparmi di gestione, facendo i lavori in gestione diretta da parte di Elio Croce, è stato possibile fare un secondo piano non previsto. Al primo piano c'è la più bella Pediatria dell'Africa, e con il risparmio, in dieci mesi, è stato messo su un vasto *Teaching Department*. In Pediatria ci sono diciotto box, ce n'è uno per i linfomi, ci sono neonatologia, pneumatologia, ematologia, infezioni ecc. Siamo pronti a sviluppare professionalmente, con l'aiuto di ciascuno di voi, una Pediatria vera, ed è il prossimo sogno: aule, laboratori, uffici. È lo spazio ove sviluppare una nuova Facoltà di Medicina dell'Università di Gulu, ci sono già una biblioteca e un'aula multimediale; c'è il consenso del Governo. Io spero che il 5 ottobre si parta: Facoltà di Medicina a Gu-



St. Mary's
Hospital - Lacor

lu, mediante una collaborazione didattica con l'Università di Napoli (Progetto GULUNAP).

Sonia Buonanoni Nel 2002, durante il mio secondo anno di specialità, ho avuto l'opportunità di fare tre mesi di formazione presso l'ospedale infantile Manuel de Jesus Rivera, a Managua, la capitale del Nicaragua.

L'ospedale, la Mascota, comprende numerose divisioni. Due di queste, l'onco-ematologia e la nefrologia, sono sede di un progetto collaborativo con l'Università di Milano. Senza dubbio sono due centri molto privilegiati: qui non manca niente, negli altri reparti manca tutto, dalla soluzione fisiologica per diluire i farmaci ai farmaci, ai telini dove stendere i bambini; e si è costretti a chiedere ai genitori di comprare presso le farmacie esterne le terapie. Ho deciso di cominciare da uno di questi reparti "sfortunati": il Pronto Soccorso.

L'attività di Pronto Soccorso è un'attività convulsa. Ci sono una media di 100-150 prestazioni al giorno, e l'attività clinica è sostanzialmente sostenuta dai medici specializzandi e dagli interni, con turni di 36 ore effettive di lavoro. I medici strutturati sono presenti solo fino a mezzogiorno.

Dopo il tirocinio di iniziazione in Pronto Soccorso, sono stata nel dipartimento di nefrologia. Tutta un'altra cosa. Ma sia in Pronto Soccorso che in nefrologia, il tempo di formazione mi è stato prezioso. In un Paese a risorse limitate è necessario "rifarsi alle basi", alla fisiopatologia, ai principi primi, a quelle cose che in un Paese come il nostro vengono sostituite dal ricorso a indagini strumentali di laboratorio.

Ormai siamo in 12, gli specializzandi, che son venuti qui, dal 1986 a oggi, una metà da Monza e una metà da altri ospedali.

Roberto Chiesa Sono uno specializzando del terzo anno della scuola di Monza. La mia esperienza si è svolta in Bolivia.

Sono quattordici i Paesi dell'America Latina, con i quali il professor Maserà ha organizzato una collaborazione, fatta di presenza italiana, di finanziamenti mirati, di stages, di formazione oncologica per i pediatri centro-americani e di incontri periodici. Sono stato tre mesi in questo ospedale, nella città di Potusi, a 4400 metri sul mare, città famosa per le miniere d'argento, grazie a un progetto sostenuto dal Ministero degli Esteri e dalla Clinica Pediatrica di Monza, per il riepurgamento, la gestione, la formazione dei medici e degli infermieri locali, dell'ospedale Daniel Braccamonte.

A Potosi c'è un'infanzia negata: c'è lo sfruttamento minorile nelle miniere, dove, in condizioni disumane, i bambini lavorano e muoiono, mentre le bambine finiscono sulla strada. Il progetto riguarda anche l'organizzazione di corsi professionali (a Potosi c'è l'argento ma non ci sono argentieri e non esiste un artigianato). Questo progetto è una filiazione del progetto di ricerca e di collaborazione emato-oncologica tra l'ospedale di Monza e i tre centri boliviani, nei quali converge la maggior parte dei bambini leucemici, che vengono curati seguendo protocolli elaborati in modo da poter essere attuabili in loco.

