

IL MONDO CAPOVOLTO

«La vita non è quella che dovrebbe essere, è quella che è. È il modo in cui l'affronti che crea la differenza». Con queste parole di Virginia Sotis, Giacomo Panizza apriva un anno fa, a Lamezia Terme (CZ) presso la sua Comunità "Progetto Sud", la conferenza europea dedicata al coinvolgimento delle persone con disabilità e delle loro famiglie nella programmazione e nella gestione dei servizi sociali. La metafora di "Un mondo capovolto" dava il titolo alla conferenza, come invito a pensare al rovescio il pianeta disabilità. Un ripensamento non solo auspicabile ma che si tenta già di praticare con il coinvolgimento, comunque e ovunque possibile, delle persone con disabilità e delle loro famiglie che ne risvegli desideri, potenzialità, progettualità.

Tutto questo, ma altro ancora, si apprende dall'ascolto diretto di coloro che, vivendo una condizione di disagio, sono impegnati affinché il mondo "normale" abbia una percezione corretta e rispettosa della loro dignità.

Dal modello medico a quello sociale

Pensare al rovescio il mondo dei servizi significa riformulare modelli e finalità. «Pensare alle persone con disabilità non come persone da guarire ma come cittadini che fanno le cose in modo diverso (usare la carrozzina, la barra Braille, il display o il linguaggio dei segni) significa riconsiderare i loro bisogni e i limiti delle attuali risposte, prevalentemente o soltanto sanitarie» sostiene Giampiero Griffo, presidente della *Disabled People's International*. E continua: «Nella mia regione, la Campania, ancora oggi si spendono 250 milioni di euro per i servizi di riabilitazione medica ma solo 15 milioni per i servizi di pari opportunità».

Di fatto, il modello medico ha indotto, nel tempo, una competenza sanitaria e assistenziale quasi esclusiva della disabilità, da trattare in luoghi "speciali" (sanitari), da operatori sanitari, rafforzando preconcetti nel comune sentire. Proprio il superamento di tale modello è stato uno degli obiettivi dell'Anno Europeo (2003) delle persone con disabilità. E ancor prima, nel 1993, le Regole Standard dell'ONU danno indicazioni agli Stati aderenti per la costruzione di "società inclusive", ponendo come obiettivi i diritti e non la sola cura/riabilitazione comunque da orientare al rafforzamento delle capacità (*empowerment*). «Non è possibile in molti casi migliorare notevolmente le condizioni cliniche dei ragazzi disabili, ma è possibile assicurare loro e alle famiglie una vita più "semplice" e un rispetto maggiore per la loro sofferenza», scrivono L. Barruffo e collaboratori nella ricerca pubblicata sulle pagine elettroniche di M&B di questo numero (www.medicoebambino.com; in sintesi a pag. 121). Dal 1992, con la legge n°104 anche nel nostro Paese il modello sociale dovrebbe regolare i servizi destinati al superamento dello svantaggio nell'occupazione, nella vita di relazione, nella scuola. I piani educativi personalizzati dovrebbero garantire la partecipazione attiva. Ma questo è garantito e la vita continua a essere quella che è, non quella che dovrebbe essere.

Racconta la signora Ivana: «Sono mamma di un bambino Down di nove anni che frequenta la terza elementare; quando torna a casa, mi dice: sai, mamma, cosa ho fatto oggi? Ho solo dormito e fatto pipì».

Capovolgere le cose, intendendosi sulle parole

Menomazione, disabilità, handicap sono comunemente utilizzati come sinonimi per indicare una condizione di disagio, indipendentemente dalla sua natura ed entità. Ma è proprio la sua rappresentazione collettiva a orientare e condizionare l'assistenza, spesso concepita senza un punto di riferimento teorico e basata su una scorretta lettura che si traduce in un assistenzialismo che mortifica il diritto. La monetizzazione (le pensioni d'invalidità, le esenzioni economiche per indagini diagnostiche e terapie) ha rappresentato per molto tempo l'unica risposta collettiva (sociale).

Alla necessità di un linguaggio standard e di un comune modello di riferimento per la descrizione delle funzioni e delle disabilità, risponde la Classificazione Internazionale delle funzionalità (ICF-OMS, 2000), utilizzata in numerosi Paesi europei e nordamericani ma poco conosciuta in Italia, descritta nei dettagli in questo numero (pag. 104).

