

CAMBIAMENTO

La caratteristica peculiare di ciò che è vivo è il cambiamento. Di nulla possiamo essere certi se non di una cosa: che il domani sarà diverso dall'oggi; per ciascuno di noi, ogni giorno un po' più vecchio, e per tutto il mondo, ogni giorno un po' più nuovo. Quindi ogni ideale di perfezione, ogni idea di stabilità, ogni Utopia, ogni "per sempre" è impossibile. Non c'è posto in terra (Agostino) per la Città Celeste. Il cambiamento (con la sua parziale imprevedibilità) è nato assieme al tempo, e ne segue la freccia inesorabile.

La stabilità, ovvero l'inerzia, la resistenza al mutamento, costituisce la polarità opposta. La stabilità è l'altra costante obbligatoria, simmetrica e complementare al mutamento, e anch'essa intrinseca e indispensabile alla vita, che non potrebbe tollerare un ritmo di mutazioni troppo rapido.

Le due costanti, la conservazione e il cambiamento, sono sancite dal modello riproduttivo. La semplicità del meccanismo di duplicazione della catena del DNA è sufficiente garanzia della stabilità. L'inevitabilità statistica dell'errore puntiforme, nella replicazione, garantisce un sia pure basso indice di mutazione. La riproduzione sessuata, rimescolando ogni volta il genoma, moltiplica l'effetto di ogni mutazione sulla variabilità delle specie viventi. Il premio alla "fitness", la sopravvivenza, destinato al migliore, garantisce l'evoluitività in senso positivo.

Le stesse regole (cambiamento continuo su una stabilità di fondo, evoluzione in senso migliorativo) sovrintendono, sperabilmente, a quel prodotto-strumento dell'uomo che è la cultura. La cultura, che è il "salto evolutivo" dell'*Homo sapiens* e che è l'unico tipo di evoluzione (peraltro vertiginosa) che si apre davanti a noi per i prossimi millenni (quanti ce ne riserva il buon Dio?), è stata chiamata da Konrad Lorenz "strumento-immagine-del Mondo".

Dawkins, un geniale ed eterodosso post-darwiniano, ha coniato il termine (e il concetto) di "meme": il corrispettivo del "gene" in questa evoluzione dell'evoluzione che è la crescita culturale, l'unità elementare del meccanismo riproduttivo ed evolutivo. Ogni "idea" (la ruota, il fuoco, la religione, la poesia, quella poesia, l'Amleto, l'autorità, la libertà di pensiero, quel pensiero) è un "meme" che si modifica nel tempo e che produce, in un sistema evolutivo in straordinaria espansione, altri "memi".

Anche *Medico e Bambino*, anzi l'idea di *Medico e Bambino*, è un "meme". Ha prodotto altri "memi", ed è inevitabilmente, numero per numero, contributo per contributo, lettore per lettore, in cambiamento. Ma è sempre rimasta fedele a se stessa. Se confrontiamo l'ultimo numero al primo, anche solo nell'aspetto, li troveremo diversissimi; ma se li leggiamo, e teniamo conto del passare del tempo e del cambiare delle conoscenze, li troveremo quasi identici.

Vediamo dapprima gli elementi di continuità, o almeno quelli che ci sembrano essere tali.

□ L'ambito: un obiettivo centrato sulla pediatria ambulatoriale; la medicina basata sull'evidenza come metodo informatore; l'interazione con i lettori come fonte di ispirazione; l'apertura

a opinioni dissonanti e la disponibilità all'autocritica; le esigenze di formazione prevalenti sulle esigenze di aggiornamento.

□ Lo stile: libero.

□ La linea politica (forse una scelta di campo): l'idea della pediatria come "sistema globale", erogatrice di un'assistenza "a rete" nell'ambito di un dipartimento forte; l'equivalenza e la complementarità delle varie componenti della pediatria, compresa quella di comunità, ciascuna essenziale, ciascuna coi suoi meriti, le sue colpe e i suoi bisogni; l'opzione in favore di una "Medicina pubblica" (quanto più pubblica possibile); dunque di un'organizzazione con alcuni punti fermi: un responsabile delle cure pediatriche (nel territorio, per i bambini con problemi speciali, per un progetto di riabilitazione, di recupero e di prevenzione dell'emarginazione, per un raccordo con l'Ospedale, per un'unicità e un insegnamento-apprendimento "diffuso" della cultura pediatrica), il dipartimento (che comprenda tutte queste funzioni); l'alleanza e la valorizzazione del volontariato.