Tania Gerarduzzi lo vi parlerò di una cosa molto diversa: l'Osservatorio Nazionale Medici Specializ-

zandi in Pediatria. I luoghi d'incontro ci sono già: il Congresso Nazionale della SIP, le giornate di Pediatria Giovane di Napoli, queste stesse giornate di *Medico e Bambino*, che tradizionalmente dedicano uno spazio ai risultati della ricerca fatta dagli specializzandi, e anche le pagine elettroniche di *Medico e Bambino* e di *Prospettive in Pediatria*.

L'obiettivo dell'Osservatorio è quello di favorire l'incontro e lo scambio tra le scuole di specialità, di tenere un registro delle attività formative delle varie scuole e di verificarne i risultati.

Una di queste è la strutturazione di periodi di formazione e di lavoro nelle Pediatrie dei Paesi poveri. È anche per questo motivo che sono entrata in questa Tavola Rotonda (l'altro è che sto per partire anch'io per l'Angola), cioè perché faccio parte di questo specifico gruppo di lavoro. Stiamo lavorando per individuare i progetti in corso nelle diverse scuole di specialità, e anche singole iniziative personali dei pediatri in formazione. Molte scuole hanno aperto le porte a questo tipo di formazione; in altre ha prevalso la difficoltà materiale di muoversi tra vincoli burocratici, problemi assicurativi, responsabilità concernenti la sicurezza personale. Il gruppo cerca di individuare le difficoltà reali, di superarle, di definire i prerequisiti di base per ogni nuova esperienza, di valutarla. Quanto prima metteremo on-line il risultato di questa prima indagine, perché sia disponibile a tutti un elenco dei progetti in corso, il nome dei referenti, la possibilità di contattarli, di promuovere alleanze, di consentire la partecipazione a progetti nati in sedi diverse da quella di appartenenza, di creare, se possibile, una rete di specializzandi disponibile a un progetto multicentrico.

In fondo, per ora, anche dal racconto di Sonia, da Monza, come d'altronde anche da Trieste, il numero degli specializzandi che hanno potuto fare questa esperienza rimane molto piccolo; questo impedisce di garantire, nei luoghi della cooperazione, una presenza continuativa, quasi indispensabile perché il progetto assuma una sua personalità, perché lo scambio culturale abbia una direzione e un progresso: dove c'è continuità si forma cultura, possono più facilmente arrivare fondi finalizzati, e i fondi, a loro volta, possono facilitare la continuità.

Rosaria Fausti L'esperienza di cui vi voglio parlare nasce in Burkina-Faso, un Paese dell'Africa sahariana, caratterizzato da clima secco durante quasi tutto l'anno. Il Burkina-Faso ha una popolazione di dodici milioni di abitanti. Secondo l'indice di sviluppo umano, che tiene in considerazione l'istruzione, l'aspettativa di vita e il PIL, è il terzo ultimo Paese del mondo. Ha un tasso di crescita annuale del 2,9% e una mortalità entro i cinque anni tra le più alte dell'Africa. La prevalenza di sieropositività dell'HIV è 4,8%. I bambini HIV positivi presenti in Burkina-Faso sono stimati a 20.000, di cui solo 39 in terapia antiretrovirale. Nel marzo del 2002 è stato siglato un accordo di collaborazione tra l'Università di Brescia e l'Università Wuagadudu. Il terzo membro di questo progetto è Medicus Italia, una ONG che ha la sede a Brescia. Lo scopo primario è quello di supportare tecnicamente le strutture dei Camilliani a Wuagà nella gestione della terapia antiretrovirale. Questo progetto vede come attori diretti gli specializzandi della Clinica delle Malattie Infettive tropicali. Io ho partecipato a que-





sto progetto in avanscoperta per la componente pediatrica del progetto. Il luogo è l'ospedale San Camillo, dove c'è un dipartimento materno-infantile, un laboratorio, un day hospital pediatrico, una patologia neonatale, l'unica patologia neonatale del Burkina-Faso (patologia neonatale per modo di dire; non esistono né un respiratore né un rifornimento di ossigeno).

Il progetto ha come fine diretto l'interruzione della trasmissione verticale dell'HIV, ma solo il 18% delle donne seguite durante la gravidanza hanno accettato di fare il test dell'HIV. Non sorprende, perché la sieropositività, per una donna, vuol dire essere cancellata dalla famiglia. Allora, la donna sieropositiva e il suo bambino devono essere adottati dal progetto, un progetto che è anche un sogno. Garantire le cure, alla madre e al figlio, è l'unico modo per incrementare l'accettazione del test. Ma questo non può prescindere dal trattamento dei sieropositivi, e il trattamento non può prescindere da un trasferimento di competenze, da noi al personale medico e infermieristico locale. Un'impresa. Ma qualcuno deve pur cominciare.