Essa supera le cause (ICD-10), riferendosi alle funzioni, alle attività e alla partecipazione sociale delle persone. Analizza e classifica gli effetti delle malattie che dovrebbero essere i principali obiettivi dell'assistenza. Aiuta a distinguere fra menomazione (anormalità o perdite di strutture o funzioni corporee), disabilità (limitata capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali) e handicap (svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità), che non è un inutile esercizio semantico, ma la premessa per una migliore comprensione dei bisogni e delle soluzioni possibili.

Per chi si trova in una condizione di disagio fisico o psichico non è tanto preminente conoscere quale sia la sua malattia, quanto invece le limitazioni alle sue normali attività e alla sua vita di relazione che ne derivano. Sono queste conseguenze a condizionare le richieste ai servizi socio-sanitari. La loro qualità dipenderà dalla capacità di cogliere tali bisogni e di soddisfarli adeguatamente, ponendo la diagnosi come punto di partenza per l'organizzazione dell'assistenza alla persona. Considerare anzitutto le limitazioni alle attività quotidiane (la cura di sé, l'indipendenza dagli altri) e alla partecipazione sociale (la frequenza scolastica, l'attività lavorativa ecc.) è il primo passo da compiere per pensare la disabilità come diversità.

Ripensare in quest'ottica la presa in carico dei bambini con disabilità e delle loro famiglie significa saper andare oltre le risposte cliniche, spesso rappresentate da lunghi anni di terapia riabilitativa di scarsa efficacia. Significa ascoltare i problemi quotidiani di questi bambini attraverso la voce dei loro genitori. Come quelli di Napoli che indicano nelle barriere architettoniche, nel trasporto scolastico, nell'elevato turnover degli insegnanti di sostegno, nei rapporti spesso formali con tutto lo staff della scuola, nella scarsa rete di relazioni sociali e nel tempo libero, i principali problemi. «È la famiglia che si fa carico di tutto, dalla scuola alle pratiche burocratiche, dal tempo libero alle vacanze; è la stessa famiglia che vorrebbe più sostegno e informazioni per il presente e maggiori assicurazioni per il futuro» (Barruffo L, et al.). Nel Veneto, le famiglie sono prese in carico ma non si sentono prese in carico; spesso vicariano funzioni e attività altrimenti inavase e la madre diventa infermiera a tempo pieno per il proprio figlio (P. Facchin, "Sirmione 14", novembre 2003).

Editoriali

La centralità del bambino e della sua famiglia

Attualmente è il bambino/paziente a collegare i servizi dei quali ha bisogno e non il contrario; la famiglia non è considerata come risorsa assistenziale da coinvolgere e valorizzare; vi è ancora una personalizzazione della responsabilità dell'assistenza piuttosto che di sistema.

Ripensare la presa in carico deve allora significare il coinvolgimento attivo dei genitori, condividendo con loro alcune scelte assistenziali, prendendosi cura del bambino e di tutta la famiglia (sostenendo chi sostiene), facilitandone la permanenza nel proprio ambiente, stimolando l'autonomia nella gestione della malattia (non delegandone la cura) (M. Farneti, Le reti curanti, "Sirmione 14", novembre 2003).

Centralità della famiglia, attenzione alla sofferenza, percorsi assistenziali unici e dinamici, più figure professionali coinvolte, sono le prerogative di una tale riorganizzazione dell'assistenza. Aspetti non semplici da realizzare per difficoltà di ordine generale (la penalizzazione delle politiche sociali e degli "improduttivi" servizi socio-sanitari) ma anche per le "naturali" resistenze all'interno degli attuali servizi.

Accanto a ciò, servirebbe un mutamento culturale. Scrive B. Sacher: "Il pediatra sembra la persona più adatta a fornire una guida costante a queste famiglie, ma per questo ha bisogno di una maggiore preparazione specifica sia in termini sanitari, sia in termini legali, sia in termini psicologici" (*Medico e Bambino*, 2004;23(8):492-8).

L'organizzazione è fondamentale, serve certamente formazione, ma sono anche necessari sensibilità e impegno individuali. Essere flessibili, competenti (saper fare), umili (accettare i propri limiti), curiosi (lavorare con gli altri), forti (alla sofferenza), empatici, attivi (ricercare il malato che è sparito), discreti (entrare in punta di piedi nelle cure). Tutte prerogative che fanno essere medici.