Vediamo ora, brevissimamente, le novità principali.

□ L'aumento dello spazio riservato, appunto, alle "novità" (Pagina gialla), al "guardare lontano".

□ L'apertura di una linea "più diretta" coi lettori e con la comunità scientifica (il sito Internet e le *Pagine elettroniche*: un tentativo non senza rischio di fallimento; il congresso *Le Giornate di Medico e Bambino*, che si è appena svolto a Trieste).

□ Lo stile un po' più severo e tendenzialmente un po' più "scientifico".

□ Un diverso taglio degli editoriali, multitematici e con più voci, che sottolinea sia il bisogno di apertura sia la ricerca di una linea "politica" più condivisa.

Queste mutazioni del "meme" ci sembrano più che compatibili con la continuità; ci sembra anzi che rafforzino il profilo che abbiamo cercato di delineare. Sono in parte "volute", in parte spontanee (è lo spirito del "meme" che "vive da sé"). Sono mutazioni che segnano una direzione (positiva?) della linea evolutiva e che sottoponiamo all'attenzione più che al giudizio (come dare un giudizio sugli eventi naturali?) dei nostri lettori. Questi sono parte integrante di *Medico e Bambino*, e inevitabilmente contribuiranno, informalmente e naturalmente, a determinarne il corso, ed eventualmente la decadenza e l'estinzione.

M&B

LA DIAGNOSI CLINICA DI REFLUSSO VESCICO-URINARIO

C'è, in questo numero di *Medico e Bambino*, un lavoro che ci sembra di particolare interesse: è quello sulla diagnosi clinica di reflusso vescico-ureterale.

Si tratta dello svolgimento di una ipotesi semplice e limpida (è probabile che, in assenza di reflusso, l'infezione vescicale tenderà a risalire alla pelvi, lasciando quindi il tempo perché i

segni clinici della cistite d'esordio si manifestino), confermata da uno studio prospettico su un totale di 227 casi (si presume che quando la febbre alta della pielite è preceduta, per un tempo di almeno 24 ore, da sintomi rilevabili anamnesticamente di febricola, pianto, agitazione, fetore urinario, questo indichi l'assenza di reflusso: si esegue comunque la cistouretrografia e si conferma l'assunto), e riconfermata da una ricerca multicentrica (si dimostra che effettivamente il sospetto anamnestico di cistite basato su un semplicissimo questionario somministrato alla madre al momento della diagnosi di UTI ha una sensibilità dell'84% - o del 91%, se si escludono i bambini sotto i 4 mesi, da sottoporre probabilmente tutti a cistouretrografia -, una specificità del 69% e un valore predittivo negativo, per la presenza del reflusso, del 90%, e consente dunque di evitare circa 50 cistouretrografie "inutili" su 100 casi di pielonefrite).

A noi di *Medico e Bambino* sembra che si tratti del contributo clinico più significativo e più utile sul piano pratico che sia comparso nella letteratura sulla UTI degli ultimi 10 anni; molto più utile dei numerosissimi contributi sulla via più tecnologica, e quindi apparentemente più "scientifica", degli studi scintigrafici mirati a riconoscere la localizzazione renale in fase acuta (che la semplice febbre è sufficiente per denunciare) o lo "scar" in fase di convalescenza (il cui riconoscimento non modifica le scelte terapeutiche, e che una buona ecografia può riconoscere se ha un minimo di rilevanza anatomica).

Bene; questa primizia, il modesto *Medico e Bambino* la deve a una certa ottusità dei *referee* di riviste straniere molto prestigiose che, gradino per gradino (dai primi dati preliminari alle prime ricerche prospettiche), hanno sempre respinto il lavoro, che pure, ci sembra, non presenta né errori metodologici né miserabilità di campionamento.

Perché? Perché queste cose "nessuno lo aveva mai dette prima". O forse, ma non è detto, perché il lavoro non proveniva da un "clan" di potere (anche scientifico) riconosciuto. O forse anche soltanto perché era italiano. Non è né il primo né l'ultimo caso; a molti del nostro gruppo è successa la stessa cosa: e proprio per le novità più nuove, e sempre per la stessa insulsa ragione: che "nessuno mai lo aveva detto".