Eleonora Biasotto Io sono stata in Angola nell'ambito di una cooperazione tra la scuola di Trieste e la Obra da Divina Providencia. Ci sono andata più per un bisogno personale che per la mia preparazione di medico. E così ho vissuto l'Africa, ricevendo molto più di quanto io abbia dato. Sono partita nell'ambito di un progetto formativo della scuola di Trieste che prevede la possibilità, per lo specializzando, di arricchire il suo percorso confrontandosi con realtà diverse, dagli Stati Uniti all'Inghilterra, al Brasile, all'Africa. Sono stata la terza specializzanda (una quarta sta per partire) che ha scelto di lavorare in un ospedale africano. Lo Hospital da Divina Providencia nasce attorno a un reparto pediatrico; nel reparto c'è un piccolo centro per malnutriti. L'ospedale, a sua volta, è al centro di 4 posti di salute, per una popolazione di circa 300.000 abitanti, con accanto un complesso scolastico per circa 2000 bambini (tutto nato, per così dire, dalla Divina Providencia). Io avrei dovuto occuparmi principalmente della malnutrizione: ma ho cercato di fare quello che mi è stato detto alla partenza: «Tu devi ricordare che quello non è il tuo mondo, non è la tua cultura; che devi fare il medico tenendo conto della loro realtà, del loro modo di essere, senza imporre il tuo modo, la tua verità». E ho cercato di fare così. Mi sono affiancata al medico angolano (una donna); mi hanno chiesto di dare una mano, nel reparto generale, nell'ambulatorio esterno, nel laboratorio e poi nella consulta della tubercolosi. Così mi sono immersa nella vita dell'ospedale.

Ma le cose di cui sono più orgogliosa sono le "palestre", che è un modo, non so se portoghese o angolano, per dire "lezione e discussione". Le "palestre", con le mamme e con gli infermieri. Il rapporto coi medici mi è costato più fatica, ma quello con le mamme e con gli infermieri è stata una delle cose più belle, perché sentivo vivissimo il loro bisogno di crescere e di sapere.

Fare "palestra" non significa che io insegnassi. Io apprendevo da loro e loro apprendevano da me. Era uno scambio, io portavo quello che potevo, loro mi davano quello che potevano, e così siamo cresciuti, tutti e insieme, o almeno così ho sentito.



b) Gli interventi della sala

Alessandro Ventura Riconosco in Luigi Greco la persona che davvero lavora per il bene degli altri e che lo fa volendo il loro bene. La sua esperienza è eccezionale, anche per le dimensioni e i risultati. Ma anche se la moltiplicassimo per 100.000 non cambieremmo l'Africa. E se anche è vero che la sua esperienza potrebbe essere pubblicata gloriosamente su *Gastroenterology*, resta un'esperienza che dimostra solo che, dando da mangiare bene, con cura e con amore a delle persone, queste crescono di peso.

Ma se non avremo cambiato la cultura, la guerra, la corruzione, la povertà, l'analfabetismo, la sovrapproduzione, la distribuzione dell'acqua e del saper leggere, i soldi che avremo spesi in Africa saranno stati spesi comunque male. Più di qualche specializzando ha sottolineato, e mi è parsa una delle cose belle che hanno detto, la volontà di non andare a insegnare, ma a capire quali sono i bisogni.

Ok, allora facciamolo in maniera professionale. Se le Scuole di Specialità coordinate riusciranno a fare un Progetto, in un Paese soltanto ma che sia un Progetto che parte dall'analisi dei bisogni, dalla priorità degli interventi, dalla razionalizzazione della spesa e dal controllo dei risultati globali, saranno stati soldi spesi bene. E io mi arruolo.

Ma dobbiamo stare attenti anche a non fare del male.

È difficile decidere che potrebbe esser meglio non far niente: ma non si possono nemmeno ignorare i rischi che la bellezza dell'intervento non basta a giustificare.