Giuseppe La Gamba

Servizio di Neonatologia, Ospedale Pugliese, Catanzaro

THE SEVEN PILLARS OF WISDOM

Il lavoro di Bortolus e Mastroiacovo, pubblicato in questo numero (pag. 111-114), ripropone il tema della prevenzione, di quanto può essere fatto con comportamenti individuali, con politiche pubbliche e con interventi sanitari per prevenire le malattie. La prevenzione funziona, anzi funziona benissimo, anche se spesso all'insaputa dei medici, o indipendentemente dalla volontà di governanti e singoli cittadini. In Europa il miglioramento delle condizioni di vita dei poveri, soprattutto in termini di accesso ad abitazioni sane, acqua potabile, cibo ed educazione, hanno ridotto in modo sostenuto e continuo la mortalità infantile durante le prime cinque decadi del XX secolo, e lo stesso è accaduto in Paesi in via di sviluppo soprattutto nelle decadi tra il 1960 e il 1980. Questi sono gli interventi e le politiche che riescono a proteggere i grandi capitali, quelli umani, che ne dicano i fanatici delle "child survival interventions", buone a garantire, in assenza di salde politiche sociali, solo gli spiccioli di questo capitale, e in maniera effimera.

Per certi versi anche noi, privilegiati di quella parte del

Nord del mondo che è riuscita a salvaguardare la civiltà del welfare, quando parliamo di prevenzione ci occupiamo in fondo di spiccioli, quasi di ricami in un contesto di mortalità infantile molto bassa (4,5 per mille nel 2001 in Italia e in Europa). E tuttavia il peso di questi spiccioli diventa insostenibile quando si traduce anche in ogni singola vita persa o resa penosa da qualche circostanza evitabile. Inoltre, questi spiccioli si traducono in gruzzoli consistenti quando si considerano gli effetti a lungo termine (per esempio di una dieta inadeguata o di esposizioni ambientali dannose o inadeguate, sia sotto il profilo relazionale che cognitivo che biotossicologico).

Dunque, prevenzione. Non c'è piano sanitario nazionale o regionale che non ribadisca prima di tutto il concetto che prevenire è meglio che curare, che non indichi le aree dove si può operare in modo efficace, e i mali che possono essere risparmiati per l'oggi e per il domani. Esistono nella maggior parte delle ASL (anche se è di pochi giorni fa la notizia che da qualche parte li si vuole abolire) i dipartimenti per la prevenzione. La cultura pediatrica, che nasce affiliata alla puericultura, ne è permeata, per così dire, istituzionalmente.

Eppure siamo ancora così indietro, sia nelle politiche pubbliche che nei comportamenti individuali che negli interventi sanitari, da dover constatare ancora una copertura media inferiore al 10% dell'assunzione dell'acido folico in epoca preconcezionale. Perché? Oltre ad alcuni motivi tecnici inerenti alla strategia di supplementazione in sé, non c'è dubbio che la prevenzione non fa titolo, paga poco politicamente, ed è, in un certo senso, poco visibile. Funzionerebbe certamente meglio se il male fosse più vicino, se si trattasse ad esempio di evitare un campo minato dove le mine fossero a vista. Esiste poi, e va salvaguardato, il principio dell'autonomia, per cui il paziente ha diritto alla scelta, anche contro il suo interesse. Certo questo diritto trova una giusta limitazione laddove qualcun altro deve pagare il conto, sanitario o economico, come nel caso del fumo. Questo conto "pubblico" in realtà c'è quasi sempre.

Ma esiste un altro limite al principio dell'autonomia, che è quello che non può essere esercitato da chi autonomo non è. Per esempio i bambini. Il pediatra dunque ha il preciso dovere di proteggere il bambino che il SSN gli affida, anzi che tutta la società, che i genitori gli affidano. Sapendo, facendo, proponendo. Che cosa? Volendo seguire un ordine cronologico, non c'è dubbio che l'acido folico somministrato già quando il concepimento è una possibilità, prima ancora che una realtà, è il primo passo di una prevenzione primaria che parte da lontano. Seguono l'informazione su come evitare i veleni (almeno quelli visibili come il fumo e l'alcol; agli altri, come il piombo e le polveri sottili, ci dovrebbe pensare l'amministratore pubblico), il supporto alla mamma che vuole allattare, la prevenzione della morte in culla, il seggiolino per il trasporto in auto, la lettura ad alta voce. Insomma quell'insieme di semplici interventi per i quali è stato coniato qualche anno fa il termine di "6+1" (*M&B* 2000;19(5):306-9 e <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>) e che costituisce un programma attuato ormai in molte ASL, anche se certo non nella misura generalizzata che l'evidenza vorrebbe (vedi il contributo di