Malgrado tutto questo, anche *Medico e Bambino*, sulla strada (forse) di diventare una rivista adulta, ha deciso di fornirsi di un gruppo di *referee* per quella parte di contributi originali, che la natura stessa della rivista, sostanzialmente divulgativa e di aggiornamento, manterrà in numero limitato (e che pubblicherà in gran parte nella nuova sezione di *Pagine elettroniche*).

Perché, malgrado tutto, ritiene che le difficoltà alla esternazione del nuovo facciano bene al nuovo; che le difficoltà di un gruppo a trovare ascolto facciano bene al gruppo; che la selezione naturale abbia bisogno di difficoltà per permettere una evoluzione in senso positivo; che di novità ce ne sono anche troppe, e che una certa lentezza evolutiva faccia bene al sapere in generale.

IL FATTO

Succede a Padova. Cerco di riassumere, a memoria, i fatti, dai giornali della scorsa settimana. Una bambina con una "normale" leucemia, con una "normale" probabilità di guarigione (80%), già trattata e in remissione, "decide" di lasciare la via vecchia per la nuova e di rivolgersi a Di Bella. Lascia dunque la sua probabilità "misurabile" di vita per una probabilità del tutto incerta, del tutto "non misurabile". Il giudice titolare, al quale il caso era stato portato, nell'idea (ovvia?) che un minore venisse così posto, dall'autorità genitoriale, in una situazione di rischio ("misurabilmente" molto maggiore del rischio di non trasfusione per un bambino testimone di Geova, o di "non vaccinazione" per un figlio di obietto), non trova luogo a procedere. Sempre di cure mediche si tratta, e cura contro cura, una cura vale l'altra (per i pretori).

C'è o non c'è una responsabilità, non dico dei genitori, ma del medico che materialmente prescriverà questa "nuova" cura? Qualcuno potrà mai affermare che quel tale ha agito "in scienza e coscienza", anche se la bambina guarisse (come le si augura con tutto il cuore), anche se davvero la "cura di cartapesta" del gruppo Di Bella dimostrasse una sostanza che nulla di quanto il corpo medico conosce lascia per ora presagire? C'è qualcuno che è tanto temerario da assolvere chi abbia scelto, per un paziente con una così elevata probabilità statistica di guarigione, l'avventura fine a se stessa? E di assolvere i pretori? E i nostri eroi televisivi, Vespa, Santoro, Costanzo, alla ricerca di verità nascoste, come il Graal dei paladini di Artù?

Io credo di no. E sostengo, senza nessun rispetto per chi grida che "bisogna far presto", perché per i malati "è una questione di vita e di morte", che piuttosto viva, viva, viva molte volte il lento, a volte ottuso, spesso anche corporativo, forse anche troppo cauto modo di far scienza e medicina garantito dai crismi ufficiali. Vivano, vivano, vivano i *referee*; e gli avventurieri della scienza (occorre che ci sia anche dell'avventurosità nella ricerca) accettino, in nome del bene comune, la subordinazione all'ordine costituito: che è anche quella garanzia di continuità senza la quale l'evoluzione delle specie non avrebbe avuto speranza di successo.

È quasi impossibile non paragonare all'approssimazione, al bricolage farmaceutico, all'imprudenza, alla prepotenza, all'avventurismo populistico della "cura Di Bella", la "pazienza scientifica" con la quale, dal '70 ad oggi, l'oncologia ufficiale, pediatrica e non, ha cautamente modificato i protocolli, con un lavoro di metodica selezione darwiniana, passando da guaribilità zero a guaribilità ottanta.

E, se vogliamo, paragoniamo invece tutte le qualità dello squalido episodio nostrano alla qualità del disegno sperimentale, alla prudenza nella lettura dei dati, alla lentezza metodologica, e nello stesso tempo alla fantasia sostenibile, degli studiosi dell'angiostatina. Anche se l'ineffabile Di Bella figlio commenta, più o meno, che "di statina in statina, vedrai che anche gli Stati Uniti arriveranno a riscoprire la madre di tutte le statine".