Luigi D. Notarangelo Dobbiamo dire grazie a questi giovani che hanno fatto delle scelte che ci costringono a sperare. Credo anche che dovremmo avere, tutti quelli che hanno responsabilità di una Scuola di Specializzazione, l'umiltà di non considerare la nostra esperienza come l'unica possibile: e di vedere, condivido quello che ha detto Ventura, se insieme siamo in grado di far funzionare bene un bel Progetto piuttosto che far funzionare male dieci Progetti. Mi piacerebbe che l'Osservatorio degli Specializzandi tenesse d'occhio anche gli aspetti non medici di ogni intervento. Dobbiamo saperlo: senza l'acqua sicura, senza un minimo di infrastrutture il nostro intervento potrà essere umanitario, potrà anche esser sentito come doveroso, ma non cambierà la sostanza delle cose.

Intervento 3 (ci scusiamo di non aver saputo decifrare il nome) Io sono stata a lavorare in Tanzania un anno e, nel male o nel bene, nel grande e nel piccolo, non ho percepito che il mio intervento abbia comunque modificato qualche cosa. Quello a cui, secondo me, bisognerebbe puntare è la formazione delle persone del posto. Per questo occorre, come è stato detto, continuità. Noi non possiamo pensare di andare lì, per poi andarcene e pretendere che quello che abbiamo fatto abbia cambiato qualcosa. È stata semplicemente una meteora, una stella cometa, anzi una stella cadente.

Intervento 4 (anche qui ci scusiamo di non aver saputo decifrare l'autore dell'intervento) Anch'io sono andato in Africa nel 1973. Ho vissuto in mez-



zo alla foresta, non in uno ospedale; non c'erano bianchi, non c'erano medici. Per quello che ho capito, credo che non si debba pretendere di cambiare proprio niente. Credo che andare in Africa sia un'esperienza personale molto importante, un'esperienza che riporta in Occidente, a casa nostra, a noi stessi, una ricchezza professionale e umana che poi si trasmetterà alle persone con cui si verrà in contatto, nel lavoro o nella vita.

Giorgio Longo Io credo che la grande domanda che attende ancora una risposta sia quella di Ventura: siamo sicuri che non facciamo del male? Siete sicuri, voi che siete stati là, di poter rispondere: no, non abbiamo fatto del male?

Massimo Fontana Io devo dire, invece, che le cose che ho sentito mi hanno confortato. Ogni lavoro in direzione della pace mi sembra positivo. Ogni atto contro mi sembra negativo. Tra le lettere di *Lancet*, che leggevo in treno venendo qui, c'era quella di un medico iraniano che segnala come gli Stati Uniti abbiano vietato a tutte le riviste scientifiche di fare l'editing, cioè la correzione dei lavori provenienti dall'Iran, da Cuba, da tutti gli "stati canaglia". Cioè che è vietato aiutare questi Paesi, anche solo correggendo il testo inglese di una pubblicazione scientifica. Se dare aiuto è solo un atto simbolico, è un atto simbolico anche questo di negarlo: e io penso che il primo sia meglio del secondo; e che noi italiani potremmo ufficialmente proporci per fare gratuitamente l'editing dei lavori di ricerca svolti negli stati messi all'indice.

Federico Marchetti Avrei voluto dire molte delle cose già dette. Dirò invece solo che l'Università italiana deve stare attenta a non porsi degli obiettivi che non le competono e che non sarebbe in grado di raggiungere. Il suo compito primario è quello della formazione; e per la formazione dello specializzando e anche dello studente, allargare il campo dell'esperienza ai Paesi non sviluppati può avere un senso. Se però si vuole andare oltre, non si può presumere di farlo senza connettersi con le persone che di cooperazione si occupano da anni, con una capacità integrativa e con obiettivi che sono diversi da quelli del cambiamento, ma che hanno a che fare con integrazione, formazione e cultura.

Intervento 8 Credo anch'io di potermi identificare con quello che è stato detto circa il senso della nostra presenza, sul volere e sul poter cambiare. Quello che cambia, andando là, siamo noi. E questo cambiamento finisce, però, anche per cambiare i rapporti di forza e i rapporti di potere. Le cose cambiano inevitabilmente; il cambiamento delle cose avviene attraverso il cambiamento delle persone, e questo cambiamento non si presta a essere misurato. Ma alla fine anche questa enorme disparità tra il mondo ricco e il mondo povero, in qualche modo, dovrà cambiare.

c) Le risposte

Luigi Greco Anch'io pensavo, come Ventura, che l'Africa è un colabrodo, che è inutile mettersi a lavorare lì, ma ho osservato, durante una conferenza di mio fratello Donato, come la prevalenza dell'in-

fezione da HIV tra le donne gravide dell'Uganda (di tutta l'Uganda, non di un villaggio) sia passata dal 28% al 12%, per l'azione del Governo assieme alla squadra dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma. Dunque c'è un'altra esperienza che testimonia che è possibile operare. Ora siamo impegnati nella formazione, di Africani ma anche, e con speranza, di specializzandi italiani.