L. Ronfani, pubblicato sulle pagine elettroniche, www.medi-coebambino.com, nella rubrica "Power Point").

Il "6+1" in ogni caso si ferma al primo anno di vita. È senz'altro il caso di guardare un po' più in là. L'uomo è il risultato dell'interazione tra il suo patrimonio genetico e quello che mangia, quello che respira, le relazioni che ha, l'ambiente in cui vive. E dunque occorre integrare questi primi interventi con adeguati comportamenti e interventi riguardo a dieta, attività fisica, prevenzione degli incidenti, della trascuratezza, dell'abuso.

Accade che i pediatri italiani, giustamente fieri di essere tra i pochi in Europa e nel mondo a coprire sistematicamente l'età pediatrica, ad avere in cura il bambino nel suo insieme, non praticano - con molte lodevoli eccezioni - una sistematica opera di informazione e convincimento nei confronti dei genitori su come proteggere e promuovere la salute fisica e mentale. Dovrebbe essere il nostro compito primario, visto il quadro epidemiologico e le cause di mortalità e cattiva salute nell'età pediatrica, o a partire dall'età pediatrica, ma non è ancora così. Va detto che i pediatri non sono stati molto aiutati in questo dalle loro società professionali, né dalle Aziende, compresi i già citati dipartimenti di prevenzione (e sempre con lodevoli eccezioni).

Probabilmente nemmeno la nostra Rivista ha fatto tutto quello che poteva fare per diffondere buone pratiche di prevenzione.

Se fossimo negli Stati Uniti, terra della *litigation* e dei risarcimenti, un buon collegio di avvocati potrebbe facilmente impostare una "class action" (causa collettiva) e dare del filo da torcere ai medici, così come agli amministratori, per non aver fatto quello che l'evidenza dice che andrebbe fatto. Diamoci dunque una mossa, se non altro per difesa professionale.

Se poi qualcuno ritenesse utile allo scopo la presenza e il supporto attivo di una multinazionale, per aiutarci a "piazzare sul mercato" la prevenzione, sappia che questa multinazionale già esiste: è la SPW (*the Seven Pillars of Wisdom*), di cui riportiamo, in assoluta anteprima, la strategia.

Giorgio Tamburlini

THE SEVEN PILLARS OF WISDOM Strategia per un quinquennio		
Peso del problema in termini di mortalità e/o morbosità a breve e lungo termine (la saggezza in teoria)	Area problematica (i sette pilastri)	Potenziale contributo del pediatra alla prevenzione (la saggezza in pratica)
••	1. Malattie infettive	••
••(•)°	2. Salute perinatale	•(•)*
•	3. Sviluppo cognitivo	••
•••	4. Nutrizione	•••
••	5. Incidenti/SIDS	•••
••	6. Sviluppo relazionale	••
•	7. Esposizione a inquinanti	••

° al Sud
* per pediatri operanti a livello ospedaliero

I TEST DIAGNOSTICI PER LE ALLERGIE: ALLA RICERCA DELLA TRASFERIBILITÀ DELLE CONOSCENZE

Le pratiche diagnostiche o terapeutiche, comunemente indicate come "non convenzionali", hanno una larga diffusione in Italia. Ogni medico generalista o specialista ha in carico diversi pazienti che utilizzano procedure diagnostiche e/o terapeutiche che la medicina ritenuta come "ufficiale" conosce poco o non riconosce come utili per il paziente. Anzi spesso le ritiene dannose.