È per questa ragione che ritengo un onore, per noi professori universitari, essere ospitati in questa Tavola Rotonda di specializzandi, che fanno quello che noi avremmo dovuto fare.

Avremmo dovuto farlo da molti anni.

Ma cos'è questo timore di far male ai Paesi in via di sviluppo? Noi facciamo male tutti i giorni all'Africa. Portiamo le armi, portiamo il casino, portiamo le mine, compriamo e vendiamo, facciamo le donazioni del riso che produciamo in eccesso a Paesi che lo producono, e quando il riso arriva manda in malora i contadini.

La cooperazione italiana, di tremilaseicento miliardi circa ne spende milleduecento per "cooperare" in Iraq. Ottocento per "cooperare" in Jugoslavia, seicento miliardi per "cooperare" in Palestina. *Pace keeping*, la chiamano. Questo spostamento dei finanziamenti ha portato alla distruzione di una squadra di straordinari tecnici. Noi eravamo il quinto Paese del mondo per cooperazione; adesso ci restano assai scarse possibilità di fare.

Forse è così: ma se uno scopre dentro di sé il bisogno, il bisogno dello specializzando di confrontarsi, il bisogno del professionista di costruire in una realtà diversa, il bisogno di ascoltare, allora questa storia dell'Africa nasce da sé, naturalmente. E non credo possa far male a nessuno.

Sì, si potrebbe costruire qualcosa assieme, un grande Progetto, come hanno detto Ventura e Notarangelo. Ma è più facile e più semplice che ci si incontri, ciascuno col suo progettino reale a disposizione di tutti, nell'Osservatorio degli Specializzandi. È difficile pensarci inquadrati in un progetto unitario. Non sarà così. Ci sono ormai delle storie. Io sto mettendo su una Facoltà in Uganda, non credo che posso chiudere e andare in Burkina-Faso. E Notarangelo non potrà lasciare il progetto in Burkina-Faso. Ma la polenta del *Nutricam* la possiamo fare in tutti i Paesi, con i prodotti locali. Sarebbe già un filo che ci unisce.

Si è detto che il nostro intervento non cambia le cose. Ma Maserà ha introdotto la chemioterapia in tredici Paesi, non poco. Sereni ha portato la nefrologia in Nicaragua. Noi portiamo un po' di polenta nutritiva nei Paesi dell'Africa. Ci sono cose che ci possono impegnare come società, come gruppo, cose da condividere, invece di guardarci strano, e di scrivere, sulla nostra rivista del cuore, "statevene a casa". Sarebbe questa la soluzione?

Roberto Chiesa Un commento sul coinvolgimento dell'Università. Alla facoltà di Milano-Bicocca, tutti, a cominciare dagli studenti, hanno apprezzato il coinvolgimento diretto del Rettore che si è arrampicato a 4500 metri a firmare la convenzione con l'Università potusina. Forse questo non rientra nei compiti istituzionali dell'Università. Ma da quando chiudersi nei propri compiti istituzionali rappresenta un progresso? E quella firma ha comportato solo delle ricadute positive, anche nell'interno della stessa Facoltà di Milano.





Sonia Buonanoni Anch'io avrei avuto dei risultati, i risultati di quello che è stato fatto in tanti anni di cooperazione; dati che permettano di dire oggettivamente che non è stato fatto del male, che è stato fatto del bene. Ci si può chiedere se effettivamente la sanità sia il problema prioritario, o se l'oncologia pediatrica possa essere prioritaria all'interno della sanità. Ma un intervento specifico, sorretto da una competenza precisa, che porta al trasferimento di competenze, anche se non è prioritario non per questo deve essere considerato sterile, e tanto meno pericoloso. Tutto non si può fare. E ciascuno fa quello che sa fare.

Eleonora Biasotto Sono convinta che non serve andare in Africa per aiutarla, possiamo farlo anche da qui, cercando di cambiare l'Occidente. Ma andare in Africa aiuta a capire quello che c'è da fare: anche solo ottimizzare i consumi, fare in modo che i nostri sprechi non cadano sulle spalle dei Paesi poveri. Andare fuori ci serve anche a riconoscere le malattie della nostra società.

Tania Gerarduzzi lo dico, a tutti: grazie. Ci avete dato dei suggerimenti, ci avete fatto pensare. Sento dell'entusiasmo; vi prometto che non lo tradiremo e vi prego di non tradirci. Faremo grandi cose. Grazie, grazie.

Rosaria Fausti La faccenda "faccio bene/faccio male" è il grande dilemma: quando ci si trova in questi Paesi si ha sempre la paura di squilibrare un sistema. Che un bambino muoia a due anni può essere normale e magari è bene così. Ma la paura di fare un danno non deve paralizzare. Se l'intervento possibile è giusto, ancora prima di essere intelligente, è un intervento doveroso. E sarà anche un dovere mettere l'intelligenza a sostegno della giustizia.

Luigi Greco Mi sono scordato una cosa importante. Certo, c'è dell'altro, qualcosa che è fuori dalla sanità. Io faccio le bottiglie e so conservare i pomodori: e ho fatto una macchinetta per fare le bottiglie e per conservare i pomodori e adesso i miei amici ugandesi possono conservare i loro pomodori. I missionari dell'Angola di Eleonora Biasotto insegnano a 2000 scolari. A Potosi insegnano a fare gli argentieri. Nel nord dell'Uganda c'è una guerra da 19 anni: il 31 maggio ci va il messo, il Papa, il Cardinale Martini. In Africa c'è bisogno di giustizia e pace. La comunità di Sant'Egidio va a incontrare i capi dei guerriglieri: nessuno lo ha fatto in 19 anni. Non siamo soli. Le iniziative di salute, che sono poi le sole che noi medici possiamo prendere, sono legate a strutture o ospedali che già ci sono, e hanno una ricaduta incredibile sulla struttura sociale e sullo sviluppo.

Il 30% dello sviluppo è legato alla salute. La malattia impedisce lo sviluppo. L'investimento in salute non è irrilevante. L'acqua pulita è importante ma anche evitare una malaria cerebrale; e il danno residuo è importante per quella persona e anche per quella società.

Franco Panizon È stato detto tutto. Ciascuno sa che non esistono interventi indolori: anche salvare vite potrebbe essere considerato una "trappola ecologica". Andare per formarsi, per migliorare se stessi, per portare a casa qualcosa di buono è un fine non ignobile e potrebbe essere considerato il fine primario per il progetto didattico di uno scambio di specialità. Nell'idea stessa di "formazione" c'è sentire la responsabilità personale, la responsabilità di un compito. E il compito è semplice e innocente: portare, materialmente, salute (non sarà una goccia tanto più piccola di quella che potrebbe essere versata quassù, nello stesso tempo, dalle stesse persone) ed essere il tramite di uno scambio di cultura (anche paritetico). Non esportiamo felicità, ma solo conoscenze e, semmai, bisogni. Ma tra i bisogni che portiamo (e che nello stesso tempo importiamo) c'è il bisogno di giustizia. Questo l'Occidente lo deve ai Paesi poveri: la percezione del bisogno di giustizia. Un bisogno che nasce dal basso, che cresce nel rapporto con gli infermieri, con le mamme, anche nel rapporto con i medici, con tutte le difficoltà dei rapporti con i medici.

In cambio di quello che esportiamo, oltre al bisogno/dovere di giustizia, possiamo importare consapevolezza, di cosa sia essenziale e cosa superfluo, nella medicina e nella vita, conoscenza delle persone, e delle loro grandi qualità potenziali, umiltà, conoscenze esistenziali.

Parole rubate

La via della rovina

Una fede della mia fanciullezza ho conservato, certo di non perderla mai: la fede nella verità. Sono fiducioso che lo spirito generato dalla verità è più potente della forza delle circostanze. A mio avviso nessun altro destino attende l'umanità se non quello che, attraverso la sua disposizione mentale e spirituale, essa prepara a se stessa. Perciò non credo che essa debba percorrere proprio fino in fondo la via che conduce alla rovina.

Albert Schweitzer

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Bologna, 15-16 aprile 2005 - Hotel Sheraton

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Il Comitato editoriale di *Medico e Bambino*

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
QUICKLINE sas
via S. Caterina 3, - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590
Cell. 335 7773507 e-mail: congressi@quickline.it