L'assunto della medicina ufficiale per giungere a un giudizio di merito "negativo" sulle pratiche non convenzionali si basa su dei principi che stanno nello stesso codice deontologico dell'Ordine¹: se si vuole rimanere "fedeli" al codice deontologico, i medici devono trattare i pazienti secondo schemi ispirati "ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche"; devono "adeguare le decisioni a dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate"; infine, "sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione clinico-scientifica" (articolo 12 del codice). Sembra semplice ma, di fatto, la resa di queste raccomandazioni rischia di essere bassa per diversi problemi che risiedono nei limiti della medicina ufficiale (di scienza ma anche di coscienza dei medici che la praticano), di cultura scientifica, di relazione tra il bisogno di salute riconosciuto dai medici, spesso diverso da quello percepito dai pazienti. E la medicina ufficiale non è esente da importanti delusioni che riguardano non solo la "non curabilità" di alcune malattie (a fronte di una medicina propagandistica che spesso dice il contrario), ma anche di colpe che risiedono proprio nella applicabilità corretta del metodo sperimentale riconosciuto come universalmente valido (il più valido) per dimostrare l'efficacia di quello che facciamo. Un esempio recente è quello dei farmaci COX-2 inibitori che sono passati al vaglio delle sperimentazioni cliniche controllate ma che sono stati introdotti sul mercato con una fretta straordinariamente colpevole, in quanto vi erano già le informazioni utili per ritenere uno di questi farmaci (il *rofecoxib*) a rischio di gravi incidenti cardiovascolari². Molti pa-

zienti ne hanno pagato le conseguenze. Questo non sconfessa la validità del metodo scientifico (anzi ne riafferma la validità): il problema è quello di avere l'onestà di saperlo applicare, al di fuori di interessi di mercato e secondo le regole che stanno alla base delle sperimentazioni cliniche e delle sorveglianze post marketing^{3,4}. Questa colpa della medicina ufficiale ci fa ritornare alle pratiche mediche non convenzionali. Il rischio che corriamo è quello di trattarle in modo superficiale, in un gran calderone che non distingue ciò di cui siamo certi che è inutile o dannoso¹ da quello che merita di essere ancora conosciuto (vedi, ad esempio, l'agopuntura per specifiche situazioni cliniche). Il rischio ulteriore è quello di non essere sufficientemente documentati e pertanto demagogici nei confronti dei pazienti che si rivolgono alla medicina alternativa (negando a priori, sempre e comunque).

Il "Digest" pubblicato su questo numero di Medi-

Editoriali

co e Bambino (pag. 115) ci offre una possibilità in più, forse una via di uscita documentata, almeno sotto il profilo conoscitivo, su uno specifico problema: la diagnosi di allergia con le procedure non convenzionali. È documentato che la massima densità di procedure mediche "alternative" si ha proprio in allergologia, prevalentemente in campo diagnostico. Ecco un elenco tratto da una recente rassegna⁵: test citotossico, test di provocazione-neutralizzazione (ad esempio DRA test), kinesiologia applicata, test del riflesso cardiaco-auricolare, pulse test, test elettrodermici (Vega test), biorisonanza, analisi del capello.

Il lavoro pubblicato su *Allergy* è essenziale perché non solo nega la documentazione diagnostica di questi test, ma lo fa con un "alto" livello di evidenza. È addirittura sorprendente trovare per alcune procedure delle revisioni sistematiche della letteratura.

Quali le conclusioni? Ogni diagnosi sbagliata ha delle conseguenze. Nello specifico diete "a vita" dannosissime per il paziente. Abbiamo visto tutti noi casi che, per le diete proposte, hanno avuto delle gravi conseguenze, di diverso tipo (nutrizionali, relazionali...). Sappiamo anche che una diagnosi sbagliata può esserci anche utilizzando test diagnostici convenzionali. Ma il problema in questo caso è diverso, in quanto richiama alla capacità di conoscere e saper applicare in modo corretto le procedure diagnostiche formalmente riconosciute, in quanto passate al vaglio delle sperimentazioni cliniche e dell'esperienza clinica ragionevole⁶.

Mantenendo questa dicotomia (forzata a volte) tra medicina ufficiale e convenzionale, possiamo dire che la prima certamente può sbagliare ma è capace di riconoscere i propri errori. Per rimanere all'esempio citato, la multinazionale farmaceutica che produceva il *rofecoxib* ha ritirato il farmaco dal commercio, forse ne pagherà le conseguenze legali per il risarcimento dei pazienti e per gli aspetti di eticità nella conduzione degli studi che ha sponsorizzato. La FDA è oggetto di critiche pesanti che ne rimettono in discussione il ruolo e le funzioni³. Tutto questo non avviene per quelle procedure non convenzionali che non hanno e non potranno mai avere un riconoscimento in termini di efficacia. I test allergologici di cui abbiamo parlato andrebbero ritirati e i danni indotti dovrebbero essere considerati allo stesso modo di quelli che derivano da un agire medico non basato su prove scientifiche dimostrate. Si tratta di un dovere etico. Un invito pertanto a chi si sta occupando del disegno di legge per le medicine non convenzionali: adeguare le decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate (torniamo al codice deontologico). Per i test alternativi nella diagnostica delle allergopatie questo non è e non potrà essere.

Federico Marchetti

Bibliografia

1. Panizon F. Come sta l'omeopatia? *Medico e Bambino* 2004; 23(5):303-8.
2. Graham DJ, Campen D, Hui R, et al. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study. *Lancet* 2005;365:475-81.
3. Topol EJ. Failing the public health. *Rofecoxib*, Merck and the FDA. *N Engl J Med* 2004;351:1707-9.
4. Dieppe PA, Ebrahim S, Martin RM. Lessons from the withdrawal of rofecoxib. *BMJ* 2004;329:867-8.

5. Senna G, Passalacqua G, Lombardi C, Antonicelli L. I test "alternativi" nella diagnostica delle allergopatie. *Position Paper*, AAITO 2004.

6. Bruno I, Longo G. Prick e RAST: troppo o troppo poco. *Medico e Bambino* 2004;23(10):641-8.

KYOTO

Come evitare di parlare di un argomento di cui tutti i giornali parlano? Impossibile, se è un argomento che ci sta a cuore. Il 16 febbraio, la UE sottoscrive il patto di Kyoto. Debole, inutile, insufficiente, simbolico. Almeno simbolico. Tagliare le emissioni "serra" del 5% rispetto al 1990, entro il 2012 (chissà quante ne succedono, prima del 2012). Centoquarantuno Paesi dicono sì. Anche Putin dice sì (allora gatta ci cova). Gli Stati Uniti, che producono il 25% del totale dei gas, dicono no. L'Italia dice sì, ma si capisce che non ci crede e che troverà qualche scusa per agganciarsi alla scelta degli States: meglio un dollaro oggi che un cielo pulito domani. Il suo piano ambientale è stato bocciato, con quello di altri 3 Stati, dalla commissione della UE. Ma cosa me ne importa a me del cielo pulito? Cielo pulito, poi: si fa per dire. Nel 2012 ci saremo proprio dimenticati anche del concetto di "cielo pulito", come di quello di città vivibile, o di quello di sviluppo compatibile. Mangeremo polveri sottili (traffico): ne siamo i migliori produttori del mondo. Anche sulle polveri sottili la UE ci tira le orecchie (vedi contenzioso con la Regione Lazio). E d'altra parte, non vendere auto sarebbe (ce lo fanno capire in tutte le salse) una calamità nazionale. Abbiamo la monocoltura, noi delle auto, come Cuba quella della canna da zucchero. E così, in Italia, ci sono 768 auto per 100 abitanti, il doppio della Danimarca. E poi, cosa volete che siano le polveri sottili. L'Italia ha paura del fantasma dell'elettrosmog, altro che polveri sottili. Le polveri sottili e i gas serra fanno bene al PIL, cosa me ne importa del cielo pulito e della salute dei polmoni! E poi, se non tieni su il PIL, l'America ci semina, non importa se con l'aiuto della guerra, e la Cina ci raggiunge, non importa se corre perché era troppo indietro, e se l'equità è in sé una cosa equa...

Ma lasciamo stare il PIL, il discorso sarebbe troppo lungo e troppo difficile. Restiamo sul semplice. Quando l'Italia si è "iscritta" pagando l'Eurotassa (mai tassa fu meglio pagata) all'Europa, sapeva o sperava che questa iscrizione l'avrebbe costretta (aiutata) a comportarsi bene, a essere presentabile, a non fare inflazione, a tenere una buona condotta, a non mettere i gomiti sul tavolo, a rispettare il mondo. Adesso siamo gli ultimi della classe, e facciamo sentire la nostra insofferenza per le regole. La nostra? Io no. Io penso ancora che l'Europa possa essere la nostra speranza. Una speranza non fortissima, che starà in piedi e ci terrà in piedi, se noi lo vorremo.

Cosa ce ne importa del 2012? A me ne importa, anche se spero di non esserci più. Ma sono sicuro che gliene importa a tutti, anche a quelli che dicono che non gliene importa, anche ai potenti di oggi che vogliono pensare solo all'oggi. E d'altra parte, come non pensarci? L'uomo è uomo perché ha sempre pensato al domani. Degli altri. E i pediatri, per mestiere, ci hanno sempre pensato un poco più degli altri, sapendolo e non sapendolo.

Franco Panizon